



RIKSREVISIONEN

RiR 2009:10

Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet

ISBN 978 91 7086 183 3

RiR 2009:10

Tryck: Riksdagstryckeriet, Stockholm 2009

Till regeringen
Socialdepartementet

Datum: 2009-06-03
Dnr: 31-2007-1287

Psykiatrin och effektiviteten i det statliga stödet

Riksrevisionen har granskat effektiviteten i det statliga stödet till psykiatrin. Granskningen omfattar dels de ekonomiska bidrag för psykiatri som riktats till landstingen under perioden 2001–2007, dels läkarutbildning med inriktning på psykiatri. Resultatet av granskningen redovisas i denna granskningsrapport.

Företrädare för Regeringskansliet (Socialdepartementet och Utbildningsdepartementet), Socialstyrelsen och Högskoleverket har fått tillfälle att faktagranska och i övrigt lämna synpunkter på utkast till rapport.

Rapporten överlämnas till regeringen i enlighet med 9 § lagen (2002:1022) om revision av statlig verksamhet m.m. Rapporten överlämnas samtidigt till Riksrevisionens styrelse.

Rapporten innehåller slutsatser och rekommendationer som avser regeringen. Riksrevisionen kommer att följa upp granskningen.

Riksrevisor *Claes Norgren* har beslutat i detta ärende. Revisionsdirektör *Karin Rudberg* har varit föredragande. Granskningsenhetschef *Eva Lindblom*, revisionsdirektör *Stefan Lindström* och projektmedarbetare *Cecilia Dittmer* har medverkat vid den slutliga handläggningen.

Claes Norgren

Karin Rudberg

För kännedom:
Utbildningsdepartementet
Socialstyrelsen
Högskoleverket

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Granskningens motiv och inriktning	13
1.1 Problembild och motiv för granskningen	14
1.2 Syfte, inriktning och genomförande	15
1.3 Disposition	18
2 Om psykiatri som verksamhetsområde	19
2.1 Psykisk störning, sjukdom, ohälsa, funktionshinder	19
2.2 Patienter och vårdformer	22
2.3 Psykiatriens särdrag	25
3 Vårdens organisering	29
3.1 Bort från institutionerna	29
3.2 Efter psykiatireformen	32
3.3 Det delade ansvaret	35
4 Statens ekonomiska stöd till psykiatri 2001–2007	39
4.1 Den nationella handlingsplanen 2001–2004	40
4.2 Fortsatta överenskommelser 2005–2007	45
4.3 Satsningen på psykiatri och socialtjänst 2005–2006	48
4.4 Bidrag till barn- och ungdomspsykiatri 2007	54
4.5 Sammanfattande iakttagelser	59
5 De statliga bidragen till psykiatri ur ekonomisk synvinkel	63
5.1 Landstingens ekonomiska insatser för psykiskt sjuka	63
5.2 Omfattningen av de statliga resurstillskotten	65
5.3 Psykiatriens beroende av prioriteringar i landstingen	67
5.4 Särskilda omständigheter som påverkar psykiatri	71
5.5 Sammanfattande iakttagelser	73
6 Personalbehov i vården av psykiskt sjuka	75
6.1 Iakttagelser av Nationell psykiatrisamordning	75
6.2 Regionala variationer i personal och vårdutnyttjande	76
6.3 Behov av olika slag	78
6.4 Personalbehov i form av arbetsgivarens efterfrågan	79
6.5 Personalbehov härlett från vårdbehovet	82
6.6 Sammanfattande iakttagelser	83

7	Läkarutbildningar med inriktning på psykiatri	85
7.1	Utbildningar i psykiatri och psykologi – en översikt	85
7.2	Läkarutbildningens övergripande reglering	88
7.3	Finansiering av läkarutbildningen och samarbetsavtal med landstingen	91
7.4	Psykiatri i läkarnas grundutbildning och AT	93
7.5	Läkares specialisering till psykiater	96
7.6	Kvalitetsgranskning, vidareutbildning och fortbildning	99
7.7	Motiven till läkarutbildningens tredelade struktur	101
7.8	Sammanfattande iakttagelser	103
8	Dimensionering av läkarutbildning med inriktning på psykiatri	105
8.1	Läkarutbildningens två första steg	105
8.2	Läkarutbildningens tredje steg – specialiseringen (ST)	107
8.3	Om läkarutbildningarnas dimensionering och arbetsmarknadens behov	109
8.4	Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd (NPS)	115
8.5	Enkätresultat om arbetssituationen för psykiater	120
8.6	Sammanfattande iakttagelser	122
9	Regionala styrningsproblem – tre exempel	125
9.1	Stockholms läns landsting	125
9.2	Uppsala läns landsting	126
9.3	Västerbottens läns landsting	128
9.4	Sammanfattande intryck från de tre landstingen	130
10	Det offentliga åtagandet för vården av psykiskt sjuka	131
10.1	Lagstiftningen	132
10.2	Myndigheterna och professionerna	135
10.3	Landstingen, kommunerna och SKL	138
10.4	Samhällsaspekter på vården av psykiskt sjuka	140
11	Slutsatser och rekommendationer	143
11.1	Utgångspunkterna för granskningen	143
11.2	Statens ekonomiska bidrag till psykiatrin	145
11.3	Inriktningen av statens stöd till psykiatrin	148
11.4	Personal- och kompetensbehoven i psykiatrin	149
11.5	Psykiatrin i läkarutbildningen	150
11.6	Läkarutbildningens organisation och dimensionering	151
11.7	Rekommendationer	154
	Referenser	157

Sammanfattning

Vård och omsorg om personer med psykiska sjukdomar är ett offentligt åtagande. Ansvaret för vården delas mellan flera aktörer, främst landsting och kommuner, men staten har det övergripande ansvaret för regleringen av verksamheten.

Psykiska sjukdomar debuterar ofta i unga år. Obehandlad psykisk sjukdom och ohälsa leder till sänkt livskvalitet och försämrad arbetsförmåga såväl för den direkt drabbade som för de närstående. Psykisk ohälsa är också en av de viktigaste orsakerna till sjukskrivning och till sjuk- och aktivitetsersättning och medför stora kostnader för såväl statsbudgeten som samhälls ekonomin.

RIKSREVISIONENS GRANSKNING

Den granskning som Riksrevisionen här presenterar handlar om två slag av statliga insatser för psykiatri: dels de tillfälliga ekonomiska bidrag som riktats till landstingen för detta ändamål under perioden 2001–2007, dels läkarutbildning med inriktning på psykiatri. Vår huvudfråga är om dessa insatser varit effektiva mot bakgrund av statens uppgifter på området.

Statens ekonomiska bidrag till psykiatri 2001–2007

De statliga bidrag som omfattas av granskningen är följande:

- I – Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården 2001–2004
- II – Fortsatta överenskommelser 2005–2007
- III – Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006
- IV – Bidrag till barn- och ungdomspsykiatri 2007.

Riksrevisionens granskning av bidragen består av analyser baserade på tidigare uppföljningar. Vi har härvid undersökt frågor som rör bidragens form och innehåll, deras spårbarhet och effekter samt uppföljningarna och deras användning. Analysen gav nedslående resultat, i synnerhet vad gäller bidragens spårbarhet och effekter.

BIDRAGENS EFFEKTER VAR SVÅRA ATT SPÅRA

Granskningen visar att bidragen I och II inte fungerade som styrmedel. Landstingen var inte bundna av de överenskommelser som träffats mellan regeringen och Landstingsförbundet, och pengarna betalades ut via det generella statsbidraget. De uppföljningar som gjordes av Socialstyrelsen kunde inte ge någon tydlig, sammanfattande bild av de statliga bidragens resultat eftersom landstingens rapportering brast i enhetlighet. Någon enhetlig redovisning hade heller inte begärts av regeringen.

De projektanknutna bidragen till psykiatri och socialtjänst (typ III) visade sig också ha osäkra effekter. En del av de så kallade länsprojekten var redan tidigare planerade av landsting och kommuner och skulle sannolikt ha genomförts ändå, även utan de statliga bidragen. Andra projekt var mer improviserade och mindre väl förankrade i den ordinarie verksamheten. De projekt som hade en sådan förankring var inte lika beroende av extra bidrag från staten. Hur *hela* verksamheten inom psykiatri och socialtjänst påverkades av de statligt finansierade projekten är svårt att avgöra.

Effekterna av 2007 års bidrag till barn- och ungdomspsykiatri (typ IV) är svåra att urskilja av andra skäl; uppföljningen gjordes mycket tidigt och lämpliga uppföljningsmetoder saknades.

BIDRAGEN MEDFÖRDE INGA STÖRRE RESURSTILLSKOTT

Inget av de undersökta bidragen tillförde särskilt stora resurser till psykiatri; beloppen motsvarade omkring 4 procent av landstingens egna nettokostnader för specialiserad psykiatrisk vård under de år som var aktuella. Landstingens egna satsningar på primärvård och specialiserad psykiatri ökade ungefär lika mycket som deras satsningar på annan hälso- och sjukvård. De resursbrister som påtalats av Nationell psykiatrisamordning och de statliga prioriteringar som kom till uttryck i de särskilda bidragen till psykiatri gav således inga tydliga avtryck i landstingens egen resursfördelning, vare sig i positiv eller i negativ riktning.

BIDRAGEN KAN HA SKAPAT OKLARHET OM DET STATLIGA ANSVARET

De statliga bidragen har visserligen skapat uppmärksamhet, men några mer betydande effekter har inte kunnat spåras. Samtidigt har bidragen presenterats av regeringen som om de varit omfattande och betydelsefulla. Risk finns att detta har begränsat landstingens egna satsningar på just det område som den statliga politiken avsett att stärka.

Riksrevisionens övergripande slutsats är att statliga resurstillskott av det slag som granskats endast kan ha marginell betydelse för psykiatrins resurser. Landstingens egen resursfördelning är här avgörande. För att uppnå mer betydande effekter behövs andra typer av statliga åtgärder som stöder psykiatrin utan att försvaga landstingens ansvar.

Personal- och kompetensbehoven i psykiatrin

Såväl Socialstyrelsen och Nationell psykiatrisamordning som ett antal remissinstanser har påpekat att det finns personalbrist och rekryteringsproblem inom psykiatrin.

I psykiatrin finns en stor flexibilitet i personalutnyttjandet, och olika personalgrupper kan till viss del ersätta varandra. Läkaren har dock en nyckelroll i kraft av sin långa utbildning och sina särskilda befogenheter. Personalbristen i psykiatrin har länge varit mest uttalad när det gäller specialiserade läkare (psykiatrer), i synnerhet i regioner utanför Stockholmsområdet. Riksrevisionen anser att regeringen bör ta initiativ till att öka tillgången på läkare med specialistkompetens i psykiatri.

Utbildningsdelen av Riksrevisionens granskning är koncentrerad till läkarutbildningen, men det betyder inte att övriga personalkategorier är mindre viktiga. Personal- och utbildningsproblemen i psykiatrin borde, enligt Riksrevisionens mening, göras till föremål för en mera ingående analys än vad som varit möjligt i denna granskning.

Psykiatrin i läkarutbildningen

Psykiatrin har ett begränsat utrymme i läkarutbildningen. Grundutbildningen för läkare innehåller krav på minst 4 veckors psykiatri (av 5½ år), och AT-tjänstgöringen innehåller krav på minst 3 månaders psykiatri (av 18–21 månader). Utbildningsvolymen framstår som mycket knappt tilltagen mot bakgrund av sjukdomsmönstret i befolkningen.

Utökad kunskap i psykiatri för alla blivande läkare skulle ge alla läkare bättre möjligheter att möta patienter med psykisk ohälsa. Riksrevisionen konstaterar att staten har flera möjligheter att både öka psykiatrins attraktionskraft för blivande läkare och förbättra kompetensen för färdiga psykiatrer. Riksrevisionen anser att dessa möjligheter bör tas till vara.

Läkarutbildningens organisering och dimensionering

Granskningen visar att statens inflytande över läkarutbildningen är otydligt, att läkarutbildningens dimensionering har brister och att landstingens roll i läkarutbildningen är motsägelsefull.

ANSVARET ÄR DELAT

Ansvaret för läkarutbildningen är delat mellan flera parter. I det första steget, grundutbildningen, har universiteten huvudansvaret samtidigt som landstingen har ett inflytande genom att de kliniska momenten i utbildningen sker vid landstingens sjukhus. De två följande stegen (allmäntjänstgöringen, AT, samt specialittjänstgöringen, ST) består huvudsakligen av tjänster som finansieras av landstingen och styrs av statligt fastställda målbeskrivningar. Legitimationen som följer på avslutad AT, liksom specialistbevisen som följer efter avslutad ST, utfärdas av Socialstyrelsen.

DIMENSIONERINGEN AV LÄKARUTBILDNINGEN STYRS AV MÅNGA HÄNSYN

Dimensioneringen av läkarnas grundutbildning påverkas av många olika hänsyn, bland annat statsfinansiella ramar. Flera andra faktorer har också betydelse, inte minst den lokala tillgången på handledningsresurser för den kliniska delen av läkarnas grundutbildning inom de landsting som har universitetssjukhus. De långsiktiga planeringsunderlag som tas fram av Högskoleverket respektive Socialstyrelsen spelar en mer underordnad roll för dimensioneringen.

Sedan lång tid tillbaka har alltför få läkare utbildats i Sverige. Andelen utlandsutbildade läkare har ökat starkt, från 25 till 65 procent av de nylegitimerade under perioden 1997–2007. Den ökning av läkarutbildningen som regeringen beslutat om de senaste åren är starkt försenad jämfört med de planeringsunderlag som tidigare redovisats av Högskoleverket. Även Socialstyrelsen har visat att det finns ett underskott på läkare, särskilt inom specialiteterna psykiatri och allmänmedicin. I den mån det finns en generell läkarbrist i landet blir denna särskilt märkbar inom just dessa specialiteter.

LÅNGSIKTIG PLANERING SAKNAS FÖR OLIKA SPECIALITETER

Hur många läkare som vidareutbildas i olika medicinska specialiteter beror av antalet ST-tjänster som tillsätts i landstingen. Men antalet sådana tjänster inom olika specialiteter följer inte alltid några långsiktiga vårdpolitiska prioriteringar.

Granskningen tyder också på att landstingens ansvar för handledning av blivande läkare och specialister är oklart.

Varje landsting har ett huvudmannansvar för hela hälso- och sjukvårdens försörjning med specialistläkare inom sitt geografiska område, alltså inte bara för den vård som bedrivs i landstingens egen regi utan även för den privata vården.

Vidare finns en konflikt mellan det enskilda landstingets kortsiktiga och långsiktiga intressen när det gäller utbildning. Utbildning är en investering som kostar handledningsresurser under den tid utbildningen pågår, medan avkastningen i form av färdigutbildad personal visar sig först senare. Vissa landsting (inte alla) har möjligheter att minska sina utbildningskostnader genom att rekrytera färdigutbildad personal från andra landsting och från utlandet. Det minskar också deras intresse för långsiktig utbildningsplanering. I stället belastas utflyttningsregioner med ökade utbildningskostnader och/eller försvårad läkarbrist. För att balansera detta skulle det behövas ett starkare planeringsansvar på nationell nivå. Det så kallade Nationella planeringsstödet som utarbetas av Socialstyrelsen löser inte problemen.

Riksrevisionens rekommendationer

- Riksrevisionen anser att regeringen bör överväga att omfördela stödet till utvecklingen av vården av psykiskt sjuka. Tillfälliga resurstillskott bör ersättas med långsiktiga åtgärder som ligger inom det statliga ansvarsområdet och som stöder psykiatrin utan att försvaga landstingens ansvar. Sådana åtgärder, exempelvis utökad utbildning och forskning på psykiatris område, kan väntas få bättre verkningsgrad än tillfälliga resurstillskott till landstingen.
- Riksrevisionen anser att regeringen bör överväga att förstärka läkarutbildningen i psykiatri. Särskilt vill Riksrevisionen peka på vikten av läkarnas grundutbildning får ett större innehåll av psykiatri. Utökad forskning kan också öka psykiatris attraktionskraft för blivande läkare. Riksrevisionen rekommenderar att regeringen tar initiativ till åtgärder på detta område.
- Riksrevisionen anser att man bör se över läkarutbildningens organisation och finansiering för att skapa ökad tydlighet i ansvarsförhållanden, dimensionering, styrning och uppföljning. Landstingens åligganden i samband med läkarnas specialistutbildning bör förtydligas, liksom Socialstyrelsens roll när det gäller det Nationella planeringsstödet. Riksrevisionen rekommenderar att regeringen tar initiativ till en översyn av dessa frågor.

1 Granskningens motiv och inriktning

ETT OFFENTLIGT ÅTAGANDE UNDER FÖRÄNDRING

Vården och omsorgen om personer med psykiska sjukdomar är ett offentligt åtagande.

Psykiatrin som kunskapsområde har både human- och naturvetenskapliga aspekter och samspelar med de normer som råder i det omgivande samhället. Detta präglar också psykiatrins ställning i förhållande till andra medicinska specialiteter.

Vården och omsorgen om psykiskt sjuka har ändrats på ett grundläggande sätt sedan 1960-talet, både i Sverige och i andra länder. Strävan har varit att så långt möjligt ersätta heldygnsvården med insatser inom den öppna vården och ett utbyggt stöd i samhället. Denna process har i Sverige förstärkts av den så kallade psykiatrireformen år 1995 som innebar att kommunerna fick ett ökat ansvar för att ge stöd till personer med psykiska funktionshinder.¹ Samtidigt fick landstingen ett mindre ansvar.

De undersökningar som gjorts av regeringens psykiatrisamordnare tyder på mångfasetterade brister såväl inom landsting och kommuner som i samspillet dem emellan.² Regeringen har därefter tagit initiativ till ett antal olika åtgärder för att stärka vården och omsorgen om psykiskt sjuka. I slutet av april 2009 presenterade regeringen en samlad bild av sin politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.³

Riksrevisionens granskning syftar till att undersöka om de statliga insatser för psykiatrin som haft formen av tillfälliga ekonomiska bidrag till landstingen samt läkarutbildning har varit effektiva mot bakgrund av statens uppgifter på området. Granskningen berör i första hand förhållandet mellan staten och landstingen och omfattar perioden 2001–2007. Regeringens senare åtgärder på området ingår inte i granskningen, men beskrivs kortfattat i kapitel 3.

¹ Ett psykiskt funktionshinder kan uppstå som följd av psykisk sjukdom. I detta kapitel används uttrycket psykisk sjukdom som samlingsbeteckning. Begreppen förklaras närmare i kapitel 2.

² Den Nationella psykiatrisamordningen tillsattes av regeringen hösten 2003 under ledning av Anders Milton. Utredaren rapporterade sina resultat i november 2006: SOU 2006:91; 2006:100.

³ Regeringens skrivelse 2008/09:185.

1.1 Problembild och motiv för granskningen

En utgångspunkt för granskningen är de svårbemästrade problem inom vården av psykiskt sjuka som klarlagts av Nationell psykiatrisamordning. Bland annat påtalades brister i vårdens tillgänglighet och differentiering samt brister i kunskap om vårdmetoder och i personalens kompetens. Dessa problem har fortsatt att skapa oro och uppmärksamhet i den allmänna debatten och speglas också i den fortlöpande rapporteringen från Socialstyrelsen och andra källor.

KOMPLICERADE ANSVARSFÖRHÅLLANDEN

Vård och omsorg om personer med psykiska sjukdomar är ett offentligt åtagande med komplicerade ansvarsförhållanden. Staten har det övergripande ansvaret, men finansieringen och genomförandet har delegerats till landsting och kommuner. Landstingen och kommunerna delar ansvaret mellan sig enligt principer som delvis är lagfästa, men som även förutsätter ett fungerande samarbete kring patienterna.

Genom lagstiftning har staten markerat betydelsen av hälso- och sjukvård och socialtjänst och ställt krav på hur dessa verksamheter ska bedrivas. Staten stöder också verksamheterna på olika sätt, bland annat genom forskning och högre utbildning samt statlig tillsyn. Dessutom har staten vid vissa tillfällen tillfört särskilda medel till landstingen i syfte att påverka inriktningen av vården.

EN SVAG PATIENTGRUPP OCH ETT SÄRPRÄGLAT KUNSKAPSOMRÅDE

Personer med allvarliga psykiska störningar behöver ofta upprepade vårdinsatser från psykiatrin och stödbehovet i övrigt kan också variera över tid. Samspelet mellan huvudmännen för hälso- och sjukvård och socialvård samt mellan olika vård- och stödformer har därför central betydelse. Många psykiskt sjuka har nedsatt initiativförmåga och svårigheter att själva tillvarata sina intressen.

Inom psykiatrin som kunskapsområde finns olika förklaringsmodeller och kunskapstraditioner. Jämfört med andra medicinska specialiteter har psykiatrin en förhållandevis svag ställning inom medicinen.

MEDBORGARNA FÅR BÄRA DOLDA KOSTNADER OM VÅRDEN INTE FUNGERAR VÄL

Ur medborgarnas synvinkel är vården av psykiskt sjuka ett väsentligt område. Psykiska sjukdomar kan drabba många, direkt och indirekt. Konsekvenserna kan bli långvariga och stigmatiserande. Anhöriga och andra närstående blir ofta djupt involverade i de problem som följer av psykisk sjukdom.

Obehandlad psykisk ohälsa har också samhällsekonomiska konsekvenser. En del onödiga, eller onödigt långvariga, sjukskrivningar kan bero på brister i vården. Även anhöriga och andra närstående kan få försämrad hälsa eller arbetsförmåga om den offentliga vården inte fungerar väl.

1.2 Syfte, inriktning och genomförande

Granskningen avser vissa statliga insatser som påverkat landstingens resurser för vård av psykiskt sjuka. De insatser som rör primärkommunerna berörs endast i den mån samma insatser också riktats till landstingen.

STATENS SAMSPEL MED LANDSTINGEN

Syftet med granskningen är att få en tydligare bild av samspelet mellan staten och landstingen när det gäller resurserna till psykiatrin, både de ekonomiska bidragen och tillgången på personal med högre utbildning, särskilt läkare. En viktig del i detta är att klarlägga ansvarsförhållandena mellan de berörda aktörerna. Granskningen avser att ge svar på följande revisionsfråga:

- Har de statliga insatserna för psykiatrin i form av ekonomiska förstärkningar och läkarutbildning varit effektiva mot bakgrund av statens uppgifter på området?

För att besvara denna fråga har vi inhämtat information om regeringens styrning av de statliga ekonomiska resurstillskotten till den psykiatriska vården och resultaten av dessa tillskott. Vi har vidare undersökt statens ansvar och uppgifter när det gäller dimensioneringen och organiseringen av läkarutbildning i psykiatri samt organiseringen av läkarutbildningen utifrån vårdens behov av psykiatriutbildad personal. Granskningen omfattar åren 2001–2007.

AKTÖRER MED ANSVAR FÖR RESURSERNA TILL PSYKIATRIN

Finansieringen och organiseringen av vården och stödet till psykiskt sjuka är, enligt nuvarande lagstiftning, i första hand ett ansvar för landsting och primärkommuner. När det gäller den högre utbildningen har staten ett omfattande ansvar. Ansvarsförhållandena är dock inte entydiga eftersom landstingen har stort inflytande över dimensioneringen av de kliniska delarna av de medicinska utbildningarna.

De statliga aktörer som berörs av granskningen är i första hand regeringen och Regeringskansliet (Social-, Utbildnings- och Finansdepartementen) samt Socialstyrelsen; därtill berörs Högskoleverket och de lärosäten som ger relevanta utbildningar. Regeringen har det övergripande ansvaret.

Även landstingen och deras intresseorganisation – Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) – är aktörer på området och har bidragit med information i granskningen.

Med benämningen "landsting" avses i denna rapport även regionerna Skåne och Västra Götaland samt Gotlands kommun.

BEDÖMNINGSGRUNDER OCH SYNSÄTT

De bedömningsgrunder som används i granskningen utgår från allmänna effektivitetskrav och från förväntningar om tydliga ansvarsförhållanden och goda beslutsunderlag.

Analysen av de statliga bidragen utgår från sex frågor som rör bidragens form och innehåll, deras spårbarhet och effekter samt uppföljningarna och deras användning (kapitel 4). Analysen av de statliga bidragen ur ekonomisk synvinkel (kapitel 5) utgår från en jämförelse mellan de statliga bidragen och landstingens egna resurser för psykiatrisk vård.

Redogörelsen för psykiatrins personalfrågor och läkarutbildningen (kapitel 6–9) är huvudsakligen deskriptiv. De normer som framgår av lagstiftningen är övergripande och allmänna. Riksrevisionens bedömningar i denna del bygger på vad som framstår som rimliga tolkningar av dessa normer.

Vår bedömning av revisionsfrågan är även beroende av hur man betraktar statens uppgifter på psykiatrins område. Denna komplexa fråga behandlas i kapitlet om det offentliga åtagandet för vården (kapitel 10) samt i slutsatskapitlet (kapitel 11).

Riksrevisionen har, utifrån sitt mandat, anlagt ett brett perspektiv på det statliga åtagandet och det nationella vårdssystemet. Att den övergripande ansvarsfördelningen för vården är tydlig och fungerar väl, samt att ansvarsfördelningen korrigeras då detta är befogat, är ett statligt ansvar.

METODER OCH UNDERLAGSMATERIAL

Granskningen baseras på omfattande dokument- och litteraturstudier samt intervjuer och andra kontakter med företrädare för berörda myndigheter och departement, verksamheter och intresseorganisationer.

En stor del av vårt arbete med att granska de statliga bidragen bygger på uppföljningsrapporter från Socialstyrelsen och kompletterande intervjuer. Arbetet med att förstå läkarutbildningens uppbyggnad, ansvarsfördelning och dimensionering bygger på dokumentstudier och intervjuer med företrädare för berörda departement (Utbildnings- och Socialdepartementen), myndigheter (Socialstyrelsen och Högskoleverket), universitet (Karolinska Institutet), intresseorganisationer (SKL, Svenska Psykiatriska Föreningen m.fl.) samt aktiva läkare med erfarenhet från området.

För att förstå hur statens agerande fungerat ur ett landstingsperspektiv – såväl när det gäller de statliga bidragen som läkarutbildningen – har information inhämtats från forskningsrapporter och utredningar samt från intervjuer med SKL och landstingsrevisorer.

Med Stockholms läns landstingsrevisorer har vi haft flera möten och ett kunskaps- och erfarenhetsutbyte. Revisorerna i Stockholms läns landsting har parallellt med Riksrevisionen arbetat med en granskning av ett beslätat ämne rörande landstingets ansvar för utbildningen av psykiatriker. Vi har även besökt landstingsrevisorerna i Uppsala och Västerbottens läns landsting och fört ingående samtal med dem. Underlaget har utgjorts av landstingsrevisionens egna rapporter och ett antal förberedda frågor som rört psykiatrin i länet, ekonomi, styrning och prioriteringar samt länets personalsituation inom psykiatrin. Länet har valts utifrån bland annat storlek och geografiskt läge. Vi har också tagit del av landstingsrevisionens rapporter i ytterligare några landsting med tonvikt på samma frågor.

Källmaterialet för granskningen framgår av referensförteckningen och intervjupersonerna av Riksrevisionens projektakt.

EXTERN OCH INTERN KVALITETSSÄKRING

Utkast till rapporten har lästs och kommenterats av berörda kontaktpersoner i departement, myndigheter och ovan nämnda organisationer. Synpunkter har lämnats på såväl konkreta fakta som beskrivningar av bakgrund och sammanhang. Denna dialog har förts i flera omgångar.

Professor Anders Anell vid Ekonomihögskolan i Lund har på uppdrag av Riksrevisionen läst och kommenterat utkast till texten. Ett särskilt seminarium för diskussion av centrala frågor i granskningen hölls den 19 mars 2009 under ordförandeskap av riksrevisor Claes Norgren. Deltagare var företrädare för Regeringskansliet, Socialstyrelsen, den hälsoekonomiska forskningen och läkarutbildningen.

I slutskedet av granskningen har ett mindre antal kontaktpersoner och organisationer getts tillfälle att ge synpunkter på ett fullständigt rapportutkast som även inkluderat Riksrevisionens preliminära slutsatser och rekommendationer. Synpunkter har lämnats av företrädare för Socialdepartementet, Utbildningsdepartementet, Socialstyrelsen och Högskoleverket. Vi har också varit i kontakt med personer knutna till Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Yngre Läkares Förening som lämnat värdefulla synpunkter. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har beretts tillfälle att ge synpunkter men avstått.

Intern kvalitetssäkring har utförts enligt Riksrevisionens rutiner. Utkast till texten har granskats av myndighetens kvalitetssäkrare.

ARBETET INOM RIKSREVISIONEN

Granskningen baseras på en förstudie som avslutades våren 2008. Beslutet att inleda granskningen fattades i april 2008 av riksrevisor Eva Lindström. Ansvaret för granskningen övertogs i augusti 2008 av riksrevisor Claes Norgren. Den empiriska delen av granskningsarbetet avslutades i april 2009.

Arbetet med granskningen har utförts av revisionsdirektörerna Karin Rudberg och Stefan Lindström, den förstnämnda projektledare, samt av Cecilia Dittmer, projektanställd. Projektbeställare har varit granskningsenhetschef Eva Lindblom.

1.3 Disposition

Rapporten innehåller vissa bakgrunds- och sammanhangsbeskrivningar. De centrala resultaten av granskningen finns i kapitlen 4–5 och 7–9. Dispositionen är följande:

- Kapitel 2 består av en orienterande beskrivning av psykiatri som verksamhetsområde.
- I kapitel 3 beskrivs vårdens organisering.
- Kapitel 4 innehåller våra iakttagelser av de statliga bidragen till psykiatri under perioden 2001–2007.
- I kapitel 5 redovisas psykiatrins ekonomiska resurser med tonvikt på landstingens egna insatser.
- Kapitel 6 behandlar personalbehoven i den psykiatriska vården.
- Kapitel 7 beskriver läkarutbildningen med inriktning på psykiatri, såväl vad gäller lagstiftning och annan reglering som utbildningens uppläggning och ansvarsfördelning.
- Kapitlen 8 och 9 behandlar dimensionerings- och styrningsproblem på central och regional nivå, särskilt för utbildning till psykiater.
- I kapitel 10 beskrivs hur det offentliga åtagandet för psykiatri är uppbyggt. Här ingår också ett avsnitt om samhällsaspekterna på vården av psykiskt sjuka.
- Kapitel 11 innehåller Riksrevisionens slutsatser och rekommendationer.

Rapporten avslutas med en referensförteckning.

2 Om psykiatri som verksamhetsområde

I detta kapitel förklaras vissa centrala begrepp. Omfattningen av den psykiska ohälsan beskrivs kortfattat. Vi framhåller också några särdrag för psykiatri som verksamhetsområde.

2.1 Psykisk störning, sjukdom, ohälsa, funktionshinder

PSYKISK STÖRNING ELLER SJUKDOM

En psykisk störning är ett "tillstånd kännetecknat av avvikelser i upplevelser och beteenden. Termen psykisk störning har numera fått ersätta psykisk sjukdom för att markera att ett biologiskt underlag inte kan påvisas vid en del av de tillstånd som faller inom psykiatriens verksamhetsområde."⁴

Begreppet "psykisk störning" används i svensk lagstiftning. Sjukdomsbegreppet lever dock kvar inom vården och vardagsspråket, och i denna granskningsrapport används begreppet psykisk sjukdom i ungefär samma bemärkelse som psykisk störning. Denna användning av begreppen tillämpas även av Nationell psykiatrisamordning.

Psykiatri

"Psykiska störningar, deras yttringar, orsaker, behandlingar och förebyggande utgör psykiatriens verksamhetsområde. Psykiska symtom kan uppstå antingen genom rubbningar i hjärnans struktur eller funktion (kroppsliga orsaker) eller genom påfrestningar och smärtsamma upplevelser av omvärlden (psykiska orsaker). Psykiatriens behandlingsmetoder kan bygga på läkemedel och andra metoder som ingriper i hjärnans struktur och funktion (somatisk terapi), psykologiska åtgärder som påverkar individens upplevande och beteende (psykoterapi), eller åtgärder som riktar sig mot omvärlden (socialpsykiatriska åtgärder).

[--]

Somatisk terapi utgår från människan som biologisk organism, medan psykoterapi och socialpsykiatriska åtgärder förutsätter en uppfattning av människan som personlighet och samhällsvarelse. Psykiatrien arbetar därför med både en medicinsk och en psykosocial sjukdomsmodell, och är samtidigt en naturvetenskap och en humanvetenskap."

Källa: *Nationalencyklopedin*.

Som exempel på *psykisk sjukdom* kan nämnas schizofreni och bipolär sjukdom (manodepressivitet), men också många andra tillstånd som ångestsyndrom, personlighetsstörningar, depression med mera.

Det finns olika klassificeringar av psykiska störningar.⁵ De diagnostiska

⁴ Nationalencyklopedin.

⁵ ICD-10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision) utges av WHO och är avsedd som internationell basklassifikation för allmänt medicinskstatistiskt bruk. Det används i Socialstyrelsens patientregister. Ett annat system, som enbart gäller psykiatri, är DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Revision) vilket används mer i det kliniska arbetet i Sverige och andra länder. Handboken ges ut av American Psychiatric Association.

systemen har förändrats över tid, och ytterligare förändringar kan förväntas i framtiden.⁶ Diagnostik är egentligen en klassifikation av vissa beteenden och är inte nödvändigtvis samma sak som en sjukförklaring. Även ett övergående krisbeteende kan klassificeras som exempelvis depressivt, psykotiskt eller suicidalt.⁷ Psykiska symtom kan uppstå genom rubbningar i hjärnans funktion men också genom utifrån kommande påfrestningar och kombinationer härav (stress-sårbarhetsmodellen).

Sjukdomsbegreppet är beroende av vad som betraktas som normalt, men även av graden av lidande hos den berörda personen, av eventuella risker för personer i omgivningen och av tidsaspekten. Ett i psykiatrisk mening *sjukligt beteende* är avvikande från det normala och innebär dessutom ett lidande eller en risk för den som har beteendet eller för hans eller hennes omgivning. *Kris* är ett tillfälligt sjukligt beteende som framstår som en rimlig och förståelig reaktion på yttre omständigheter.⁸

PSYKISK OHÄLSA

Begreppet *psykisk ohälsa* används som ett samlingsbegrepp för en vid grupp av ohälsotillstånd som har psykiska komponenter. Här ingår inte bara psykiska störningar av allvarligt slag utan även milda former av ohälsa av exempelvis depressiv natur. Alla former av ohälsa behöver inte föranleda läkarbesök. Många till synes lindriga psykiska ohälsotillstånd kan dock innebära inskränkningar i individens arbetsförmåga och välbefinnande och även ha ekonomiska följder, såväl för den enskilde och dennes närstående som för samhället. Lindrig psykisk ohälsa kan också utgöra förstadier till mer allvarliga störningar och är då viktig att uppmärksamma och åtgärda.

Personer med psykisk ohälsa kan dock inte genomgående beskrivas som resurssvaga. Här finns också individer som lärt sig att hantera sin sjukdom och som lever ett aktivt om än inte okomplicerat liv. Psykisk ohälsa behöver inte utesluta ett framgångsrikt yrkesliv.

Omfattningen av *självskattad psykisk ohälsa* är möjlig att undersöka med hjälp av intervjuer.⁹ Oro och ångest är en typ av psykisk ohälsa som enligt Socialstyrelsen kan förändras påtagligt över korta tidsperioder. Det var exempelvis 260 000 fler personer som uppgav ångslan, oro eller ångest åren 2005–2006 än tio år tidigare.¹⁰

Andelen personer som upplever nedsatt psykiskt välbefinnande kan enligt Nationell psykiatrisamordning vara starkt beroende av samhällsfaktorer (arbetsliv, arbetslöshet, normbildning, omflyttning), medan förekomsten av psykisk sjukdom (psykossjukdomar, svårare depressioner etcetera) har mindre samband med förändringar i samhället.¹¹

⁶ En ny version av det diagnostiska systemet DSM håller för närvarande på att utarbetas, se www.psych.org.

⁷ Cullberg (2000).

⁸ Cullberg (2000).

⁹ Andelen personer som vid intervjuer uppgav att de led av någon grad av ångslan, oro eller ångest uppgick år 2002–03 till 26 procent av kvinnorna och 16 procent av männen, enligt SCB 2003.

¹⁰ Socialstyrelsen (2008) *Folkhälsa och sociala förhållanden*, s. 19.

¹¹ SOU 2006:100, s. 95.

PSYKISKT FUNKTIONSHINDER

En psykiatrisk diagnos är i sig otillräcklig för att beskriva konsekvenserna för den enskilde. Enligt Nationell psykiatrisamordning är detta skälet till att begreppet *psykiskt funktionshinder* har införts.¹² Begreppet lanserades i samband med psykiatrireformen 1995. Tidigare användes andra benämningar.¹³ Begreppet funktionshinder är omgivningsrelaterat, det vill säga funktionshindret antas bero på att omgivningen inte har anpassats till de personer som har funktionsnedsättningar. Synen på funktionshinder och handikapp¹⁴ har under de senaste femtio åren genomgått mycket stora förändringar i riktning mot humanisering och integrering. Dessa förändringar i synsätt hade knappast varit möjliga om inte benämningarna samtidigt hade ändrats. Fortsatta förändringar i benämningarna planeras.¹⁵

Den exakta innebörden av begreppet psykiskt funktionshinder har varit föremål för mycket diskussion ända sedan 1995. Den definition som lagts fast av Nationell psykiatrisamordning är följande:

En person har ett psykiskt funktionshinder om hon eller han har väsentliga svårigheter att utföra aktiviteter på viktiga livsområden, och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning.¹⁶

Ett av psykiatrireformens mål var att personer med psykiskt funktionshinder ska kunna leva som andra i samhället, med samma rättigheter och skyldigheter. Detta innebär bland annat att personer med psykiskt funktionshinder *inte* ska få alla sina behov tillgodosedda av en speciell organisation eller huvudman utan ta del av samhällets utbud av vård, stöd och service på samma sätt som andra.¹⁷

Allmänt sett har synen på funktionshinder förändrats; anpassningar görs kontinuerligt för att avlägsna hinder för de funktionshindrades rörelsefrihet och delaktighet i samhället.¹⁸ Det handlar då ofta om fysiska anpassningar och hjälpmedel. Motsvarande anpassningar har inte betraktats som självklara när det gäller personer med psykiska funktionshinder, konstaterar Nationell psykiatrisamordning.¹⁹

Ett psykiskt funktionshinder kan ha olika karaktär och innebära begränsningar både kognitivt (tankemässigt) och emotionellt (känslomässigt). Brisande förmåga att planera och överblicka konsekvenserna på sikt kan vara

¹² SOU 2006:100, s. 93.

¹³ Personer med psykiska funktionshinder brukade förr omtalas som kroniskt psykiskt sjuka, "kroniker", psykiskt långtidssjuka eller personer drabbade av allvarlig psykisk störning. Socialstyrelsen (2005) *Perspektiv på ...*, s. 8.

¹⁴ Begreppet handikapp är numera utmönstrat av Socialstyrelsen, enligt beslut i oktober 2007. Se [www.socialstyrelsen.se/Aktuellt:Bort med termen handikapp](http://www.socialstyrelsen.se/Aktuellt:Bort%20med%20termen%20handikapp), 2007-10-10.

¹⁵ Enligt Socialdepartementet kommer begreppet psykiskt funktionshinder successivt att utmönstras och ersättas av begreppet psykisk funktionsnedsättning.

¹⁶ SOU 2006:100, s. 69, 323–331.

¹⁷ SOU 2006:100, s. 338. Kursiveringen är gjord här i syfte att fästa läsarens uppmärksamhet på den komplicerade innebörden i strävan att normalisera tillvaron för psykiskt funktionshindrade.

¹⁸ Ett av de nationella målen för handikappolitiken är att samhället ska utformas så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet. Regeringens handikappolitiska program har den talande titeln *Från patient till medborgare*, prop. 1999/2000:79.

¹⁹ SOU 2006:100, s. 324.

konsekvenser av psykisk sjukdom. Många personer med psykiska funktionshinder har en stark tendens att dra sig undan i sociala sammanhang.

Ett psykiskt funktionshinder kan variera över tid, något som enligt Nationell psykiatrisamordning kan bidra till svårigheten att se det som ett tillstånd som ska omfattas av den generella handikappolitiken. Det faktum att återhämtning är möjlig kan medföra att personer med psykiska funktionshinder betraktas som sjuka snarare än funktionshindrade.²⁰ Nationell psykiatrisamordning anser ändå att funktionshindertänkandet och handikappolitiken bör tillämpas även för personer med psykiskt funktionshinder och pekar samtidigt på flera tecken på att så inte är fallet i dag.²¹

2.2 Patienter och vårdformer

HUR VANLIGA ÄR PSYKISKA STÖRNINGAR?

Bedömningarna av hur många personer som lider av psykisk ohälsa varierar. Socialstyrelsen skrev för några år sedan att mellan 20 och 40 procent av befolkningen uppskattades lida av lättare eller svårare psykisk ohälsa.²² I ett nyhetsbrev från mars 2009 skriver Socialstyrelsen att "800 000 personer får varje år en depression, och ångestsjukdomar drabbar flera procent av befolkningen."²³ Bland ungdomar ökar den psykiska ohälsan. Andelen självmordsförsök ökar kraftigt bland unga kvinnor, och allt fler unga vårdas på sjukhus för depression eller ångest och för alkoholförgiftning. Nedsatt psykiskt välbefinnande är numera ungefär lika vanligt bland yngre som bland äldre.²⁴

Det är stor skillnad mellan antalet personer som har någon form av psykisk ohälsa och antalet personer som söker och får vård för detta. En annan svårighet att uppskatta omfattningen av den psykiska ohälsan är förekomsten av psykosomatiska fall, det vill säga patienter (inte minst äldre) som söker hjälp för fysiska symtom som enligt läkares bedömning kan ha psykiska orsaker. Den psykiska ohälsan kan på detta sätt öka behovet av annan vård och omsorg.²⁵

²⁰ SOU 2006:100, s. 324.

²¹ Till exempel förväntades att minst 20 000 personer med psykiska funktionshinder skulle få tillgång till insatser enligt LSS, men bara 3 000 har fått det. Handikappersättning och arbetsmarknadspolitiska insatser för funktionshindrade tycks också nå alltför få personer i gruppen. SOU 2006:100, s. 325.

²² Socialstyrelsen (2005) *Folkhälsorapport 2005*, s. 130. Se även Cullberg (1988) som innehåller bedömningen att 20–30 procent av befolkningen lider av psykisk ohälsa, men endast 5 procent kommer till psykiatrisk vård (s. 391). Enligt regeringens nuvarande psykiatrikoordinator har 4–9 procent av befolkningen kontakt med psykiatrin (bedömning i mars 2009).

²³ Socialstyrelsen (2009) *Nytt om NU!*, nr 3 2009.

²⁴ Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport 2009*, s. 16, s. 160.

²⁵ Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport 2009*, s. 162.

ANTALET PATIENTER

Antalet personer som tagits emot som vårdsökande under ett år kan inte anges med säkerhet. Av Socialstyrelsens patientregister framgår att antalet personer som varit intagna som patienter i *sluten psykiatrisk vård* uppgick till närmare 56 000 år 2007. Eftersom en och samma person kan förekomma vid flera tillfällen under året är dubbelräkningar möjliga.²⁶ Vårdtiderna varierar mellan något dygn och flera år.

Ett stort antal personer med långvarig psykisk ohälsa tas även emot inom *öppen psykiatrisk vård*. Kostnaderna för den specialiserade öppenvårdspsykiatrin är ungefär lika stora som för den psykiatriska heldygnsvården (se tabell 2.1), varför det finns anledning att anta att antalet patienter inom öppenvården är betydande. I Socialstyrelsens register finns 225 000 personer som sökt och fått hjälp inom den specialiserade psykiatrin. Siffran avser endast läkarbesök, och rapporteringen är sannolikt inte fullständig.²⁷

Det finns även ett stort antal patienter inom *primärvården* som söker och får hjälp mot psykisk ohälsa. Enligt Socialstyrelsens bedömning kan 20 procent av kostnaderna inom primärvården hänföras till psykisk ohälsa.

Tabell 2.1 Kostnader för psykiatrisk vård samt primärvård 2006–2007, samtliga huvudmän
Nettokostnader exkl. läkemedel inom läkemedelsförmånen. Löpande priser.

	Miljoner kronor 2006	Miljoner kronor 2007	Procent 2007
Psykiatrisk vård, totalt	16 116	16 957	100,0
– Mottagningsverksamhet	7 591	8 639	50,9
– Dagsjukvård	352	319	1,9
– Hemsjukvård	93	85	0,5
– Sluten vård	8 080	7 914	46,7
Primärvård, totalt	28 700	29 800	
20 procent av primärvården	5 740	5 960	

Källa: SKL. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006 och 2007. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner (s. 11, 32). Utgiven i juni 2007 respektive juni 2008.

Vidare finns omkring 20 000 personer med psykiska funktionshinder som får *socialt stöd via kommunen*. Det finns även många med psykiska funktionshinder som inte får sina behov tillgodosedda, i varje fall inte i tillräcklig omfattning. Det totala antalet personer med psykiska funktionshinder har

²⁶ Socialstyrelsen (2008) *Sjukdomar i sluten vård 1987–2007*, s. 14, 36.

²⁷ I Socialstyrelsens patientregister fanns 225 000 patienter eller 690 000 besök rapporterade för år 2007. Socialstyrelsen 2009-03-17.

uppskattats till omkring 40 000.²⁸ De ovan nämnda grupperna kan till stor del överlappa och det är därför svårt att avgöra hur många personer som totalt sett är berörda. Bedömningarna av hur många som under någon del av ett år lider av så svår psykisk ohälsa att de söker och får vård inom den specialiserade psykiatrin varierar mellan 250 000 och 500 000.²⁹

Det totala antalet personer som direkt eller indirekt är berörda av psykisk sjukdom är betydligt högre, eftersom man då också bör räkna med anhöriga och andra närstående som ofta blir djupt involverade i de problem som följer av psykisk sjukdom och funktionshinder.

ÖKAD VÅRDEFTERFRÅGAN

Det finns enligt Nationell psykiatrisamordning en ökad efterfrågan på hjälp mot psykisk ohälsa.³⁰ Detta förhållande intygas också av de intervjuer som gjorts i denna granskning. Alla som söker hjälp har dock inte någon djup eller långvarig psykisk sjukdom; den ökade vårdefterfrågan gäller i högre grad andra tillstånd, bland annat ångest och depression, drogberoende med mera, varav många kan botas eller lindras med adekvat hjälp. Det finns också många psykiska svårigheter som gränsar till det normala. Traumatiska händelser, kriser, sorg och stress kan utlösa reaktioner som liknar dem som förekommer vid psykiska sjukdomar.

Efterfrågan på vård påverkas även av befolkningens förväntningar på vård. Den psykiatriska vården ger med tiden förbättrade möjligheter till bot och lindring genom utveckling av nya läkemedel och förbättrade terapeutiska metoder. Förbättrade behandlingsmöjligheter bidrar i sig till ökad efterfrågan på vård.³¹

Förväntningarna drivs dessutom av mediala och kommersiella krafter som innebär att hälsa, lycka och framgång betraktas som normala tillstånd, något som också innebär att sjukdom och ohälsa skuldbeläggs.³² Dessa förväntningar bidrar givetvis till en ökad efterfrågan på vård.

Alla som behöver hjälp klarar dock inte av att själva söka vård och stöd. Initiativlöshet och bristande sjukdomsinsikt är typiska för många psykiska sjukdomstillstånd, inte minst de svåraste. Hembesök, i stället för mot-tagningsbesök, kan vara en lämpligare arbetsform för denna grupp, skriver Nationell psykiatrisamordning.³³ Det finns också personer som behöver vård men som medvetet undviker psykiatrin.

²⁸ Psykiatriutredningen (SOU 1992:73) beräknade målgruppen för psykiatrireformen till 40 000–45 000 personer. Definitionen av psykiskt funktionshinder var otydlig i psykiatrireformens förarbeten, och det saknas också heltäckande och säkra behovsinventeringar.

²⁹ Den högre siffran härrör från regeringens psykiatrikoordinator.

³⁰ Med efterfrågan avses uttryckt behov. Se Liss (2003).

³¹ Medvetenheten om att det numera finns effektiva antidepressiva medel med förhållandevis lindriga biverkningar har medfört en ökad efterfrågan på behandling med sådana preparat. Marknadsföringen ha också varit intensiv. Se Carlberg (2008) och Svenaeus (2008).

³² Qvarsell (2007), s. 71.

³³ SOU 2006:100, s. 86. Hemsjukvård förekommer dock endast i liten utsträckning; se tabell 2.1.

2.3 Psykiatrins särdrag

EN SÄRPRÄGLAD SPECIALITET MED STORT ARBETSFÄLT

Psykiatrin har varit en medicinsk specialitet under mer än hundra år, men forskningen på området är förenad med särskilda svårigheter. Enligt Nationell psykiatrisamordning råder det en brist på evidensbaserade metoder, varmed avses metoder som baseras på bästa möjliga vetenskapliga kunskapsgrund.³⁴ Det finns dock metoder som kan ge goda effekter men som ännu inte är prövade med tillräcklig vetenskaplig noggrannhet.³⁵ Dessutom finns metoder vars effektivitet uppfattas som styrkt men som inte tillämpas på grund av brist på kompetent personal.³⁶ Exempel är här vissa former av psykoterapi, särskilt kognitiv beteendeterapi (KBT) och interpersonell terapi (IPT).³⁷

Psykiatrin har under lång tid lämnat stort utrymme för vårdideologiska ställningstaganden, något som i sin tur anses ha inverkat på psykiatrins ställning inom den medicinska professionen och den vetenskapliga världen.³⁸ Det finns också kommersiella krafter (läkemedelsföretag) som har inflytande genom sin påverkan på forskningen och läkarprofessionen.³⁹

Psykiska sjukdomar och störningar kan förekomma med olika svårighetsgrad och i olika kombinationer. Ett flertal diagnoser inom det psykiatriska området kan bara definieras med utgångspunkt från förändringar i patientens beteende och subjektiva upplevelser. Systematiska mätningar och analyser (provtagning etcetera) som är normala hjälpmedel inom den somatiska vården har inte samma betydelse inom den psykiatriska. Kliniska studier som kan ge evidens för att psykiatrins metoder fungerar är därför dyra och tidskrävande. Det finns ett stort behov av kliniska studier inom psykiatrin, men ingen aktör har särskilt ansvar för att se till att sådana studier kommer till stånd.

³⁴ Med *evidensbaserad* vård avses att man genom systematiska kunskapssammanställningar söker ge vården den bästa möjliga vetenskapliga kunskapsgrunden. På engelska används termerna EBM (evidence-based medicine) och EBHC (evidence-based health care). Begreppet evidensbaserad vård är dock omdiskuterat och delade meningar råder om hur evidensbaserad ska förstås; se exempelvis Fries, Helgesson och Fernler (2006).

³⁵ Socialstyrelsen (2006) *Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom*.

³⁶ SOU 2006:100, s. 116, 117, 184. Kognitiv beteendeterapi (KBT) rekommenderas numera av Socialstyrelsen som förstahandsval vid behandling av depression och ångest.

³⁷ I Sverige har Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) i uppgift att vetenskapligt utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder ur medicinskt, ekonomiskt, samhälleligt och etiskt perspektiv. Observera att evidensbegreppet kan ha en annan innebörd i andra vetenskaper än den medicinska.

³⁸ Se följande artiklar: "En ny psykiatri?" av PC Jersild DN 22 september 2007; "Psykiater av hela sin själ", intervju med Johan Cullberg i DN 23 september 2007; "Vår förlegade psykvård ratas av moderna läkare" av Markus Heilig, DN debatt 26 augusti 2007.

³⁹ Se Carlberg (2008).

Ytterligare en aspekt som framhållits av psykiatrer som intervjuats i denna granskning är det faktum att psykiatrins område är så vidsträckt, såväl när det gäller diagnoser och patientgrupper som när det gäller organiseringen av vården. "Psykiatri" kan användas som samlingsnamn för många olika delar av vården (se figur 1 i kapitel 3). Därmed är det också lätt att rikta kritik mot området. Den debatt som ständigt förs i medierna – inte minst med anknytning till olika rättsfall – kan också tolkas som ett uttryck för att det hos allmänheten finns en kluvenhet i synen på vården av psykiskt sjuka. Inställningen bör också förstås mot bakgrund av psykiatrins historia.⁴⁰

PSYKIATRINS STÄLLNING INOM LÄKARPROFESSIONEN

Psykiatrin är en specialitet som har tillskrivits en förhållandevis låg status inom den naturvetenskapligt orienterade läkarprofessionen och bland medicine studerande. Detta förhållande är välkänt och har bekräftats av många av dem som intervjuats i denna granskning, bland annat läkare och landstingsrevisorer. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tillsammans med Svenska Läkaresällskapet funnit det motiverat att under hösten 2008 anordna en särskild föreläsningsturné under benämningen "Psykiatrins ansikten" i syfte att öka unga läkares intresse för psykiatri.⁴¹

Ett genomgående mönster som klarlagts inom forskningen är att specialister har hög status medan generalister, vars ansvarsområde är svårt att avgränsa, har lägre.⁴² I en norsk undersökning rankades psykiatrin, tillsammans med geriatrik, hud och allmänmedicin, lägst bland de medicinska specialiteterna. Många undersökningar bekräftar denna bild.⁴³

Att psykiatrin har svårt att göra sig gällande i förhållande till andra medicinska specialiteter visar sig även på annat sätt, exempelvis när det gäller den kliniska forskningen. I en offentlig utredning, publicerad i februari 2008, framhålls att psykiatrin generellt pekats ut som ett "svagt" forskningsområde. Det finns exempel på kliniker som inte kan ta forskningsmedel i anspråk då det saknas innehavare av tjänster.⁴⁴

⁴⁰ Se exempelvis Cullberg (2007). Som framgår av nyhetsrapporteringen förekommer fortfarande övergrepp mot psykiskt sjuka.

⁴¹ Syftet med föreläsningsturnén var "att stimulera fler läkare att specialisera sig inom psykiatrin, förbättra aktuell rekrytering av läkare till psykiatrin i Sverige samt skapa en långsiktig attitydförbättring till psykiatrin som specialitet och höja dess status". *Slutrapport Psykiatrins ansikten*. Svenska Läkaresällskapets hemsida, www.sls.se. Se även kapitel 10 i denna rapport.

⁴² Abbott (1988).

⁴³ Anell (2007) i Blomqvist (2007).

⁴⁴ SOU 2008:7, s. 150.

JURIDISKA ASPEKTER

Det finns flera ytterligare svårigheter som präglar den psykiatriska praktiken. Ett är behovet av tvångsvård och de juridiska och etiska komplikationer som följer av det. Ett annat gäller rättspsykiatri, vars verksamhet definierar gränsen mellan psykiatri och kriminalvården. Det finns med andra ord en strikt lagreglering som styr vissa delar av den psykiatriska vården på ett sätt som inte har någon motsvarighet inom kroppssjukvården (med undantag för smittskyddet). Vare sig tvångsvården eller det rättspsykiatriska området diskuteras närmare i denna rapport, men de juridiska aspekterna är viktiga att nämna för att man ska förstå den psykiatriska vårdens ställning.

GRÄNSDRAGNING MOT ALLMÄNMÄNSKLIGA PROBLEM

Psykiatri har i stor utsträckning samma typ av problem som andra delar av hälso- och sjukvården. Ändå har psykiatri en särställning till följd av sin tvärvetenskapliga karaktär med inslag av naturvetenskap, samhälls- och humanvetenskap, de konkurrerande kunskapsanspråken från olika professionella grupper och det oklara gränsland som finns mellan psykiatriska tillstånd, tillfälliga kriser och allmänmänskliga problem.

3 Vårdens organisering

I detta kapitel beskrivs förändringarna i vårdens organisation, först med en orienterande historik och därefter med en kortfattad beskrivning av hur organisationen ser ut i dag.

3.1 Bort från institutionerna

Varje samhälle försöker finna sitt sätt att komma till rätta med allvarliga psykiska sjukdomar och psykiska störningar, och varje försök är präglad av sin tid. Mentalsjukhusens tid tog sin början i mitten av 1800-talet och varade i drygt hundra år. Den behandling som gavs där, innan moderna läkemedel började användas för cirka femtio år sedan, hade inslag som i dag framstår som kränkande och inhumana. Redan tidigt fanns även en kritik mot mentalsjukhusen som gick ut på att själva miljön skapade störningar i form av apati och initiativlöshet.⁴⁵

Under 1900-talets sista decennier har vården av psykiskt sjuka och funktionshindrade fått nya former. De stora institutionerna har avvecklats; i stället har man sökt utveckla en "samhällsbaserad vård", baserad på öppenvårdsinsatser och ett utbyggt stöd i samhället. Avinstitutionaliseringen⁴⁶ har gjort sig gällande i många länder. Den har påverkats av flera olika faktorer, bland annat utvecklingen av öppenvårdsbaserad metodik och tillkomsten av nya läkemedel mot psykos. Till det kom kritiken mot förhållandena på mentalsjukhusen och de stora kostnader som är förknippade med institutionsvård.⁴⁷

Vid slutet av 1960-talet påbörjades utskrivningarna från mentalsjukhusen till andra vård- och boendeformer. I mitten på 1980-talet hade i princip alla landsting i Sverige skapat särskilda så kallade sektorskliniker med sammanhållet ansvar för psykiatriska insatser inom ett geografiskt område. Det minskade antalet platser på mentalsjukhusen hade alltså inget direkt samband med den så kallade psykiatireformen som ägde rum nära trettio år senare. Avinstitutionaliseringen ägde i Sverige rum i två steg: först genom sektoriseringen och därefter genom psykiatireformen.⁴⁸

⁴⁵ Bülow (2004) s. 38–39.

⁴⁶ Begreppen "avinstitutionalisering" och "samhällsbaserad vård" tolkas på olika sätt av olika forskare. Se Bülow (2004) s. 33–35.

⁴⁷ SOU 2006:100. Se även Bülow (2004) s. 36–39.

⁴⁸ Bülow (2004).

PSYKIATRIREFORMEN (1995)

Psykiatriutredningen, vars slutbetänkande kom 1992, innehöll en rad värdeologiska ställningstaganden (med innebörden att stärka den enskildes självbestämmande och möjliggöra ett självständigt liv) samt ett stort antal förslag.⁴⁹ Regeringen tog i sin proposition fasta på vissa av förslagen men inte andra.

Psykiatrireformen⁵⁰ innebar, namnet till trots, ingen reformering av den specialiserade psykiatrin utan var ett försök att förbättra livsvillkoren för de psykiskt funktionshindrade ute i samhället.⁵¹ Kommunerna fick ett tydligare ansvar för personer med psykiska funktionshinder; socialtjänstlagen justerades och man införde ett kommunalt betalningsansvar för patienter som vårdats länge inom psykiatrisk heldygnsvård utan att bedömas vara i behov av denna vårdform. I princip innebar detta att kommunerna övertog ansvar från landstingen. Vissa statliga medel (drygt 1 miljard kronor) åtföljde reformen, som trädde i kraft år 1995.

Nationell psykiatrisamordning har i efterhand konstaterat att ”glappet mellan den reducerade slutenvården och ett ännu inte fullt utbyggt system av samhällsbaserad vård, stöd och service” innebar stora svårigheter. Enligt samma källa ledde reformen ”mera till ett förtydligande av gränser än till långsiktig samverkan och gemensamma lösningar av problemen. Detta medförde att bristerna i samverkan till viss del bestod, vilket blev mest tydligt i samband med att de kortvariga stimulanspengarna upphörde.”⁵²

En principskiss som visar olika patientgruppers fördelning på vårdformer och huvudmän efter psykiatrireformen finns i figur 1.

TRE KOMMUNALISERINGSREFORMER UNDER 1990-TALET

Två liknande reformer ägde rum vid ungefär samma tid som psykiatrireformen. Den ena var den så kallade Ädelreformen (1992) som avsåg vården av de äldre. Den andra var den stora handikappreformen (1994) som innebar att man införde en ny rättighetslag (lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS) som främst avsåg personer med fysiska funktionshinder eller utvecklingsstörning. Alla tre reformerna hade det uttalade syftet att stärka den enskildes ställning och valfrihet och innebar att ansvaret för respektive målgrupp delades mellan två eller flera huvudmän. Alla tre reformerna innebar också ett ökat ansvar för kommunerna och ett minskat ansvar för landstingen.

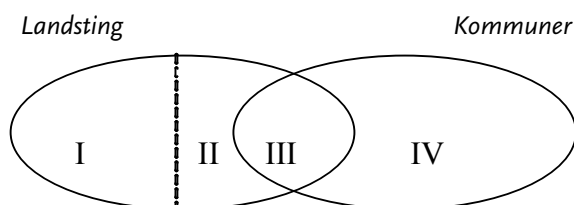
⁴⁹ SOU 1992:73.

⁵⁰ Prop. 1993/94:218; 1993/94:SoU28.

⁵¹ Socialstyrelsen (1999) *Välfärd och valfrihet?* Begreppet psykiskt funktionshinder förklaras i kapitel 2.

⁵² SOU 2006:100, s. 91.

FIGUR 1 Vård- och omsorgsansvar för personer med psykisk ohälsa
 Figuren nedan är starkt förenklad. Varje landsting har gränssytor inte bara mot en kommun utan mot samtliga kommuner i länet.



I princip kan man tala om följande grupper av vårdbehövande personer:

I – Personer som på grund av psykisk ohälsa har behov av vård inom **primärvården** (inklusive samtal).

II – Personer med psykiska störningar som behöver någon form av **specialiserad psykiatrisk vård** (öppen vård eller heldygnsvård), men som inte behöver kommunalt stöd. Observera att gränsen mellan I och II är flytande och föremål för diskussioner.

III – Personer med **både** psykisk sjukdom (eller sviter av sådan sjukdom) **och** behov av kommunala insatser. Denna grupp består av dels (a) psykiskt funktionshindrade, dels (b) personer med både missbruk och psykisk störning (så kallad dubbeldiagnos). Både landstingets och kommunens verksamheter berörs. Samordningsproblem kan uppstå.

IV – Den fjärde gruppen består av personer som i första hand har behov av kommunalt stöd. I denna grupp kan det finnas personer med rent psykiska funktionshinder (som följd av till exempel schizofreni) men även andra funktionshindrade som får stöd enligt LSS eller Socialtjänstlagen. Bland dem finns en del med kognitiva funktionsnedsättningar som inte beror på psykisk sjukdom (exempelvis utvecklingsstörning eller hjärnskada). I vissa landsting får psykiatrin ta emot patienter som skulle ha behov av så kallad vuxenhabilitering snarare än psykiatrisk vård.

I vissa landsting förekommer det även att patienter som råkar i kris till följd av exempelvis cancerbesked hänvisas till psykiatrin, trots att den somatiska vården borde ha kompetens nog för ändamålet. Psykiatrin kan med andra ord ha svårt att avgränsa sitt ansvarsområde gentemot övriga specialiteter.

ÄNDRAD VÅRDSTRUKTUR I PSYKIATRIN

En överflyttning av den psykiatriska vården från heldygnsvård i landstingens regi till andra vårdformer har pågått länge. Förändringen påskyndades av psykiatrireformen (1995). Denna reform var avsedd att normalisera livet för människor med psykiska funktionshinder, men den kom även att medföra att vårdkedjorna blev mer instabila. Kommunerna hade också svårt att på kort sikt ersätta bortfallet av de verksamheter som lades ned av landstingen. Enligt Socialstyrelsen har antalet platser i den kommunala heldygnsomsorgen numera ökat lika mycket som den landstingsdrivna psykiatriska heldygnsvården har minskat.

Psykiatrireformen kom i praktiken att ge landstingen möjlighet till fortsatt snabba nedskärningar av antalet platser i psykiatrisk heldygnsvård. Även en del öppna verksamheter och mobila team kom att läggas ned av landstingen då man kunde hävda att dessa verksamheter nu borde "skötas av kommunen".⁵³

Genom psykiatrireformen minskade kostnaderna för vården, särskilt för landstingen. Den genomsnittliga kostnaden per brukare och år minskade genom reformen till mindre än hälften, främst därför att boendet i kommunerna, även med omsorg dygnet runt, är billigare än psykiatrisk heldygnsvård.⁵⁴

Vårdstrukturen har fortsatt att förändras även under senare år. Under perioden 2001–2007 minskade antalet vårdplatser i psykiatrisk heldygnsvård med 15 procent. Samma typ av förändring, fast inte fullt lika kraftig, har ägt rum i den somatiska vården.⁵⁵ Neddragningarna av antalet vårdplatser i psykiatrin kompenseras delvis av ett ökat antal heldygnsplatser i kommunal regi samt av öppna vårdformer. Antalet besök hos läkare i öppen psykiatrisk vård har ökat marginellt sedan 2001 (ingen förändring 2001–2004, därefter en ökning med totalt 0,9 procent under treårsperioden 2001–2007). Antalet besök hos annan vårdpersonal än läkare har ökat betydligt mer, med nära 15 procent 2001–2004 och med ytterligare 11 procent 2004–2007.

3.2 Efter psykiatrireformen

En del har gjorts sedan 1995 för att komma till rätta med bristerna i det kommunala stödet till de psykiskt funktionshindrade. Kommunerna har så småningom byggt upp sin verksamhet så att den i dag är betydligt mer omfattande än tidigare. De tidsbegränsade, statliga stimulansmedel som åtföljde psykiatrireformen ses av Nationell psykiatrisamordning som en, åtminstone på kort sikt, effektiv strategi för att öka kommunernas initiativförmåga på området. Det fanns dock problem med insatsernas långsiktighet. Verksamheter i samverkan mellan huvudmännen tenderade att läggas ned efter den kortvariga projektiden med särskilda medel, medan verksamheter som tydligt låg inom kommunalt ansvar oftast blev kvar i det ordinarie utbudet. Takten i verksamhets- och kompetensutvecklingen mattades av efter det att de tidsbegränsade medlen upphört.⁵⁶

Psykiatris förmåga att fånga upp personer med psykiska störningar har ifrågasatts. Nationell psykiatrisamordning tillsattes av regeringen på hösten 2003 som en reaktion på flera uppmärksammade våldsdåd som utförts av

⁵³ SOU 2006:100, s. 88.

⁵⁴ Socialstyrelsen (1999) *Välfärd och valfrihet?*, s. 207.

⁵⁵ Antalet vårdplatser i den somatiska vården minskade med totalt 11 procent under perioden 2001–2007. Det samlade antalet platser i heldygnsvård per 1 000 invånare minskade från 3,3 till 2,9 under samma period. SKL: *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006 respektive 2007*, s. 19.

⁵⁶ SOU 2006:100, s. 91.

psykiskt störda personer, bland annat mordet på landets utrikesminister. I vilken mån dessa våldsdåd hade kunnat förhindras genom bättre psykiatriska insatser är visserligen oklart. Att det funnits och finns brister i vården och omhändertagandet av personer med psykisk sjukdom är dock omvitnat.

I detta sammanhang kan också nämnas den så kallade Psykansvarskommittén, som lade fram sitt slutbetänkande år 2002.⁵⁷ Här behandlas främst vissa straffrättsliga frågor, men förslag lades också fram om ett ändrat huvudmannaskap när det gäller rättspsykiatrisk vård. I samband med tillsättandet av en ny utredning (2008) har regeringen nu aviserat en större reform inom detta område.⁵⁸

NATIONELL PSYKIATRISAMORDNING (2003–2006)

Psykiatrisamordningen tillsattes av regeringen i oktober 2003 under ledning av läkaren Anders Milton och avslutade sitt uppdrag i november 2006. Uppdraget bestod av två delar – kraftsamling och utredning.⁵⁹ En del av kraftsamlingen fick formen av särskilda statliga bidrag till psykiatri och socialtjänst (de så kallade Miltonbidragen, se kapitel 4).

Uppdraget sågs av utredaren som en fortsättning på psykiatrireformen, det vill säga som en fortsättning på den utveckling som inneburit avinstitutionalisering och ökat självbestämmande för patienterna. Nationell psykiatrisamordning har resulterat i flera särskilda rapporter och två betänkanden, bägge publicerade hösten 2006.⁶⁰ Slutbetänkandet innehåller lägesbeskrivningar och analyser samt ett stort antal förslag till åtgärder.

SOCIALSTYRELSENS UPPDRAG

Socialstyrelsen har efter 2006 fått regeringens uppdrag att ansvara för det fortsatta stödet till utvecklingen av samhällets insatser för människor med psykiska sjukdomar och psykiska funktionshinder. Socialstyrelsen skapade år 2007 en ny organisation för detta, det så kallade NU!-projektet, senare omgjord till en enhet inom Hälso- och sjukvårdsavdelningen.⁶¹ Socialstyrelsen avser att inrikta sitt stöd på fyra huvudsakliga uppgifter: att tydliggöra de berörda verksamheternas uppdrag utifrån lagstiftarens intentioner; att samla, sammanställa och föra ut evidensbaserad kunskap och utvärderade metoder; att stärka brukares och närståendes ställning; att skapa bättre förutsättningar för verksamhetsuppföljning med mera.⁶²

⁵⁷ SOU 2002:3.

⁵⁸ Dir. 2008:93.

⁵⁹ Psykiatrisamordnaren skulle "driva ett strategiskt arbete för samordning av vård, social omsorg och rehabilitering i syfte att utveckla verksamheter för psykiskt sjuka och funktionshindrade" (dir 2003:133).

⁶⁰ SOU 2006:91; SOU 2006:100.

⁶¹ NU!-enheten (Enheten för nationellt utvecklingsstöd till verksamheter för människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder) beskrivs närmare på Socialstyrelsens hemsida, www.socialstyrelsen.se.

⁶² Socialstyrelsen (2007) *Socialstyrelsens stöd till utvecklingen...*

REGERINGENS ÅTGÄRDER 2007–2009

Regeringen har under de senaste åren vidtagit ett stort antal åtgärder för att stärka vården och omsorgen om psykiskt sjuka.⁶³ Åtgärderna finansieras av ett samlat anslag kallat "Bidrag till psykiatri" på 500 miljoner kronor åren 2007 respektive 2008 samt 900 miljoner kronor år 2009.

Av särskild betydelse är införandet av en ny vårdform – öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård – som trädde i kraft den 1 september 2008. Den nya vårdformen har motiverat ett särskilt statligt stöd till kommunerna (sammanlagt 525 miljoner kronor fördelat på fyra år, 2007–2010).⁶⁴ Stödet till kommunerna för den nya vårdformen och bidrag till landstingens verksamheter för barn- och ungdomspsykiatri (214 miljoner kronor per år) utgör de största beloppen i regeringens psykiatrisatsning under 2007 och 2008. I övrigt finns många olika, mindre kostnadskrävande åtgärder, främst specifika utbildningsåtgärder av olika slag. Mindre belopp har också satsats på bidrag till telefonjour, brukarorganisationer, statlig tillsyn samt utveckling av kvalitetsregister för psykiatrin.

I slutet av 2008 tillsatte regeringen en utredning som ska göra en översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen.⁶⁵ Enligt direktiven ska utredaren utgå från att en större reform kommer att genomföras på grundval av Psykansvarskommitténs förslag och från att staten ska ta över ansvaret för de kostnader inom den psykiatriska tvångsvården av psykiskt störda lagöverträdare som orsakas av kraven på samhällsskydd.⁶⁶

I slutet av april 2009 överlämnade regeringen en skrivelse till riksdagen med en redogörelse för sin politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.⁶⁷ I skrivelsen beskrivs såväl de åtgärder som redan vidtagits under 2007 och 2008 som inriktningen av de medel riksdagen beslutat om för 2009. Dessutom beskrivs vissa planerade reformer och utredningar. Åtgärderna är mångfasetterade. Politiken sammanfattas i tre huvudområden – vården, vardagen och valfriheten – och fyra särskilt prioriterade delområden: insatser riktade till barn och ungdomar, arbete och sysselsättning för personer med psykisk funktionsnedsättning, satsningar på kompetens och evidens samt stöd för långsiktigt kvalitets- och utvecklingsarbete. Uppföljningsinsatser beskrivs och mått för uppföljning anges.

Vissa psykiatrirfrågor tas upp också av regeringen i en proposition till riksdagen i maj 2009.⁶⁸ Lagförslagen gäller främst barns behov av råd och stöd samt reglerna kring individuell planering. Genom ändringar i lagstiftningen föreslås hälso- och sjukvården och dess personal få en skyldighet att särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om en förälder eller

⁶³ I Riksrevisionens arbetsmaterial har vi noterat drygt 20 olika åtgärder med budgetkonsekvenser.

⁶⁴ Regeringens hemsida, september 2008.

⁶⁵ Dir. 2008:93. Utredningen har antagit namnet Psykiatrilagsutredningen.

⁶⁶ Dir. 2008:93. Utredningen beräknas avsluta sitt arbete den 1 juni 2010.

⁶⁷ Skr. 2008/09:185.

⁶⁸ Prop. 2008/09:193.

annan närstående drabbas av psykisk sjukdom. Vidare föreslås att kommuners och landstings skyldigheter i fråga om gemensam individuell planering och gemensamma överenskommelser regleras i lag. Ändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2010.

3.3 Det delade ansvaret

LANDSTINGENS ANSVAR

Hälso- och sjukvården, inklusive psykiatri, är sjukvårdshuvudmännens (landstingens) ansvar och styrs av hälso- och sjukvårdslagen. För all vårdspersonal gäller också lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Lagstiftningen beskrivs närmare i kapitel 10.

Tre olika vårdformer är aktuella: primärvård, psykiatrisk öppenvård samt psykiatrisk heldygnsvård.⁶⁹

Antalet vårdplatser inom heldygnsvården har minskat med nära femtio procent sedan 1995 och uppgår numera till omkring 4 400. Nära hälften av dessa vårdplatser upptas av patienter som vårdas mot sin vilja, antingen med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård eller med stöd av lagen om rättspsykiatrisk vård.⁷⁰ En mycket stor del av de tvångsvårdade (cirka fyrtio procent) befinner sig på permission. Beläggningen inom heldygnsvården är mycket hög (99 procent).⁷¹

Hälso- och sjukvården har ett ovillkorligt ansvar att ta emot och erbjuda plats åt alla som av domstol överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Det betyder att det finns ett direkt samband mellan det statliga rättsväsendet och den landstingsdrivna, rättspsykiatriska vården.

KOMMUNERNAS ANSVAR

Socialt stöd till personer med psykiska funktionshinder – i form av särskilt boende, kontaktperson, boendestödjare och dagverksamhet med mera – är primärkommunernas ansvar. Detta ansvar framgår i första hand av socialtjänstlagen⁷² som innehåller följande krav:

⁶⁹ Benämningen "heldygnsvård" används i denna rapport i största möjliga utsträckning i stället för den traditionella benämningen "sluten vård", detta eftersom den senare benämningen lätt kan blandas samman med tvångsvård. Drygt hälften av antalet platser i den psykiatriska heldygnsvården upptas av patienter som vårdas frivilligt.

⁷⁰ Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård respektive lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

⁷¹ Socialstyrelsen (2008) *Tvångsvården 2008*, s. 16. Vid denna inventering var antalet inläggande patienter i psykiatrisk slutenvård ca 4 060, varav ca 870 i rättspsykiatri, ca 900 i annan psykiatrisk tvångsvård och ca 2 290 i frivillig vård. Av det totala antalet personer som vårdades enligt LRV (rättspsykiatrins patienter) befann sig 40 procent på permission vid inventeringstillfället. Av det totala antalet patienter som vårdades enligt LTP (de tvångsvårdade) var 42 procent på permission.

⁷² Socialtjänstlagen (2001:453), förkortas SoL.

”Socialnämnden ska verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap och att leva som andra. Socialnämnden ska medverka till att den enskilde får en meningsfull sysselsättning och bo på det sätt som är anpassat efter hans eller hennes behov av särskilt stöd.”⁷³

I vissa fall kan lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)⁷⁴ vara tillämplig men detta är mindre vanligt. Enligt den senaste tillgängliga statistiken är det endast cirka 3 000 personer med psykiska funktionshinder som har fått stöd enligt LSS. Detta speglar delvis det faktum att LSS inte har konstruerats med tanke på de behov som psykiskt funktionshindrade har. Vissa förändringar i stödformerna har nyligen föreslagits av LSS-kommittén.⁷⁵

Kommunerna har också ansvar för viss hälso- och sjukvård för personer i särskilda boenden – dock ej läkarvård – samt missbruksbehandling.⁷⁶

PERSONLIGA OMBUD FÖR PSYKISKT FUNKTIONSHINDRADE

En satsning på personliga ombud inleddes i samband med psykiatireformen 1995. Ombuden arbetar på uppdrag av den enskilde för att se till att han eller hon får de insatser från olika myndigheter som han eller hon behöver. Satsningen byggdes ut från och med år 2000 med hjälp av ett årligt statsbidrag som täcker större delen av kostnaden. Ombuden är anställda av kommunen som även finansierar cirka en fjärdedel av deras löner.

STÄLLFÖRETRÄDARE – GODE MÄN OCH FÖRVALTARE

Många psykiskt funktionshindrade har också stöd av en god man eller förvaltare (så kallad ställföreträdare) för att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person. Det totala antalet personer med behov av ställföreträdare har ökat till följd av avinstitutionaliseringen.

Uppdraget som ställföreträdare är av tradition ett lekmanuppdrag. Vissa kommuner har dock även anställda ställföreträdare, i synnerhet för de svårare fallen. Kommunen ansvarar även för funktionen som överförmyndare som ska utöva tillsyn över ställföreträdarna. De statliga länsstyrelserna har i sin tur tillsyn över överförmyndarna. Denna tillsyn är mycket begränsad och har kritiserats skarpt av Riksrevisionen i en tidigare rapport.⁷⁷

⁷³ 5 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453).

⁷⁴ Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

⁷⁵ SOU 2008:77.

⁷⁶ 18–25 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

⁷⁷ RiR 2006:5.

STATLIGT KONTANTSTÖD TILL PERSONER MED PSYKISK OHÄLSA

Psykisk ohälsa är en viktig orsak till sjukskrivningar. Av dem som i januari 2009 varit sjukskrivna i minst 90 dagar hade 32 procent någon psykisk diagnos. Det motsvarar nära 30 000 personer. Av samtliga pågående sjukfall (inklusive de med kortare sjukskrivningstid) svarade de psykiska diagnoserna för något under 30 procent (37 400 personer). Med "psykiska diagnoser" avses här en förhållandevis stor grupp diagnoser (även hjärnsjukdomar och utvecklingsstörning). Om man räknar med att personer med psykiska diagnoser fick lika hög ersättning som andra försäkrade så skulle det betyda att nära 30 procent av den totala försäkringskostnaden förklaras av psykisk ohälsa. I pengar motsvarar detta cirka 7 miljarder kronor på årsbasis.

Personer med långvariga psykiska funktionsnedsättningar och nedsatt arbetsförmåga kan i stället få statligt stöd i form av sjuk- och aktivitetsersättning. Under år 2008 var det nära 190 000 personer med psykiska diagnoser som mottog denna form av statligt stöd. Det totala belopp som utbetalades till denna grupp under januari 2009 uppgick till 1 800 miljoner kronor. Omräknat till ett år motsvarar detta 21,6 miljarder kronor. Både antalet personer och beloppet motsvarar 36 procent av det totala antalet personer som mottog, respektive den totala summa som utbetalades i sjuk- och aktivitetsersättning under 2008.⁷⁸

⁷⁸ Samtliga uppgifter i avsnittet har erhållits från Försäkringskassan.

4 Statens ekonomiska stöd till psykiatrin 2001–2007

Regering och riksdag har vid flera tillfällen under 2000-talet satsat extra medel för att påverka inriktningen av hälso- och sjukvården. I detta kapitel redovisas de satsningar som varit inriktade på psykiatrin, deras särdrag och deras resultat enligt tillgängliga uppföljningar. Tyngdpunkten ligger på de delar av vården som landstingen har ansvar för, antingen ensamma eller tillsammans med kommunerna (se tabell 4.1).

Tabell 4.1 Statliga ekonomiska förstärkningar av landstingens satsningar på psykiatrin, 2001–2007

TID FÖR BESLUT	BENÄMNING	PERIOD	
Hösten 2000	I Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården.	2001–2004	Totalt 8,7 miljarder kronor på fyra år. Medlen avsåg fyra områden – primärvård, äldrevård, psykiatri och mångfald. Psykiatrins andel var ej bestämd.
Mars 2005	II Fortsättning på den nationella handlingsplanen.	2005–2007	Två överenskommelser träffades, varav den ena avsåg psykiatrin. 500 miljoner kronor som erhållits 2004 fick behållas.
Hösten 2004	III Satsning på psykiatri och socialtjänst.	2005–2006	Totalt 700 miljoner kronor under två år, fördelat på två bidragstyper.
December 2006	IV Bidrag till barn- och ungdomspsykiatrin.	2007	214 miljoner kronor för förbättrad tillgänglighet.

Not: Ytterligare satsningar på barn- och ungdomspsykiatrin har gjorts av regeringen under år 2008 och 2009. Dessa bidrag ingår dock inte i denna granskning.

Vid sidan av dessa bidrag finns även andra statliga insatser som har betydelse för vården och stödet till psykiskt sjuka. Dessa insatser är inte direkt kopplade till landstingens egna satsningar på den psykiatriska vården, och de lämnas därför utanför analyserna i denna rapport. Dock kan nämnas att satsningen på barn- och ungdomspsykiatri kompletterades med vissa andra insatser för barn och unga med psykisk ohälsa (se avsnitt 4.4).⁷⁹

⁷⁹ En redovisning av regeringens åtgärder lämnades i april 2009 (skr.2008/09:185).

METOD FÖR SYSTEMATISKA IAKTTAGELSER

I det följande beskrivs och analyseras var och en av de bidragsformer som nämns i tabell 4.1. Underlagsmaterialet utgörs av tidigare gjorda uppföljningar samt intervjuer med olika befattningshavare inom Socialstyrelsen och Socialdepartementet. Riksrevisionen har således inte genomfört några egna empiriska undersökningar av bidragen och deras effekter.

Våra iakttagelser utgår från vissa frågeställningar som kan anses väsentliga vid statlig bidragsgivning, nämligen följande:

- *Bidragens form och innehåll:*
 - Har bidragen varit konstruerade så att det funnits anledning att vänta att de skulle användas på rätt sätt?
 - Har reglerna för bidragen möjliggjort en tillräcklig planering från bidragsmottagarnas sida?
- *Spårbarhet och effekter:*
 - Har det varit möjligt att i efterhand spåra bidragens användning?
 - Har bidragen haft några synbara nettoeffekter?
- *Uppföljningarna och deras användning:*
 - Har de uppföljningar som gjorts visat på tydliga slutsatser?
 - Har uppföljningarna använts av regeringen och berörda myndigheter för att vägleda det fortsatta handlandet?

4.1 Den nationella handlingsplanen 2001–2004

4.1.1 Bakgrund, inriktning och tidigare uppföljningar

Den så kallade Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården presenterades av regeringen i en proposition i juni 2000 och beslutades av riksdagen i november samma år.⁸⁰ Handlingsplanen omfattade fyra områden – primärvård, äldrevård, psykiatri samt mångfald i vården. Totalt satsades 9 miljarder kronor under perioden 2001–2004, varav en mindre del avsåg nationella insatser för bland annat forskning och utveckling. Resurstillskottet till kommuner och landsting uppgick till nära 8,8 miljarder kronor under perioden, varav drygt 6 miljarder tillföll landstingen för bland annat primärvård och psykiatri.⁸¹

⁸⁰ Prop. 1999/2000:149; bet. 2000/01:SoU5.

⁸¹ Socialstyrelsen (2005) *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport.*

Tabell 4.2 Totalt resurstillskott enligt den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården, 2001–2004

Miljoner kronor, löpande priser

	2001	2002	2003	2004	SUMMA
Kommuner	283	283	883	1183	2 632
Landsting	660	660	2 060	2 760	6 140
Summa	943	943	2 943	3 943	8 772

Not: Resurstillskottet avsåg fyra områden: primärvård, äldrevård, psykiatri och mångfald i vården.

Källa: Socialstyrelsen (2002): *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2002*, s. 79.

Ambitionen var att resurstillskottet skulle leda till konkreta effekter. Tillskottet skulle alltså inte ses som en allmän ekonomisk förstärkning. Den ”vision” om planens inriktning som uttrycktes av regering och riksdag var dock formulerad i allmänna ordalag.

Innehållet i den nationella handlingsplanen styrdes av ett utvecklingsavtal mellan staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet.⁸² För psykiatrin innebar avtalet att landstingen särskilt skulle satsa på tre grupper: barn och ungdomar, psykiskt funktionshindrade samt äldre (se rutan).

Utvecklingsavtalet för psykiatrin	
Barn och ungdomar	Tidigt och adekvat stöd ska erbjudas barn och ungdomar som visar tecken på psykiska problem. Vårdinnehållet ska utvecklas för barn och ungdomar med psykiska problem och samtidigt missbruk. Vårdbehoven hos ungdomar i åldersgruppen 16–25 år ska tillgodoses genom samordnade insatser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.
Psykiskt funktionshindrade	Psykiskt funktionshindrade ska uppmärksammas särskilt så att deras psykiatriska och somatiska vårdbehov blir tillgodosedda genom en utvecklad samverkan mellan landstingens primärvård, psykiatri och socialtjänsten.
Äldre	Äldre med psykiatriska vårdbehov ska identifieras och erbjudas behandling.

Landstingen åtog sig, genom Landstingsförbundet, att följa intentionerna i utvecklingsavtalet. De konkreta kraven på landstingen var begränsade till att upprätta egna lokala handlingsplaner, följa upp dem och redovisa resultaten till Socialstyrelsen. I de egna handlingsplanerna skulle landstingen precisera hur intentionerna i utvecklingsavtalet skulle uppfyllas.

De resurstillskott som tillföll kommuner och landsting fördelades via det generella statsbidraget. Landstingens åtaganden i de lokala handlingsplanerna hade således ingen inverkan på fördelningen av resurser.

⁸² Avtalet slöts den 17 maj 2000. Det återges i en bilaga till regeringens prop. 1999/2000:149.

SOCIALSTYRELSENS BEDÖMNING AV LANDSTINGENS LOKALA HANDLINGSPLANER

Socialstyrelsen har tagit fram årliga uppföljningsrapporter åren 2002, 2003 och 2004 samt en slutrapport år 2005. Den första rapporten innehöll en redovisning av landstingens handlingsplaner.⁸³ För psykiatrin hade dessa planer en tyngdpunkt på åtgärder mot psykisk ohälsa hos barn och ungdom.

Landstingens planer gav, enligt Socialstyrelsen, mera uttryck för ambitioner och inriktning än för konkreta mål. Ibland var det också svårt att urskilja vad som var målsättning och vad som var åtgärd. Handlingsplanerna skulle ligga till grund för landstingens uppföljning, men det framgick sällan hur uppföljningarna skulle gå till. Handlingsplanerna var också mycket olika i struktur och omfattning och innehöll sällan uppföljningsbara mål.

UTVECKLINGSAVTALETS FÖRUTSÄTTNINGAR SOM STYRMEDEL ENLIGT RRV

Riksrevisionsverket (RRV) redovisade år 2003 en granskning av utvecklingsavtalets förutsättningar att vara ett effektivt styrmedel.⁸⁴ Underlaget avsåg främst primärvården. RRV ansåg dock att slutsatserna var giltiga för hela utvecklingsavtalet, alltså även för den del som rörde psykiatrin.

RRV:s granskning baserades bl.a. på fallstudier i fyra landsting där man genomfört intervjuer med ett stort antal befattningshavare. Den problem-bild som beskrevs i utvecklingsavtalet visade sig vara väl känd i landstingen. Avtalet ansågs inte innebära något nytt jämfört med de aktiviteter som redan pågick eller planerades inom respektive landsting.

Att den kommunala självstyrelsen skulle ligga fast var inskrivet i avtalet. I landstingen tolkades detta som att det var ledningen i varje landsting som skulle avgöra vad resurserna skulle anslås till. För de flesta var det också okänt hur mycket pengar staten tilldelat respektive landsting. Enligt RRV var det endast ett fåtal personer som hade insyn i hur mycket bidrag de enskilda landstingen fått genom utvecklingsavtalet. Därför blev det också få som kunde bevaka vad resurserna användes till.

RRV framhöll att det i första hand är landstingens ansvar att se till att de har nödvändiga ekonomiska och personella resurser. Landstingen beslutar både om landstingsskatten och om antalet tjänster för blivande specialister (ST-tjänster). Staten kan dock påverka även detta genom de ekonomiska bidragen och en ökning av antalet antagningar på läkarprogrammen.

RRV påpekade också att de ekonomiska tillskotten enligt avtalet betalades ut samtidigt med en indragning av det generella statsbidraget i övrigt och i en tid då flertalet landsting uppvisade ett dåligt ekonomiskt resultat.

⁸³ Socialstyrelsen (2002) *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2002.*

⁸⁴ Riksrevisionsverket (2003) *Att styra genom att komma överens.*

För flera landsting innebar landstingens svaga ekonomiska resultat att kommunallagens krav på budget i balans ställdes mot statens uttryckta ambitioner att tillskottet skulle gå till de i avtalet utpekade områdena.

RRV:s bedömning var att utvecklingsavtalet hade begränsade förutsättningar för att vara ett effektivt styrmedel. Det var dessutom otydligt för de anställda och invånarna om pengarna var öronmärkta eller inte. Bidraget skulle enligt avtalet inte betraktas som en generell resursförstärkning – men samtidigt skulle den kommunala självstyrelsen ligga fast, vilket beslutsfattarna i landstingen tolkade som att det var de som skulle styra resursanvändningen. De anställda i primärvården hade dock väntat sig att resurserna skulle gå till primärvården. Utvecklingsavtalet riskerade enligt RRV att skapa orimligt höga förväntningar på avtalets effekter.

SOCIALSTYRELSENS UPPFÖLJNINGSRISULTAT 2005

Även Socialstyrelsen redovisar i sin slutrapport från 2005 kritiska slutsatser om landstingens åtgärder.⁸⁵ Vissa av slutsatserna hade med styrformen att göra. Bland annat konstateras att den nationella handlingsplanen tycktes ha haft störst betydelse i periodens början, trots att det ekonomiska tillskottet var störst i slutet av perioden. Hanteringen av bidragen innebar vanligen att tillskotten lades in i den ordinarie budgetprocessen. I några få landsting lades tillskotten in som projektmedel. Tillskottet kunde också gå in som övriga intäkter i budgeten och fördelas till olika sjukvårdsområden.

Landstingen hade, enligt Socialstyrelsen, inte lyckats omfördela resurser från den specialiserade somatiska vården till primärvården och psykiatri.⁸⁶ De i landstingen pågående insatserna sammanföll heller inte alltid med handlingsplanens intentioner.

4.1.2 Riksrevisionens iakttagelser

Följande iakttagelser är baserade på en analys av RRV:s granskning från 2003 och Socialstyrelsens uppföljningsrapport från 2005.⁸⁷

BIDRAGENS FORM OCH INNEHÅLL

- *Har bidragen varit konstruerade så att det funnits anledning att vänta att de skulle användas på rätt sätt?*
- *Har bidragsgivningen möjliggjort en tillräcklig planering från bidragsmottagarnas sida?*

⁸⁵ Socialstyrelsen (2005) *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården*, s. 104–105.

⁸⁶ Socialstyrelsen (2005) *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården*.

⁸⁷ Riksrevisionsverket (2003) *Att styra genom att komma överens, Socialstyrelsen (2005) Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården*.

Bidragens form gav landstingen mycket stor frihet. Det finns därför inga skäl att tro att bidragens form skulle ha försvårat landstingens planering. I den mån bidragen användes till andra ändamål än regeringen avsett så kan det i varje fall inte ha berott på att landstingen saknat planeringstid.

I utgångsläget fanns det heller inga starka skäl att tro att bidragens syfte skulle vara så skilt från landstingens egna önskemål att man medvetet skulle välja att lägga pengarna på annat. Utvecklingsavtalet var ju resultatet av en överenskommelse med dåvarande Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet. Det fanns då skäl att vänta sig att regeringens och landstingens önskemål skulle stämma någorlunda väl med varandra.

Helt visade sig detta dock inte hålla streck; Socialstyrelsens uppföljning visar att landstingens insatser inte alltid låg i linje med intentionerna i handlingsplanen. Detta kan, enligt Riksrevisionens bedömning, i sin tur förklaras av två omständigheter: dels att Landstingsförbundet inte hade möjlighet eller förmåga att spegla samtliga landstings önskemål, dels att Landstingsförbundets utfästelser gentemot regeringen inte var formellt bindande för de enskilda landstingen. Det var dessutom klart utsagt att den nationella handlingsplanen inte skulle innebära någon inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Bidragen var inte villkorade, varför de i praktiken även kunde användas för att täcka "hål" i landstingens budget.

Den första frågan ovan kan således inte besvaras entydigt (svaret blir snarast "nej, inte nödvändigtvis"). Den andra frågan kan besvaras jakande.

SPÅRBARHET OCH EFFEKTER

- *Har det varit möjligt att i efterhand spåra bidragens användning?*
- *Har bidragen haft några synbara nettoeffekter?*

Båda dessa frågor måste besvaras med nej. De uppföljningar av den nationella handlingsplanen som gjorts av Socialstyrelsen visar med all önskvärd tydlighet att det inte var möjligt att spåra bidragens användning. Det var enligt Socialstyrelsen heller inte möjligt att se om bidragen haft några effekter på resurserna till psykiatrin.

UPPFÖLJNINGAR OCH UPPFÖLJNINGARNAS ANVÄNDNING

- *Har de uppföljningar som gjorts visat på tydliga slutsatser?*
- *Har uppföljningarna använts av regeringen och berörda myndigheter för att vägleda det fortsatta handlandet?*

Den första frågan kan bevaras jakande. Både Socialstyrelsens och Riksrevisionsverkets uppföljningar gav upphov till entydigt kritiska slutsatser som varit möjliga att använda som vägledning för fortsatt handlande. Det var tyd-

ligt att den valda bidragsformen inte gjorde det möjligt att se vad de statliga pengarna använts till eller vilka effekter de haft.

Enligt de samtal vi fört med Socialdepartementet har uppföljningarna använts och varit en viktig inspirationskälla i det pågående arbetet med att utveckla nya styrformer gentemot kommuner och landsting, främst genom att utveckla indikatorer för prestationer och resultat.⁸⁸

TIDIGARE UPPFÖLJNINGAR AV DAGMARÖVERENSKOMMELSER ANVÄNDES INTE

Då den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården presenterades för riksdagen våren 2000 hänvisade regeringen till ett mycket omfattande underlagsmaterial. Någon diskussion om själva styrformen fördes dock inte. Inte heller hänvisade man till en utredning som faktiskt innehöll ett relevant underlag i denna del, nämligen de analyser av s.k. Dagmaröverenskommelser som gjorts på uppdrag av en kommitté och publicerats som underlagsmaterial till kommitténs slutbetänkande.⁸⁹ Härav framgår att det var svårt att påvisa några effekter av överenskommelserna på verksamheten inom hälso- och sjukvården, utom i de delar som innehöll tydliga krav på landstingen och en koppling mellan pengar och verksamhet.⁹⁰

4.2 Fortsatta överenskommelser 2005–2007

4.2.1 Bakgrund, inriktning och tidigare uppföljningar

Den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården upphörde att gälla vid 2004 års utgång, men följdes av överenskommelser om fortsatta satsningar på primärvård, äldrevård och psykiatri. I mars 2005 enades parterna – staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet – om vikten av att fortsätta det utvecklingsarbete som hade påbörjats med den nationella handlingsplanen. Två nya överenskommelser tecknades, en för primärvård och äldrevård och en för psykiatri. Det innebar att inriktning och åtaganden i det ursprungliga utvecklingsavtalet skulle ligga fast under perioden 2005–2007. Dessutom skulle en kraftsamling göras på de områden där Socialstyrelsens uppföljning visade att ytterligare åtgärder behövdes.

⁸⁸ Resultatet av detta utvecklingsarbete kommer enligt Socialdepartementet inte att redovisas samlat vid ett och samma tillfälle.

⁸⁹ SOU 1999:66 bil. 5.

⁹⁰ Se även RRV (1991).

För psykiatrins del innebar det att landsting och kommuner skulle svara för

- att *barn och ungdomar* som visar tecken på psykiska problem erbjuds tidigt och adekvat stöd, att vårdinnehållet utvecklas för barn och ungdomar med psykiska problem och samtidigt missbruk, samt att vårdbehoven hos ungdomar i åldergruppen 16–25 år tillgodoses genom samordnade insatser mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri,
- att personer med *psykiskt funktionshinder* särskilt uppmärksammas så att deras psykiatriska och somatiska vårdbehov blir tillgodosedda genom en utvecklad samverkan mellan primärvården, psykiatri och socialtjänsten,
- att *äldre med psykiatriska vårdbehov* identifieras och erbjuds behandling.

DET GENERELLA STATSBI DRAGET HÖJDES PERMANENT

De nya överenskommelserna var inte kopplade till några nya bidrag. Pengar till de nya avtalen kom redan 2004 då det generella statsbidraget till kommuner och landsting tillfördes närmare 4 miljarder kronor, varav cirka 500 miljoner kronor avsåg psykiatri.⁹¹ Från och med år 2005 ingår dessa medel i finansieringen av det nya utjämningsystemet, vilket betyder att tillskottet permanentades. Regeringen förutsatte i överenskommelserna att landstingen skulle använda motsvarande summa till fortsatta förbättringar inom primärvård, äldrevård och psykiatri 2005–2007.

Överenskommelserna innebar att varje landsting skulle fortsätta att följa upp de lokala handlingsplaner som de utarbetat 2001, och därtill redovisa resultaten till Socialstyrelsen. De enda formella krav som ställdes på landstingen var dessa redovisningar.

LANDSTINGENS SYNPUNKTER PÅ BIDRAGSKONSTRUKTIONEN

Landstingen har till Socialstyrelsen framfört vissa synpunkter på de statliga bidragen. Ett par landsting tog upp problemen med riktade resurstillskott i tider av besparingar. Några nämnde också det generella problemet att statliga riktade stimulansmedel ofta är kortsiktiga. Flera landsting tog upp frågan om läkarbrist och vakanser. Kompetensförsörjning lyftes fram som en central fråga att lösa.⁹²

SOCIALSTYRELSENS UPPFÖLJNING 2008

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa upp hur landstingen arbetat för att nå målen i överenskommelserna och vilka resultat som har

⁹¹ Socialstyrelsen (2008) *Uppföljning av överenskommelserna ...*, s. 13.

⁹² Socialstyrelsen (2008), *Uppföljning av överenskommelserna ...*, s.15.

uppnåtts samt att bedöma hur intentionerna har uppfyllts i varje landsting. Slutrapporten redovisades i februari 2008.⁹³ Enligt Socialstyrelsen var det svårt att skilja effekterna av olika statliga satsningar från varandra. Det var dessutom svårt att veta i vilken mån de statliga insatserna över huvud taget haft effekter på landstingens verksamhet, i jämförelse med den utveckling som skulle ha ägt rum utan dessa insatser. Den utveckling inom olika psykiatiska delområden som noteras i Socialstyrelsens rapport utgör således inte nödvändigtvis "effekter" av överenskommelserna.

4.2.2 Riksrevisionens iakttagelser

Följande iakttagelser är baserade på en analys av den ovan nämnda uppföljningsrapporten från Socialstyrelsen.⁹⁴

BIDRAGENS FORM OCH INNEHÅLL

- *Har bidragen varit konstruerade så att det funnits anledning att vänta att de skulle användas på rätt sätt?*
- *Har reglerna för bidragen möjliggjort en tillräcklig planering från bidragsmottagarnas sida?*

Bidraget ingick som en del av det generella statsbidrag som hade höjts år 2004. Både för- och nackdelar med detta resurstillskott hade stora likheter med den nationella handlingsplanen (se föregående avsnitt). Själva överenskommelsen innebar att det i princip fanns goda skäl att vänta att bidraget skulle användas på rätt sätt. Samtidigt hade landstingen så stor frihet i användningen av medlen att det inte fanns några garantier för att medlen skulle användas på det sätt som regeringen avsett. Svaret på den första frågan ovan blir därför "nej, inte nödvändigtvis". Planeringen av bidragens användning kan dock inte ha inneburit några problem för landstingen, då innehållet i det ursprungliga utvecklingsavtalet var väl känt.

SPÅRBARHET OCH EFFEKTER

- *Har det varit möjligt att i efterhand spåra bidragens användning?*
- *Har bidragen haft några synbara nettoeffekter?*

Bidragens användning har enligt Socialstyrelsens uppföljning inte gått att spåra och några nettoeffekter har inte varit synbara. Detta är enligt Riksrevisionen inte förvånande mot bakgrund av bidragens konstruktion.

⁹³ Socialstyrelsen (2008) *Uppföljning av överenskommelserna ...*

⁹⁴ Socialstyrelsen (2008) *Uppföljning av överenskommelserna ...*

UPPFÖLJNINGARNA OCH DERAS ANVÄNDNING

- *Har de uppföljningar som gjorts visat på tydliga slutsatser?*
- *Har uppföljningarna använts av regeringen och berörda myndigheter för att vägleda det fortsatta handlandet?*

Socialstyrelsens rapport innehöll beskrivningar av landstingens verksamhet. Slutsatserna var dock entydigt kritiska i den meningen att det var tydligt att den valda bidragsformen inte gjorde det möjligt att se vad de statliga pengarna använts till eller vilka effekter de haft.

Både Socialstyrelsen och Socialdepartementet betonar numera starkt behovet av att ha tydliga och säkra grunddata om landstingens verksamhet som underlag för de uppföljningar som görs.⁹⁵ Detta kan ses som ett uttryck för att man lärt av tidigare erfarenheter.

4.3 Satsningen på psykiatri och socialtjänst 2005–2006

4.3.1 Bakgrund och inriktning

Riksdagen beslöt i december 2004 att genomföra en satsning på psykiatri och socialtjänst för personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder (den så kallade Miltonsatsningen). Satsningen avsåg totalt 700 miljoner kronor för åren 2005–2006 och bestod av två delar: länsmedel och utvecklingsmedel (se tabell 4.3). Syftet var att ”förbättra tillgängligheten till, samt stödja och stimulera verksamhetsutvecklingen inom, vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder.”⁹⁶

Satsningen byggde på ett förslag från Nationell psykiatrisamordning, men var inte lika omfattande.⁹⁷ Satsningen styrdes på ett helt annat sätt än den nationella handlingsplanen och var på många sätt en kontrast till denna. I stället för frihet för landstingen att använda det ekonomiska tillskottet från staten på grundval av lokala planer utgick denna satsning från projekt som skulle beslutas enligt vissa regler och senare följas upp på projektnivå.

⁹⁵ Regeringen har nyligen (den 8 april 2009) gett Socialstyrelsen i uppdrag att påskynda utvecklingen av grunddata och kvalitetsindikatorer m.m. samt förbättra verksamhetsuppföljningen inom psykiatriområdet, regeringsbeslut S2006/9394//HS (delvis) S2008/1051/HS. Socialstyrelsen har i en rapport från mars 2007 sett som en av sina viktigaste uppgifter på psykiatriområdet att skapa bättre förutsättningar för verksamhetsuppföljning. Socialstyrelsen (2007) *Socialstyrelsens stöd ...*

⁹⁶ Bet. 2004/05:SoU1 (s. 23), rskr. 2004/05:114,115.

⁹⁷ Det som här åsyftas är utredningens första förslag, vilket presenterades i en PM från juni 2004. Slutbetänkandet kom i november 2006, SOU 2006:100.

Tabell 4.3 Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006
Omfattning i miljoner kronor

	2005	2006	Summa
Del 1– Länsmedel Satsningar på vård, sysselsättning och boende för personer med psykisk sjukdom eller psykiskt funktionshinder. Medlen gick till projekt som landsting och kommuner i ett visst län kom överens om att bedriva. Gemensamma projektansökningar var ett villkor för att få statsbidrag. Initiativet till projekten låg på lokal och regional nivå.	400	100	500
Del 2 – Utvecklingsmedel Satsning på verksamhetsutveckling inom psykiatri och socialtjänst. Projekten tillkom på initiativ av eller efter prövning av Nationell psykiatrisamordning och Socialstyrelsen. Projekten kunde avse exempelvis samverkan, rehabilitering, sysselsättning, kvalitet och arbetsätt.	100	100	200
Summa	500	200	700

Not: Benämningarna "länsmedel" respektive "utvecklingsmedel" har hämtats från Socialstyrelsens uppföljning. I regeringsbeslutet används benämningarna "del 1" och "del 2".
Källa: *Regeringsbeslut 2005-01-20, S2005/441/HS.*

LÄNSBIDRAGEN

Den första delen av satsningen, de s.k. länsbidragen, fördelades länsvis enligt på förhand bestämda principer. En gemensam ansökan från landsting och kommuner var ett krav för att få bidrag. Den gemensamma ansökan måste omfatta minst hälften av antalet kommuner, eller kommuner som representerade minst hälften av befolkningen i länet. Vissa bestämda krav ställdes på ansökan, som skulle ha formen av ett avtal och vara utformat så att det kunde följas upp. Socialstyrelsen fick i uppdrag av regeringen att ta fram mer detaljerade riktlinjer för hur medlen skulle fördelas. Detta skulle ske i nära samarbete med Psykiatrisamordningen. Noggranna regler fanns för bidragshanteringen.⁹⁸

UTVECKLINGSBIDRAGEN

Den andra delen av satsningen avsåg verksamhetsutveckling och hade målet att generera goda exempel och lärdomar som skulle kunna tillämpas i befintliga verksamheter. Ett mål var också att mindre effektiv verksamhet skulle kunna avvecklas. Projekten kunde exempelvis avse samverkan, rehabilitering, sysselsättning, kvalitet och arbetsätt. Psykiatrisamordnarens bedömningar av projektens betydelse skulle väga tungt vid prioriteringarna. Ett patient- och brukarperspektiv krävdes i samtliga utvecklingsprojekt.

⁹⁸ Reglerna var beslutade av regeringen och Socialstyrelsen. Detaljerna framgår av regeringsbeslutet.

4.3.2 Socialstyrelsens uppföljning 2007

Socialstyrelsen har i sin uppföljningsrapport (augusti 2007) noterat vissa positiva resultat av både läns- och utvecklingsbidragen.⁹⁹ En övergripande slutsats som dras är dock att ”punktinsatser med statliga projektmedel endast i mycket liten grad bidrar till att långsiktigt lösa de resurs-, kompetens- och strukturproblem som fortfarande finns kvar inom socialtjänsten”.

LÄNSBIDRAGEN KRÄVDE SAMVERKAN

Länsprojekten hade en konstruktion som krävde samverkan mellan landsting och kommuner, åtminstone i planeringsfasen. Satsningen var utformad som villkorade projektstöd men krävde inte delfinansiering från landstingen eller kommunerna. Ansvaret för projektens planering och genomförande låg på landsting och kommuner. Det fanns dock planeringssvårigheter och trögheter i begynnelsen. Tidsfördelningen av bidragen – mest pengar det första året, betydligt mindre andra året – sågs därför som en nackdel.

UTVECKLINGSBIDRAGEN MEDFÖRDE OPTIMISM

Utvecklingsprojekten, som sinsemellan var mycket olika, anses ha bidragit till utvecklingsoptimism och engagemang inom de områden som var berörda. Det var dock enligt Socialstyrelsen svårt att få överblick över vilka områden som egentligen påverkats och i vilken riktning utvecklingen gått. Några långtgående slutsatser om utvecklingsinsatsernas effekter kunde inte dras eftersom många projekt kom i gång sent och fortfarande pågick vid den tidpunkt då uppföljningen gjordes. Socialstyrelsen såg dock utvecklingsprojekten som inledningen på ett viktigt utvecklingsarbete.

POSITIVA – MEN OTILLRÄCKLIGA – RESULTAT NOTERADES

I uppföljningen noterades vissa positiva resultat, bland annat att kunskapen om psykiskt sjuka och funktionshindrade personers behov hade förbättrats genom inventeringar. Vidare hade samverkan förstärkts och vissa målgrupper hade prioriterats, särskilt grupper med stora och sammansatta problem (t.ex. personer som har en psykisk störning och samtidigt missbrukar). Det var dock endast ett fåtal personer som berördes av dessa projekt. Boendeinsatser hade utvecklats, men endast för ett fåtal personer (cirka 1 100). Samsättningsverksamhet med rehabiliteringsperspektiv hade också utvecklats, likaså för ett fåtal personer (cirka 1 500 i veckan).

⁹⁹ Socialstyrelsen (2007) *Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006*.

Socialstyrelsens uppföljning innehåller också kritik som tyder på att satsningen varit otillräcklig i väsentliga avseenden. Brukarperspektivet anses ha varit otillräckligt. Haldygnsvården hade inte utvecklats alls. Med vissa undantag hade inga projekt inriktats mot den psykiatriska heldygnsvården. Kompetensutvecklingen ansågs inte heller vara tillräcklig. De utbildningsprojekt som bedrivits med länsmedel hade omfattat en rad områden och varit av mycket olika karaktär. Företrädare för landsting och kommuner uppfattade bristen på basutbildningar med ett adekvat innehåll som ett överhängande problem för den långsiktiga kompetensförsörjningen. Socialstyrelsen framhöll även vad som *inte* uppnåts. En stor del av de frågor som diskuterats på psykiatriområdet under de senaste åren hade inte uppmärksamats i satsningen, exempelvis den tilltagande psykiska ohälsan hos unga personer, den bristande tillgången på personal, inte minst psykiatrer, "första linjens psykiatri" och primärvårdens roll. Samtliga dessa områden hade enligt Socialstyrelsen stora behov av utveckling. Vidare framhöll Socialstyrelsen att satsningen inte hade nått den psykiatriska heldygnsvården (med undantag för rättspsykiatri), något som utvärderarna ansåg vara "särskilt anmärkningsvärt". Socialstyrelsen var också kritisk till att satsningarna nått en så begränsad grupp personer.

SOCIALSTYRELSENS SAMLADE BEDÖMNING

Projektarbetet fick således både ris och ros av Socialstyrelsen. Resultatet av uppföljningen sade dock mycket lite om effekterna för den enskilde. Uppföljningen sade också mycket lite om utvecklingen inom området i stort. Socialstyrelsen uttryckte skarp kritik mot bristen på uppföljningar på grundval av jämförbara data.

Den verksamhet som bedrivits inom ramen för den statliga satsningen hade enligt Socialstyrelsen endast en begränsad roll för utvecklingen inom området. Avgörande för utvecklingen är enligt Socialstyrelsen andra faktorer, bland annat den långsiktiga resursutvecklingen som främst är en fråga för landsting och primärkommuner, tillgången till kompetent personal, kunskapsutvecklingen inom området och möjligheterna att följa vilka resultat och effekter insatserna får för individerna.

4.3.3 Riksrevisionens iakttagelser

De analyser som gjorts av Socialstyrelsens uppföljningsrapport¹⁰⁰, kompletterad med intervjuer, visar följande.

¹⁰⁰ Socialstyrelsen (2007) *Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006*.

BIDRAGENS FORM OCH INNEHÅLL

- *Har bidragen varit konstruerade så att det funnits anledning att vänta att de skulle användas på rätt sätt?*
- *Har reglerna för bidragen möjliggjort en tillräcklig planering från bidragsmottagarnas sida?*

Svaret på den första frågan är ett entydigt ja. Mycket stora ansträngningar lades ned på att rikta bidragen så att de skulle komma underförsörjda områden till godo. Detta gällde både länsbidragen och utvecklingsbidragen.

Reglerna för bidragen – och det sätt som reglerna kommunicerades – tycks dock inte alltid ha möjliggjort en tillräcklig planering från bidragsmottagarnas sida. Detta hade tydliga nackdelar för effekterna av bidragen.

Regeringens krav på tidig uppföljning – en uppföljningsrapport från Socialstyrelsen skulle lämnas senast den 1 augusti 2007 – kan ha verkat pådrivande på tempot i såväl planering som genomförande av projekten. Möjligan kan detta ha varit till nackdel för kvaliteten i projekten och för projektens förankring i den ordinarie verksamheten. Från Socialdepartementet framhåller man dock betydelsen av att få fram en tidig uppföljning som grund för beslut om eventuella fortsatta satsningar.

SPÅRBARHET OCH EFFEKTER

- *Har det varit möjligt att i efterhand spåra bidragens användning?*
- *Har bidragen haft några synbara nettoeffekter?*

Bidragens användning var möjlig att spåra och har kartlagts genom Socialstyrelsens omfattande uppföljningsarbete.

Effekterna av bidragen är emellertid något annat än deras användning. Huruvida bidragen haft synbara nettoeffekter är i hög grad oklart. Att länsbidragen stimulerade samverkan framgår av Socialstyrelsens uppföljning. Detta var också ett naturligt resultat mot bakgrund av länsbidragens konstruktion. Bidragen har också använts till andra nyttiga ändamål (exempelvis utbildning och behovsinventeringar), men vanligen inte till att bygga upp nya verksamheter. Projekten kan dock inte ses som "effekter" av de statliga bidragen, eftersom många av dem redan tidigare var planerade och troligen skulle ha genomförts ändå. En fråga värd en särskild analys är följande:

HADE LÄNSPROJEKTEN GENOMFÖRTS UTAN STATLIG FINANSIERING?

En genomgång av minnesanteckningar från Socialstyrelsens uppföljning ger stöd för följande tolkning¹⁰¹: Projekten kan i stora drag delas upp i två grupper, de välplanerade (A) och de improviserade (B). I projekt av typ A, då

¹⁰¹ Socialstyrelsens minnesanteckningar från pilotgruppsmöten med länskontaktpersoner.

projekt var planerade och genomtänkta redan innan Miltonbidragen hade beslutats av regeringen, togs de statliga pengarna tacksamt emot eftersom de underlättade finansiering av projekten. I dessa fall kan landstingens och kommunernas egen finansiering ha blivit obehövlig och kunnat användas för andra ändamål. Erfarenheterna från de välplanerade projekten kan ändå ha kommit den ordinarie organisationen till del.

För projekt av typ B var de statliga pengarna nödvändiga som grund för att både planera och genomföra projekten. Dessa projekt hade en mer improviserad karaktär. I dessa fall var bestående effekter mer ovanliga eftersom det samarbete som genererades av projekten tenderade att rinna ut i sanden då de statliga pengarna var slut.

Tolkningen ovan innebär att de statliga pengarna i fall A var mindre nödvändiga – och till och med kan ha inneburit att landsting och kommuner satsade *mindre* på psykiatri och verksamhet för psykiskt funktionshindrade än de annars skulle ha gjort – men att samsamarbetsstrukturerna ändå hade bättre chans att överleva i dessa fall än i fall B. De improviserade projekten kan ha varit mindre välbetänkta såväl vad gäller planering och innehåll som långsiktiga följder, men för dem var de statliga pengarna mer nödvändiga. Detta innebär att de tillfälliga, statliga bidragen tenderade att locka fram satsningar som inte hade framtiden för sig.

Tolkningen ovan har stöd av Socialstyrelsen och den bekräftas också av analyser i en rapport om Miltonprojekt i Västra Götaland.¹⁰²

En ytterligare reflexion kan tillfogas. För att erhålla finansiering med Miltonmedel krävdes ingen delfinansiering från landsting och kommuner. Det förekom visserligen att de regionala instanserna tillsköt egna medel som komplement till de statliga, men detta var inget krav.¹⁰³ Om ett krav på delfinansiering hade funnits, och tidsramen hade varit mindre knapp, så kan man anta att projekt av typ A hade blivit billigare för staten samtidigt som projekt av typ B hade hunnit planeras bättre och få mer långsiktiga verkningar. Delfinansiering och långsiktighet är nyckelord. Länsbidragen inom Miltonsatsningen kännetecknades av motsatsen.

HADE UTVECKLINGSBIDRAGEN GENOMFÖRTS UTAN STATLIG FINANSIERING?

Utvecklingsbidragen hade en annan karaktär än länsbidragen. Deras syfte var att stärka psykiatrins och socialtjänstens kunskapsbas, inte att förstärka den ordinarie verksamheten i landsting och kommuner. Att statlig finansiering skulle tränga undan landstingsfinansiering när det gäller utvecklingsprojekt är visserligen möjligt men mindre sannolikt.

¹⁰² *Streta emot eller sträva tillsammans?* Uppsats (2008).

¹⁰³ Totalt har 110 miljoner kronor i egna medel tillskjutits av kommuner och landsting. Det motsvarade drygt 20 procent av de statligt finansierade länsmedlen. Socialstyrelsen (2007) *Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006*, s. 33.

Den kvalitativa selektionen av projekten som gjordes av Nationell psykiatrisamordning tillsammans med Socialstyrelsen innebar också en ökad sannolikhet för att projekten skulle bli väl genomtänkta och medföra användbara resultat. Värdet i dessa projekt låg i de långsiktiga lärdomar som kunde vinnas snarare än i de kortsiktiga effekterna på verksamheterna.

UPPFÖLJNINGARNA OCH DERAS ANVÄNDNING

- *Har de uppföljningar som gjorts visat på tydliga slutsatser?*
- *Har uppföljningarna använts av regeringen och berörda myndigheter för att vägleda det fortsatta handlandet?*

Socialstyrelsens uppföljningsarbete har varit omfattande, men har inte genomgående visat tydliga slutsatser. Ambitionerna har främst varit inriktade på att klargöra länsbidragens användning. Det bredare perspektivet, där bidragen sätts in i sitt sammanhang och värderas, framgår mer av Socialstyrelsens slutsatser än av uppföljningen som sådan. Från Socialstyrelsens sida framhålls att det måste finnas strukturer för uppföljning, främst valida datakällor, för att uppföljningar med ett bredare perspektiv ska kunna göras.

De utvecklingsbidrag som också ingick i satsningen på psykiatri och socialtjänst 2005–2006 hade främst ett kunskapsgenererande syfte och var mera centralt styrda än länsbidragen. De utvärderingar som pågår syftar till att visa vilka erfarenheter som vunnits genom projekten och till att sprida dessa erfarenheter. Utvärderingarna, som ännu inte är klara, genomförs självständigt av olika högskoleinstitutioner. En översiktsrapport från Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS)¹⁰⁴ ska enligt planerna redovisas under våren 2009.

4.4 Bidrag till barn- och ungdomspsykiatri 2007

4.4.1 Bakgrund, inriktning och tidigare uppföljningar

Barn och unga med psykisk ohälsa har prioriterats i regeringens åtgärder under hela 2000-talet. Ett särskilt statsbidrag till landstingen fördelades under 2007 i syfte att ge stöd i arbetet med barn och unga med psykisk ohälsa. Under 2007 gav regeringen även ett uppdrag till Socialstyrelsen att inrätta ett nationellt utvecklingscentrum för tidiga insatser till barn och unga som löper risk att drabbas av svårare psykisk ohälsa. Vidare ingicks en

¹⁰⁴ Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) är ett institut vid Socialstyrelsen med egen styrelse. IMS är ett forskningsinstitut som har till uppgift att stödja utvecklingen mot en mer evidensbaserad praktik i socialt arbete.

överenskommelse med SKL om att utreda förutsättningarna för att på sikt förkorta väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri.¹⁰⁵

Bidraget till landstingen ingick i regeringens psykiatrisatsning för 2007 som beslutades av riksdagen hösten 2006.¹⁰⁶ Inriktningen framgår av nedanstående ruta. När det gäller kvalitet, tillgänglighet och kompetens skulle det statliga bidraget användas där det bedömdes göra störst nytta i varje enskilt landsting, alltså utifrån lokala behov och prioriteringar.

Ett lika stort belopp till barn- och ungdomspsykiatrin har senare beslutats för 2008 respektive 2009.¹⁰⁷ Dessa bidrag ingår dock inte i Riksrevisionens granskning. De nya bidragen ändrar heller inte det första bidragets karaktär av engångssatsning.

FÖRDELINGSNYCKEL BESLUTAD AV REGERINGEN

Först i juni 2007 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att fördela bidraget till landstingen.¹⁰⁸ Detta skulle ske enligt en av regeringen beslutad fördelingsnyckel baserad på 98 kronor per barn i åldern 0–20 år.

Bidraget skulle enligt regeringsbeslutet ses som en *förstärkning* av verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa och fick inte användas som ersättning för de resurser som landstingens satsar eller planerar att satsa inom området. Detta kan ses som ett principvillkor som ytterligare klargör regeringens syfte med bidraget. Huruvida landstingen uppfyllt detta villkor eller inte är dock knappast möjligt att avgöra.

¹⁰⁵ Uppdraget till Socialstyrelsen att inrätta ett nationellt utvecklingscentrum för tidiga insatser till barn och unga som löper risk att drabbas av svårare psykisk ohälsa – Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP) – skulle ske i samråd med Myndigheten för skolutveckling, Barnombudsmannen och SKL. Socialstyrelsen tilldelades 20 miljoner kronor för uppgiften. Regeringens överenskommelse med SKL om att utreda förutsättningarna för en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatrin var förknippad med ett bidrag till SKL på 4 miljoner kronor.

¹⁰⁶ Hela det statliga anslaget till psykiatrin uppgick till 500 miljoner kronor för 2007.

¹⁰⁷ Se regeringens skrivelse 2008/09:185.

¹⁰⁸ Uppdrag att utbetala bidrag till landstingen för att förbättra kvaliteten i och öka tillgängligheten till verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa. Socialdepartementet (S2007/5550/HS).

STATSBIDRAGET TILL BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIN 2007. MÅL OCH SYFTEN	
Rapportering till register	Målet var att landstingens samtliga verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa skulle rapportera till vissa register, nämligen patientregistret, relevanta kvalitetsregister för psykiatri samt väntetidsdatabasen. Rapportering till registren var ett krav för att landstingen skulle få del av bidraget.
Vårdens kvalitet	Målet var att förbättra vårdens kvalitet i verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa. Landstingen skulle utveckla strategier för att införa evidensbaserade metoder i vården samt verka för att utmönstra icke verkningsfulla metoder.
Vårdens tillgänglighet	Målet var att öka tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri. Landstingen skulle utarbeta strategier för arbetet med att förkorta väntetiderna för besök och behandling. För att inleda detta skulle man göra en nulägesbeskrivning och en problemanalys för att belysa var de största behoven fanns. Satsningen skulle avse barn- och ungdomspsykiatri och/eller primärvården eller annan verksamhet som huvudmännen anser främjar tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri.
Personalens kompetens	Målet var att hälso- och sjukvårdens personal skulle ha adekvat och god kompetens för att så tidigt som möjligt kunna lyssna på och samtala med barn och unga, vidare att uppmärksamma, utreda, behandla och ge stöd till barn och unga med psykisk ohälsa.

Källa: Socialstyrelsen (2008): Satsning på landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa 2007.

I augusti 2007 informerade Socialstyrelsen landstingen om statsbidraget. Landstingen uppmanades att rekvirera statsbidraget senast den 1 oktober och då ange inom vilka verksamheter som kvaliteten behövde öka och var tillgängligheten behövde förbättras. Landstingens beskrivningar av hur man planerade att använda statsbidraget skulle inte ses som projektansökningar och var enligt Socialstyrelsen generellt mycket kortfattade. Bidraget betalades ut i enlighet med regeringsbeslutet. I december 2007 skickade Socialstyrelsen ut ytterligare information till landstingen rörande de register som landstingen skulle rapportera till.

SOCIALSTYRELSENS UPPFÖLJNING, JUNI 2008

Socialstyrelsens uppföljningsrapport lämnades till regeringen redan den 1 juni 2008. Detta var den begärda tidpunkten, mindre än ett år efter det att regeringen beslutade om satsningen. Större delen av projekten hade inte ens kommit i gång då uppföljningen gjordes.¹⁰⁹ Underlaget för uppföljningen insamlades redan i februari–mars 2008.

I uppdraget ingick att följa upp hur verksamheterna för barn och unga med psykisk ohälsa hade utvecklats i förhållande till regeringens mål och dessutom bedöma hur de bidragsfinansierade insatserna hade bidragit till denna utveckling. Socialstyrelsen ansåg dock att tiden för uppdraget varit för

¹⁰⁹ Den 1 mars 2008 var 39 procent av projekten igångsatta. Socialstyrelsen (2008) *Satsning på landstingens verksamheter...*, s. 7, 15.

kort för att utvärdera satsningen och analysera hur verksamheterna hade utvecklats i förhållande till målen. Bidragen omfattade också flera målområden och verksamheter som var svåra att skilja från varandra.

Kortsiktigheten i satsningen betraktades som ett problem både av Socialstyrelsen och av landstingen. Landstingen uppgav att de haft för lite tid för planering, samverkan och förberedelser. Samtidigt ansåg landstingen att satsningen har möjliggjort eller tidigarelagt planerade utvecklingsåtgärder och satt fokus på ett angeläget område.

BEDÖMNING AV SKL, DECEMBER 2007

Socialstyrelsen hänvisade även till att SKL nyligen utrett förutsättningarna för en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri. Med de resurser och den tillgång till personal med adekvat kompetens som fanns inom barn- och ungdomspsykiatri vid rapporteringstillfället (i december 2007) var det enligt SKL inte rimligt att införa en skärpt vårdgaranti för både bedömning och behandling inom ett år. Först år 2011 kunde den skärpta vårdgarantin bli verklighet i alla landsting, ansåg SKL.¹¹⁰

4.4.2 Riksrevisionens iakttagelser

Följande iakttagelser är baserade på Socialstyrelsens uppföljningsrapport¹¹¹ samt intervjuer med Socialstyrelsen och Socialdepartementet.

BIDRAGENS FORM OCH INNEHÅLL

- *Har bidragen varit konstruerade så att det funnits anledning att vänta att de skulle användas på rätt sätt?*
- *Har reglerna för bidragen möjliggjort en tillräcklig planering från bidragmottagarnas sida?*

Bidragen till barn- och ungdomspsykiatri hade en enkel konstruktion och gav landstingen mycket stor frihet att använda medlen. De enda bindande kraven på landstingen gällde inrapportering till register samt rapportering till Socialstyrelsen. De flesta landsting ansåg själva att bidragen avsåg ett angeläget område. Det kan då antas att de skulle använda pengarna på rätt sätt. Orsaken till detta låg dock närmast i landstingens egna prioriteringar snarare än i bidragens konstruktion.

Ett värre problem gällde planeringstiden. Här är landstingens klagomål tydliga. Bedömningen måste bli att bidragen inte tillät tillräcklig planeringstid i landstingen. Detta problem är accentuerat vid kortsiktig bidragsgivning.

¹¹⁰ Tillgänglighet till insatser för att möta psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. (2007) SKL 2007-12-17.

¹¹¹ Socialstyrelsen (2008) Satsning på landstingens verksamheter ...

SPÅRBARHET OCH EFFEKTER

- *Har det varit möjligt att i efterhand spåra bidragens användning?*
- *Har bidragen haft några synbara nettoeffekter?*

Det är från Socialstyrelsens uppföljning tydligt att man inte har kunnat spåra bidragets användning till de aspekter som gällde kvalitet, kompetens och väntetider. Något bättre är läget när det gäller inrapportering till register. Att inrapportera till register var i princip ett villkor för att bidrag skulle erhållas. Kontroller av inrapporteringen gjordes i efterhand av Socialstyrelsen.

Av Socialstyrelsens uppföljning framgår inte heller några synbara nettoeffekter av bidraget. Det betyder inte att sådana effekter helt uteblivit, bara att de inte kunnat påvisas.

På samma sätt som för annan bidragsgivning kan man dock inte utgå från att rätt användning av bidragen medför nettoeffekter i jämförelse med vad landstingen skulle ha gjort utan statsbidrag. De insatser som bekostades med statsbidrag skulle kanske i annat fall ha genomförts med landstingens egna medel. Detta stämde visserligen inte med regeringens uttalade syfte med bidraget, men då kontrollmöjligheter saknas måste man dra slutsatsen att det i grund och botten är landstingens egna prioriteringar som styr.

UPPFÖLJNINGARNA OCH DERAS ANVÄNDNING

- *Har de uppföljningar som gjorts visat på tydliga slutsatser?*
- *Har uppföljningarna använts av regeringen och berörda myndigheter för att vägleda det fortsatta handlandet?*

Av Socialstyrelsens uppföljning kan man inte få någon riktigt tydlig bild av bidragen och deras användning. Detta kan bero omständigheter som låg i själva bidragskonstruktionen, de begränsade beloppen och den mycket korta tid som förflöt mellan utbetalning och uppföljning. Det kan också bero på att tydliga strukturer för uppföljning saknades.

Uppföljningen av 2007 års bidrag kan dock ha använts av regeringen som ett av flera underlag inför beslut om det nya bidraget 2008. Den fortsatta bidragsgivningen följer även en mer långsiktig politisk linje, som syftar till att förkorta väntetiderna inom barn- och ungdomspsykiatri.

Långsiktigheten underlättar planeringen, vilket i sig är en fördel. De underliggande problemen som har att göra med landstingens prioriteringar förblir dock olösta.

4.5 Sammanfattande iakttagelser

Riksrevisionens iakttagelser sammanfattas i tabell 4.4 och kommenteras i det följande. Svaret "Ja" i tabellen kan tolkas som ett gott betyg, dvs. som ett uttryck för att de statliga bidragen och deras uppföljningar har hanterats väl av berörda departement och myndigheter.

Tabell 4.4 Iakttagelser om statliga bidrag till psykiatri

	Bidragstyp/överenskommelse (se not)			
	I	II	III	IV
Bidragens form och innehåll:				
- Har bidragen varit konstruerade så att det funnits anledning att vänta att de skulle användas på rätt sätt?	Nej, inte nödv.	Nej, inte nödv.	Ja	Ja, troligen
- Har reglerna för bidragen möjliggjort en tillräcklig planering från bidragsmottagarnas sida?	Ja	Ja	Nej	Nej
Spårbarhet och effekter:				
- Har det varit möjligt att i efterhand spåra bidragens användning?	Nej	Nej	Ja	Nej
- Har bidragen haft några synbara nettoeffekter?	Nej	Nej	Delvis	Nej
Uppföljningar och deras användning:				
- Har de uppföljningar som gjorts visat på tydliga slutsatser?	Ja, negativa	Ja, negativa	Delvis	Nej
- Har uppföljningarna använts av regeringen och berörda myndigheter för att vägleda det fortsatta handlandet?	Oklart	Oklart	Delvis	Oklart

Not: Med "bidragstyp/överenskommelse" avses följande:

- I – Den nationella handlingsplanen 2001–2004
- II – Fortsatta överenskommelser 2005–2007
- III – Satsningen på psykiatri och socialtjänst 2005–2006
- IV – Bidrag till barn- och ungdomspsykiatri 2007.

BIDRAGENS FORM OCH INNEHÅLL

Bidragstyperna I och II (den nationella handlingsplanen och de fortsatta överenskommelserna) hade det positiva med sig att de gav bidragsmottagarna gott om tid för planering. Men eftersom landstingen hade full frihet att använda bidragen på det sätt de önskade (eller på det sätt den egna budgetprocessen krävde) så fanns det skäl att befara att bidragen inte skulle användas på det sätt som regeringen avsåg.

Det omvända gällde för de senare bidragstyperna (III och IV); för dem fanns det starkare skäl att vänta sig att de skulle användas på rätt sätt, men reglerna för bidragsgivningen möjliggjorde inte tillräcklig planering. Det senare var givetvis en följd av bidragens tillfälliga karaktär. Länsbidragen inom

satsningen på psykiatri och socialtjänst (bidragstyp III) hade lätt kunnat ges en annan tidsprofil som tillåtit bättre tid för planering.

SPÅRBARHET OCH EFFEKTER

För bidragstyperna I och II (den nationella handlingsplanen och de fortsatta överenskommelserna) konstateras här genomgående negativa svar (se tabell 4.4). Det var inte möjligt att spåra bidragens användning eftersom de betalades ut via det generella statsbidraget. Det var enligt Socialstyrelsens uppföljningar inte heller möjligt att upptäcka några synbara nettoeffekter av dessa bidrag.

Bidragstypen III (satsningen på psykiatri och socialtjänst) var knuten till enskilda projekt, och användningen av medlen kunde därför kartläggas i Socialstyrelsens uppföljning. De synbara nettoeffekterna var dock begränsade eftersom en del av projekten redan tidigare var planerade av landsting och kommuner och sannolikt skulle ha genomförts ändå, även utan de statliga bidragen. Det finns även farhågor för att de projekt som verkligen utgjorde effekter av de statliga bidragen (i den meningen att de inte skulle ha genomförts utan bidrag) var av mer improviserad och tillfällig natur och mindre väl förankrade i de berörda vårdmiljöerna. Det var dessutom inte möjligt att utifrån Socialstyrelsens uppföljning se på vilket sätt de projekt som fått stöd påverkade *hela* verksamheten inom psykiatri och socialtjänst, bortsett från de statligt finansierade projekten.

Bidragstypen IV (bidrag till barn- och ungdomspsykiatri) betalades ut som förutbestämda klumpsummor till respektive landsting, och medlens användning har inte kunnat följas i detalj. Några synbara effekter kan heller inte konstateras utifrån Socialstyrelsens uppföljning. Detta kan bero på att uppföljningen gjorts för tidigt eller på att uppföljningsinstrumenten har brister eller bågge.

UPPFÖLJNINGARNA OCH DERAS ANVÄNDNING

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att genomföra uppföljningar av samtliga bidragstyper. Dessa uppföljningar utgör också den huvudsakliga grunden för analysen i detta kapitel. Det faktum att uppföljningar har gjorts gör det möjligt att vinna lärdomar ur tidigare erfarenheter. Det är då viktigt att uppföljningarna både leder till tydliga slutsatser och att slutsatserna används för att vägleda det fortsatta handlandet.

För bidragstyperna I och II (den nationella handlingsplanen och de fortsatta överenskommelserna) visar uppföljningarna tydligt negativa slutsatser, dvs. det var tydligt att bidragens användning inte kunnat spåras och att bidragen saknat synbara nettoeffekter.

Uppföljningen av bidragstypen III (satsningen på psykiatri och socialtjänst) gav slutsatser av blandad karaktär: delvis positiva och delvis neutrala eller (möjligen) negativa. Uppföljningen av bidragstypen IV (bidragen till barn- och ungdomspsykiatri) visade inga tydliga slutsatser, något som kan förklaras av att uppföljningen gjordes för tidigt och med bristfälliga uppföljningsverktyg.

Huruvida slutsatserna av dessa uppföljningar också har använts av Socialdepartementet är i dagens läge oklart. I de fall slutsatserna var tydliga (alltså för bidragstyperna I och II) fanns goda möjligheter till lärande. Socialstyrelsen har också vid många tillfällen framfört betydelsen av att man skapar strukturer för uppföljning som gör det möjligt att mäta resultaten av landstingens verksamhet.

Riksrevisionen noterar att regeringen i sin presentation av en skrivelse till riksdagen om psykiatri betonar att skrivelsen innehåller ett antal uppföljningsmått. Regeringen har också gett Socialstyrelsen i uppdrag att påskynda arbetet med att skapa sådana uppföljningsmått. Såväl skrivelsen som uppdraget beslutades så sent som i april 2009.¹¹²

RIKSREVISIONENS KOMMENTARER

De mest nedslående resultaten av analysen ovan gäller bidragens spårbarhet och effekter. Inte heller uppföljningarna och deras användning ser särskilt uppmuntrande ut. Resultaten väcker frågan om det är motiverat att staten stöder psykiatri med tillfälliga resursförstärkningar. En fortsatt analys av denna fråga finns i kapitel 11.

¹¹² Skrivelsen *En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning beslutades av regeringen den 23 april 2009. Skr. 2008/09:185.*

5 De statliga bidragen till psykiatrin ur ekonomisk synvinkel

I detta kapitel beskrivs psykiatrin ekonomiska resurser med utgångspunkt från landstingens egna satsningar på psykiatri och primärvård. De statliga bidragen sätts in detta sammanhang. Vidare diskuteras några generella frågor som rör landstingens ekonomi, styrning och prioriteringar. Kapitlet syftar till att belysa de statliga bidragens möjliga verkningsgrad mot bakgrund av den miljö bidragen ska fungera i.

5.1 Landstingens ekonomiska insatser för psykiskt sjuka

Landstingens ekonomiska satsningar på specialiserad psykiatrisk vård uppgick till nära 17 miljarder kronor år 2007, och primärvården tilldelades nära 30 miljarder kronor samma år (se tabell 5.1). Både psykiatrin och primärvården har betydelse i detta sammanhang, då många människor med psykisk ohälsa i första hand söker sig till primärvården (jfr kapitel 2).

Uppgifterna i tabell 5.1 bygger på de redovisningar som årligen lämnas till intresseorganisationen Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och publiceras i Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling. Där redovisas landstingens nettokostnader¹¹³ fördelade på primärvård, specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård och tandvård. Från SKL har vi fått data som anses vara jämförbara över tiden sedan år 2001.

Mätt i löpande priser har kostnaderna ökat kraftigt under 2000-talet. Ser man till nettokostnadernas andelar av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna finner man en påfallande stabilitet över tiden. Det betyder att landstingens egna satsningar på såväl psykiatri som primärvård har ökat i ungefär samma takt som deras satsningar på somatisk vård.¹¹⁴

De statliga resurstillskott som gavs i samband med den nationella handlingsplanen och dess fortsättning ingick i det generella statsbidraget och påverkar därför inte nettokostnaderna. De projektvisa bidragen under 2005–2006 och bidraget till barn- och ungdomspsykiatri under 2007 var specialdestinerade och kan i princip ha påverkat nettokostnaderna, dock endast obetydligt till följd av de begränsade beloppen.

¹¹³ Med nettokostnader avses de kostnader som landstingen finansierar med skatter, generella statsbidrag och finansnetto. Avdrag görs för intäkter som är direkt kopplade till verksamheten, t.ex. patientavgifter.

¹¹⁴ Nettokostnaderna är inte något mått på den totala verksamhetsvolymen. Om en viss verksamhet får starkt ökade intäkter som är direkt kopplade till verksamheten kan verksamhetsvolymen öka även om nettokostnaderna minskar eller är oförändrade.

Tabell 5.1 Hälso- och sjukvårdens nettokostnader fördelade på primärvård och specialistpsykiatri

Löpande priser, avrundade tal. Samtliga landsting

	2001	2004	2005	2006	2007
Hälso- och sjukvård (HS) totalt (exkl. tandvård) Miljoner kronor	115 920	136 140	141 700	149 390	156 780
Primärvård Miljoner kronor	23 200	26 160	27 020	28 690	29 810
Spec. psykiatrisk vård Miljoner kronor	12 330	14 650	15 540	16 120	16 960
Primärvård som % av HS	20,0 %	19,2 %	19,0 %	19,2 %	19,0 %
Specialiserad psykiatrisk vård som % av HS	10,6 %	10,8 %	11,0 %	10,8 %	10,8 %
Summa primärvård och specialiserad psykiatrisk vård som % av HS	30,6 %	30,0 %	30,0 %	30,0 %	29,8 %

Not: De totala nettokostnaderna för hälso- och sjukvården (HS) exkluderar kostnader för tandvård. Samtliga kostnadsuppgifter exkluderar statsbidrag för läkemedel.

Källa: SKL, specialbearbetningar av landstingens ekonomiska redovisningar.

De obetydliga förändringarna i nettokostnadsandelarna bör ses mot bakgrund av den allmänna dynamiken inom hälso- och sjukvården, som innebär att den specialiserade vården – såväl den somatiska som den psykiatriska – koncentrerar sina resurser till de svåraste fallen, varvid primärvården får överta fler patienter med komplexa sjukdomstillstånd. Man kan också påminna om den intensiva diskussion om bristerna inom psykiatrin som förts under de senaste åren (se även avsnitt 5.3 senare i detta kapitel). Mot den bakgrunden hade man kanske kunnat vänta sig att både primärvården och psykiatrin skulle ha fått ökade andelar av hälso- och sjukvårdens resurser. Någon sådan ökning tycks dock inte ha ägt rum, att döma av de uppgifter som redovisats av SKL. Det finns heller inga säkra, normativa hållpunkter för hur andelarna "borde" utvecklas. Vad som med säkerhet kan konstateras är dock att vare sig primärvården eller den specialiserade psykiatrin har ökat sin relativa del i landstingens ekonomi sedan år 2001.

När det gäller perioden före 2001 finns inte lika säkra data, varför vi lämnar denna del av historiken därhän.

5.2 Omfattningen av de statliga resurstillskotten

De statliga resurstillskotten till psykiatrin har varit små i jämförelse med landstingens egna satsningar på specialistpsykiatri: omkring 4 procent i genomsnitt under åren 2001–2007.

DEN NATIONELLA HANDLINGSPLANEN 2001–2004 OCH DE FORTSATTA ÖVERENSKOMMELSERNA 2005–2007

De statliga medel som var förknippade med den nationella handlingsplanen 2001–2004 var totalt sett stora men var fördelade på flera områden och flera år. Den del som tillföll landstingen uppgick till 6,1 miljarder kronor på fyra år – dvs. 1,5 miljarder per år, fördelat på 21 landsting – varav en viss del (ovisst hur stor) tillföll psykiatrin. Vid en generös beräkning kan man anta att omkring en tredjedel av beloppet tillföll psykiatrin, vilket skulle betyda omkring 500 miljoner kronor per år. Det motsvarar mellan 3 och 4 procent av landstingens årliga nettokostnader för psykiatrin under samma tid. Med hänsyn till den ”ostyrda” karaktären av den nationella handlingsplanen är det dock tveksamt om psykiatrin verkligen fick ett så stort tillskott. En del av de statliga medlen kan ha använts till andra ändamål eller till att täcka underskott i landstingens budgetar (se kapitel 4). Detsamma gäller de fortsatta överenskommelserna som var förknippade med ett tillskott på 500 miljoner kronor via det generella statsbidraget.

SATSNINGEN PÅ PSYKIATRI OCH SOCIALTJÄNST 2005–2006

Den statliga satsningen på psykiatri och socialtjänst 2005–2006 (Miltonbidragen) uppgick till totalt 700 miljoner kronor, vilket motsvarade omkring 2,2 procent av det belopp landstingen satsade på specialiserad psykiatrisk vård under dessa två år. Den statliga satsningen var dock inte enbart riktad mot landstingen; syftet var att den skulle stimulera samverkan mellan landsting och kommuner varför en stor del av pengarna i praktiken avsåg kommunernas socialtjänst. Den andel som tillföll landstingen torde knappast ha uppgått till så mycket som 2 procent av landstingens nettokostnader för psykiatri, snarare mindre.

BIDRAGEN TILL BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRI 2007

Statsbidragen till barn- och ungdomspsykiatrin under 2007 var också begränsade – de 214 miljoner som satsades motsvarade omkring 1,3 procent av landstingens nettokostnader för all specialiserad psykiatri detta år. Skulle man sätta beloppen i relation till landstingens nettokostnader för enbart barn- och ungdomspsykiatrin, som är en ganska liten del av hela specialist-

psykiatrin, blir andelen högre. Dock saknas underlag för att säkra siffror ska kunna tas fram.

Vissa uppskattningar kan dock göras. Barn- och ungdomspsykiatri är en särskild medicinsk specialitet. Socialstyrelsens statistik över antalet specialistläkare visar att det år 2006 fanns 316 specialister i barn- och ungdomspsykiatri som arbetade inom hälso- och sjukvården, 69 i rättspsykiatri och 1 603 i psykiatrisjukvården.¹¹⁵ Om antalet specialister som arbetar i hälso- och sjukvården speglar de olika psykiatrigrenarnas andelar av nettokostnaderna så skulle barn- och ungdomspsykiatrin svara för knappt 16 procent av psykiatris nettokostnader. I så fall skulle det statliga bidraget till barn- och ungdomspsykiatri år 2007 motsvara omkring 8 procent av nettokostnaderna för just denna specialitet. Detta är fortfarande en ganska liten andel, men kanske inte så liten att den saknar betydelse. Från Socialdepartementets sida framhåller man att tillskottet var avsett som stimulans till en utveckling snarare än som medel för att driva verksamheten.

DE STATLIGA MEDLEN I ETT HELHETSPERSPEKTIV

Resurserna till psykiatrin bestäms således i första hand av landstingen. De statliga resurstillskotten till psykiatrin har varit små i jämförelse med landstingens egna satsningar på psykiatri, omkring 4 procent i genomsnitt under åren 2001–2007. Andelen kan ha varit något högre under vissa år men detta går inte att avgöra med säkerhet. Bidraget till barn- och ungdomspsykiatri är också högre sett i relation till just denna specialitet. Som helhet handlar det dock om små belopp i förhållande till den psykiatriska vårdens totala omfattning.

Effektiviteten i de statliga bidragen till psykiatrin beror självfallet på hur helheten fungerar, det vill säga av den resursfördelning som gäller för *summan* av landstingens och statens medel till hälso- och sjukvården, varav psykiatrin är en del. Förutsättningarna för att de statliga medlen ska kunna användas effektivt påverkas av hur resursfördelningen fungerar i landstingen. Riksrevisionen har därför funnit det nödvändigt att föra en närmare diskussion om de problem som finns i landstingen när det gäller ekonomi och resursfördelning, trots att dessa frågor hör hemma i landstingens värld och inte är föremål för Riksrevisionens granskning. En granskning av de statliga bidragen kan inte bortse från bidragsmottagarnas miljö. Vi har därför inhämtat viss information som varit tillgänglig från öppna källor och genom intervjuer.

När det gäller relationen mellan staten och landstingen finns det också skäl att erinra om de krav på vården som ställs i lagstiftningen. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården bedrivas så att den uppfyller kraven på god

¹¹⁵ Socialstyrelsen (2008) *Tillgång på: specialistläkare 2006*.

vård, vilket bland annat omfattar krav på god tillgänglighet.¹¹⁶ I lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område anges att vårdpersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.¹¹⁷

Som framhållits av den statliga myndigheten SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) är det i dag inte alltid de bästa metoderna som används i vården. ”Många av rutinmetoderna för att upptäcka och behandla sjukdom är föråldrade och ineffektiva. Andra, nya metoder har fått snabb spridning utan att vare sig nyttan, riskerna eller kostnaderna har granskats kritiskt. Samtidigt finns det metoder som snabbt borde få större användning än de har i dag eftersom forskningen kan visa att de är bra och kostnadseffektiva.” SBU påpekar att det därför behövs vetenskaplig utvärdering, både av etablerade metoder och medicinska innovationer.¹¹⁸ Riksrevisionen noterar att de stränga kraven i lagstiftningen och den verksamhet som faktiskt bedrivs i landstingen tycks vara löst kopplade till varandra.

5.3 Psykiatrins beroende av prioriteringar i landstingen

Hälso- och sjukvården är en komplicerad, personalberoende och kunskapsintensiv verksamhet med hög grad av decentralisering. Hälso- och sjukvården är dessutom stadd i snabb teknisk och medicinsk förändring, något som även skapar förväntningar hos medborgarna. Till det kommer ekonomiska problem och styrningsproblem. Dessa förhållanden kan ses som en bakgrund till resursproblemen för psykiatri.

EFTERFRÅGAN ÖKAR PÅ ALL HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

Medborgarnas efterfrågan på vård och omsorg med mera ökar vanligen mer än de samlade inkomsterna i samhället (ekonomen brukar uttrycka detta så att inkomstelasticiteten är större än 1 för denna typ av tjänster). Efterfrågan på ”hälsotjänster” är generellt sett starkt ökande. Dessutom ökar möjligheterna till bot och lindring, ibland språngvis, som en följd av utveckling och introduktion av nya medicinsk-tekniska metoder och läkemedel. Dessa förbättrade möjligheter, som snabbt blir kända bland allmänheten, skapar ökade förväntningar och kan ibland bidra till att köbildning och förlängda väntetider uppstår, *även om* produktionen (exempelvis antalet utförda höft- eller starroperationer) samtidigt ökar mycket kraftigt. Det finns också

¹¹⁶ 2 a § Hälso- och sjukvårdslagen. ”God vård” innebär enligt Socialstyrelsen att vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, jämlik, effektiv och att den ska ges i rimlig tid. SOSFS 2005:12. Se kapitel 10 i denna rapport.

¹¹⁷ Se även kapitel 10 i denna rapport.

¹¹⁸ www.sbu.se.

andra faktorer som ökar efterfrågan på vård.¹¹⁹ Samtidigt finns sannolikt andra hälsotillstånd som minskar efterfrågan på vård, fast dessa är mindre omtalade. Ett faktum är att medellivslängden fortsätter att öka. En del av den ökade livslängden kan dock ha uppnåtts till priset av ökad sjuklighet.¹²⁰

LAGEN KRÄVER GOD EKONOMISK HUSHÅLLNING I LANDSTINGEN

Kommunerna – både primärkommuner och landsting – är enligt kommunallagen skyldiga att ”ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet och i sådan verksamhet som bedrivs genom andra juridiska personer”.¹²¹ Det innebär bland annat att kommunerna ska ha ett väl fungerande planerings- och uppföljningssystem, en ekonomi i balans samt en strategi för hur eventuella problem kan åtgärdas.¹²² Det så kallade balanskravet är i praktiken inte lätt att upprätthålla, vilket framgår av att såväl landsting som primärkommuner lider av återkommande ekonomiska svårigheter. Variationerna är dock stora, såväl mellan enskilda kommuner och landsting som mellan olika år.

DELAR AV VÅRDEN BLIR DYRARE

Det finns vissa permanenta och grundläggande orsaker till de ekonomiska svårigheterna i landstingen. En del av dem har att göra med den ökade efterfrågan på vård som kommenterats ovan. En annan är att viktiga delar av vården – särskilt de som är personalintensiva till sin natur och kräver mänsklig närvaro för att utföras – blir dyrare jämfört med andra varor och tjänster då de inte kan rationaliseras på samma sätt som varuproduktionen. En väsentlig skillnad är att varor kan transporteras över långa avstånd (vilket underlättar specialiserad, storskalig produktion) medan grundläggande sjukvårdstjänster av typ primärvård och psykiatri måste vara decentraliserade därför att de i allmänhet är bundna till patientens vistelseort.¹²³

SVÅRIGHETER ATT ÖKA INTÄKTERNA TILL VÅRDEN

Trots att vården på många områden är framgångsrik ger detta inte upphov till några ökade intäkter. Framgångar inom medicinsk forskning och metodutveckling leder tvärtom ofta till nya kostnader för investeringar och läkeme-

¹¹⁹ Exempel på sådana faktorer är befolkningens åldersstruktur samt ökningen av välfärdsrelaterade ohälsotillstånd som allergi, fetma, depression och ångest.

¹²⁰ ”Den dramatiskt förbättrade överlevnaden hos personer som drabbats av hjärt-kärlsjukdomar, diabetes och cancer leder till en ökad andel äldre som överlever, men som ofta har kroniska sjukdomar.” Landstinget i Uppsala län: *Omvärlds- och situationsbeskrivning våren 2008*, s. 29.

¹²¹ 8 kap. 1 § kommunallagen (1991:900).

¹²² RiR 2007:16, s. 19–22.

¹²³ Viss högspecialiserad vård kan utföras på färre platser därför att patienterna är beredda att resa. Den högspecialiserade vårdens karaktär är också sådan att den måste koncentreras till ett fåtal platser. Analyser av laboratorieprover och röntgenbilder etc. kan också utföras på distans. Primärvård och psykiatri förutsätter däremot att vården finns där patienten är.

del med mera som krävs för att de nya metoderna ska kunna tillämpas. Vissa nya metoder är i och för sig kostnadseffektiva, men besparingarna uppslukas lätt av det faktum att man i stället kan behandla många fler patienter än tidigare. De ekonomiska fördelarna av bättre vård tillfaller främst andra aktörer än landstingen.¹²⁴ Att lösa världens finansieringsproblem med skattehöjningar kan stöta på motstånd av olika skäl. I landstingen finns också farhågor för att ökade skatteintäkter inte kommer att lösa problemen.¹²⁵

STYRNINGSPROBLEM OCH BRISTANDE UPPFÖLJNING

Av forskning och utredningar framgår att hälso- och sjukvården är svår att styra.¹²⁶ Dessa problem har bekräftats av de landstingsbesök vi gjort, bland annat ett besök vid landstingsrevisionen i Uppsala.¹²⁷ Styrningsproblemen ska bland annat ses mot bakgrund av den ansvars- och arbetsfördelning som råder mellan de folkvalda och tjänstemännen. Oförutsedda ekonomiska problem är inte ovanliga.

Den ekonomiska styrningen och kontrollen i landstingen anses ha brister, vilket exempelvis visat sig när det gäller pensionsåtaganden. Ofta finns också stora skillnader mellan budget, prognoser och utfall i landstingen.¹²⁸ Förbättringar har visserligen skett, men det är fortfarande stora skillnader mellan budget och utfall. Det är enligt SKL ett problem att budgeten beslutas så långt i förväg (t.ex. i juni året innan). Det är då svårt att avgöra vad som verkligen är tillskott och vad som är täckande av underskott.

Budgetprocesserna i landstingen styrs i princip utifrån föregående års budget, tillsammans med förändringar som beror av politiska strävanden (exempelvis privatiseringar och nya ersättningssystem) samt av förhandlingsstyrkan hos olika företrädare för vården. Enligt SKL finns en strävan mot bättre system att fördela pengar men detta är svårt då uppföljning ofta saknas.

Det är också svårt att på förhand avgöra vilket genomslag olika ersättningssystem kommer att få. Allmänt gäller att prestationsbaserade ersättningar tenderar att bli kostnadsdrivande. Psykiatrin står dock utanför det prestationsbaserade ersättningssystemet och ersätts i stället genom traditionella anslag. Psykiatrin har inga "prislistor" baserade på diagnoser av den typ som finns inom den somatiska vården. Detta kan enligt SKL missgynna psykiatrin i ekonomiskt hänseende.¹²⁹

¹²⁴ De som drar ekonomisk nytta av bättre vård är dels patienterna och deras familjer, dels stat och kommun i den mån skatteintäkter ökar och försäkringsutgifter minskar då patienterna blir friskare.

¹²⁵ Ds 2005:7.

¹²⁶ Ds 2005:7.

¹²⁷ Besök vid landstingsrevisionen i Uppsala 2008-10-23.

¹²⁸ Enligt Ds 2005:7 kap. 1 hade långt ifrån alla landsting kontroll över när pensionskostnaderna skulle komma att falla ut och med hur mycket. Enligt SKL (intervju 2008-10-17) har läget numera förbättrats.

¹²⁹ SKL, intervju 2008-10-17.

FÖRSÖK TILL EFFEKTIVISERING

Landstingens försök till effektivisering följer flera linjer.¹³⁰ Mycket händer samtidigt. Forskningsbaserade analyser av vårdsystemet betonar bland annat de täta organisationsförändringarna inom vården. Det är inte ovanligt att nya organisations- och styrmodeller inte genomförs fullt ut eller att de, om de införs, ger andra effekter än de avsedda.¹³¹ Så kallad inre effektivisering och förbättrad logistik ägnas inte samma uppmärksamhet i landstingen som organisationsförändringar, trots att åtgärder för inre effektivitet anses ha mycket stor potential att leda till verkliga förbättringar av vårdens tillgänglighet och kvalitet.¹³²

En annan linje i landstingens försök att skära ned kostnader är att förkorta vårdtiderna inom heldygnsvården. Därmed flyttas ansvar till andra aktörer. Med kortare vårdtider frigörs resurser som kan användas för att stärka ekonomin eller för satsningar på nya behandlingsmetoder. Samtidigt ökar trycket på omgivningen; tyngre bördor får bäras av kommuner och enskilda. Splittrade vårdkedjor för också med sig svårigheter i informationsöverföringen mellan dem som ansvarar för olika delar av vården. Samordning och samarbete – begrepp som i svenska språket är positivt värdeladdade – förväntas lösa dessa problem. Men i realiteten är samordning och samarbete också resurskrävande och kommer sällan till stånd utan särskilda organisatoriska arrangemang.

VÅRDPOLITISKT MOTIVERADE PRIORITERINGAR FÖREKOMMER SÄLLAN

Socialstyrelsens och PrioriteringsCentrums undersökningar visar att så kallade horisontella prioriteringar, som innebär medvetna prioriteringar mellan sjukdomsgrupper och vårdområden, är outvecklade i landstingen.¹³³ De prioriteringar som görs äger i första hand rum genom rangordningar av mer eller mindre angelägna åtgärder *inom* varje specialitet.

Resursfördelningen *mellan* olika vårdområden (varav psykiatri är ett) blir i praktiken inte föremål för vårdpolitiskt tydliga ställningstaganden av någon större omfattning och uthållighet. Det finns enligt SKL ett stort intresse för prioriteringsfrågor i landstingen, men man har svårt att finna de rätta formerna för detta.

Enligt Socialstyrelsen finns det ett stort behov av prioriteringar inom hälso- och sjukvården, såväl inom som mellan vårdområden, och ett behov av nationella riktlinjer till stöd för en avgränsning av det offentliga åtagandet inom vården.¹³⁴

¹³⁰ Se exempelvis SKL (2006) *Effektiviseringsstrategier i landstingen. En beskrivning av arbetet med att skapa bättre resultat med tillgängliga resurser.*

¹³¹ Siverbo (2007).

¹³² Ds 2005:7, Cederqvist (2009).

¹³³ Socialstyrelsen (2007) *Prioriteringar i hälso- och sjukvården; intervju 2008-05-27.*

¹³⁴ Socialstyrelsen (2007) *Prioriteringar i hälso- och sjukvården; intervju 2008-05-27.*

SLUTSATSER

De omständigheter som beskrivits ovan har lett till återkommande ekonomiska svårigheter i landstingen. Att göra vården mer effektiv är därför viktigt. Om detta inte lyckas, eller lyckas i allför begränsad grad, drabbas de delar av vården som har minst förmåga att konkurrera om resurserna, och/eller minst förmåga att effektivisera. Till dessa områden hör troligen både psykiatri och primärvården. För att balansera detta skulle landstingens förtroendevalda behöva göra aktiva vårdpolitiska prioriteringar som är tydliga och konsekventa. Om sådana horisontella prioriteringar saknas, finns risk för att traditionella mönster och professionella traditioner avgör resursfördelningen inom hälso- och sjukvården.

5.4 Särskilda omständigheter som påverkar psykiatri

PSYKIATRIN KAN MISSGYNNAS EKONOMISKT I LANDSTINGENS BUDGETPROCESS

Som ovan nämndes använder landstingen ofta olika slag av prestationsbaserade ersättningssystem för vården. Sådana ersättningssystem tillämpas dock inte för psykiatri, som i stället tilldelas resurser med hjälp av anslag. Enligt en bedömning från SKL kan detta missgynna psykiatri.¹³⁵

Ett vanligt uttalande bland de remissinstanser som yttrat sig över Nationell psykiatrisamordnings betänkande är att "psykiatri varit ett eftersatt område". Enligt intervjuer som gjorts i samband med denna granskning avser man med detta uttryck att "satsningar" har gjorts på många andra av hälso- och sjukvårdens områden, men att psykiatri inte varit föremål för liknande satsningar i landstingens regi.¹³⁶

PSYKIATRIN JÄMFÖRD MED ANDRA SPECIALITETER

Generellt sett är professionernas makt inom hälso- och sjukvården mycket stor.¹³⁷ Psykiatris status bland de medicinska specialiteterna är dock förhållandevis låg, delvis av historiska orsaker, delvis på grund av ämnets natur. Detta är omvittnat i flera studier och bekräftas i hög grad av de intervjuer som gjorts i denna granskning.¹³⁸ På grund av svårigheterna att styra hälso- och sjukvården kan rangordningen mellan specialiteterna få ett inte obetydligt spelrum genom att den påverkar förhandlingsstyrkan för olika företrädare för vården. Detta kan i sin tur få betydelse för den resursfördelning som landstingets politiska ledning beslutar om. Denna fördelning blir särskilt viktig då möjligheterna att öka resurserna är små.

¹³⁵ Intervju SKL 2008-10-17.

¹³⁶ Intervju SKL 2008-10-17.

¹³⁷ Blomqvist (2007).

¹³⁸ Abbott (1988); Anell (2007) samt intervjuer med landstingsrevisorer m.fl.

ORGANISATIONSFÖRÄNDRINGAR

De organisatoriska förutsättningarna för psykiatrin har omvandlats. Den institutionsbaserade psykiatriska vården har till större delen avvecklats; antalet platser inom den psykiatriska heldygnsvården vid sjukhusen har halverats sedan 1995. Ett antal platser i kommunala boenden har dock tillkommit efter 1995. ”Psykiatireformen” 1995 var inriktad på personer med psykiska funktionshinder – det vill säga långvariga sviter efter psykisk sjukdom – som skulle få ett bättre liv genom att inlemmas i samhället i stället för att bo på institution. Reformen innebar ett ökat ansvar för kommunerna och ett minskat ansvar för landstingen. Reformen genomfördes inte fullt ut och kommunernas ambitioner har först långsamt närmat sig målet. Brister i samspelet mellan landsting och kommuner anses fortfarande vara ett stort problem (jfr kapitel 3).

NYA PATIENTGRUPPER HAR TILLKOMMIT

Samtidigt har nya problem och behandlingsmöjligheter ökat belastningen på den psykiatriska vården. Vissa former av behandlingsbar psykisk ohälsa har ökat starkt under de senaste 15–20 åren.¹³⁹ Det gäller främst depression, ångest, självskadebeteende, drogberoende, neuropsykiatriska störningar hos vuxna, posttraumatiskt stressyndrom m.m. De klassiska psykosjukdomarna anses inte ha ökat.

Det ökade behovet av psykiatrisk vård borde därmed få konsekvenser för landstingens tilldelning av resurser. Någon påtaglig utveckling i denna riktning har dock inte varit märkbar; psykiatrin och primärvården har inte fått större öknings av sina resurser än den somatiska vården. Alla vårdområden har sin egen dynamik, och psykiatrin har att konkurrera med alla andra delar av hälso- och sjukvården.

KUNSKAPEN OM PSYKISK OHÄLSA ÖKAR

Några positiva trender finns i form av ökade allmänna kunskaper om psykisk ohälsa i befolkningen och ökad acceptans för vissa slag av psykisk ohälsa (minskad stigmatisering). Vidare finns nya lovande metoder, både i form av läkemedel och i form av samtalsbehandling. Framstegen inom forskningen, företrädesvis den neurologiska, har också minskat klyftan mellan den naturvetenskapligt inriktade psykiatrin och psykoterapeutiska traditioner. Det finns också ökade insikter i landsting och kommuner om behovet av samverkan kring personer med psykiska funktionshinder. Styrmedel för att främja samverkan saknas dock fortfarande.

¹³⁹ Vad som är behandlingsbart varierar över tid. I princip är ”reparationsbehovet” oberoende av förmågan att reparera. Men om förmågan att reparera ökar kan det hända att man upptäcker nya behov som tidigare inte kunde repareras. Detta är en del av dynamiken i hälso- och sjukvården.

Denna utveckling kan bidra till att skapa ett ökat efterfrågetryck på psykiatri, just därför att förhoppningarna om framgångsrik behandling ökar. Därmed ökar också medborgarnas besvikelse då verkligheten inte lever upp till förväntningarna. Ett sådant "förväntningarnas missnöje" kan uppstå även om resurserna de facto ökar.

Personer med behov av psykiatrisk vård har mycket olika benägenhet att söka sig till vården och olika möjligheter att göra sig gällande i konkurrensen om vårdresurserna. Den ökade efterfrågan på vård kan därför komma att drabba särskilt sårbara patienter om behoven inte tillgodoses.

LANDSTINGSSTUDIER BEKRÄFTAR PROBLEMEN

Den problembild som framträder i våra landstingsstudier när det gäller psykiatriområdet tyder på att styrningen inte fungerar tillfredsställande, att samverkan mellan olika aktörer inte fungerar som det är tänkt samt att kompetensförsörjningen i framtiden kommer att bli problematisk. Många av de granskningar som gjorts av landstingsrevisionen har inte följts upp inom landstingen, varför det är svårt att veta om och i så fall hur landstingen arbetar vidare med frågorna.

5.5 Sammanfattande iakttagelser

De huvudsakliga iakttagelser som gjorts i detta kapitel är följande.

- Vare sig primärvården eller den specialiserade psykiatrien har ökat sin relativa del i landstingens budget sedan år 2001.
- En ökad efterfrågan på vård har ökat kraven på psykiatrien. Psykiatrien har dock svårigheter att konkurrera om landstingens ekonomiska resurser med andra medicinska specialiteter.
- Resursfördelningen mellan olika vårdområden är en komplex fråga som inte ägnats tillräcklig uppmärksamhet, vare sig av landstingen eller av statsmakterna. Enligt Socialstyrelsen finns det ett stort behov av prioriteringar inom hälso- och sjukvården, såväl inom som mellan vårdområden, och ett behov av nationella riktlinjer till stöd för en avgränsning av det offentliga åtagandet inom vården.

Den slutsats som kan dras av detta är enligt Riksrevisionen följande.

- Statliga bidrag till vården av psykiskt sjuka kan endast spela en marginell roll i det större sammanhang som skapas av landstingens budget och resursfördelning. Landstingens egna prioriteringar och andra omständigheter som påverkar resursfördelningen har en helt överskuggande betydelse. Om statliga resurstillskott till drift av verksamhet ska ha betydelse, måste de utformas så att de påverkar landstingens egen resursfördelning.

6 Personalbehov i vården av psykiskt sjuka

I detta kapitel diskuteras personal- och kompetensbehoven i vården av psykiskt sjuka mot bakgrund av de stora variationer och den flexibilitet som finns i personalutnyttjandet. Syftet är att ge en bakgrund till den senare delen av rapporten som behandlar utbildningsfrågor.

6.1 Iakttagelser av Nationell psykiatrisamordning

Enligt Nationell psykiatrisamordning, vars betänkande publicerades hösten 2006, fanns det en generell brist på resurser inom psykiatrin. Det fanns också betydande kompetensproblem i vården av psykiskt sjuka och funktionshinder. En av slutsatserna var att personalens kompetens borde stärkas och uppdateras. Huvuddelen av utredarens genomgång var framåtsyftande och handlade om vad som borde göras för att åtgärda problemen.

Nationell psykiatrisamordning betonade också personalens betydelse: "Betydelsen av en rätt utbildad och tillräckligt stor personalstyrka, vars arbete organiseras på ett ändamålsenligt sätt, överträffar betydelsen av alla andra typer av resurser."¹⁴⁰

Utredningens analyser byggde på enkäter och diskussioner med verksamhetsansvariga i vård och omsorg samt utredarens egna bedömningar.¹⁴¹ Psykiatrisamordnaren hade haft en omfattande dialog med förtroendevalda, olika yrkesgrupper, brukare och anhöriga samt berörda statliga myndigheter.¹⁴² Det fanns dock, framhöll utredaren, "inte någon tydlig bild av vare sig resultat eller omfattning av de insatser som ges i hälso- och sjukvården till människor med psykiska sjukdomar och funktionshinder".¹⁴³ Den exakta storleken av resursbristerna inom den psykiatriska vården kunde således inte anges med bestämdhet.

Det kan givetvis finnas goda skäl för att påstå att det finns resursbrister inom den psykiatriska vården även om det är svårt att kvantifiera omfattningen av dessa brister. Intervjubaserade iakttagelser av den typ som framförts av Nationell psykiatrisamordning bygger på konkreta erfarenheter, där

¹⁴⁰ SOU 2006:100, s. 449.

¹⁴¹ SOU 2006:100, s. 451.

¹⁴² SOU 2006:100, s. 19.

¹⁴³ SOU 2006:100, s. 108.

personer som arbetar i verksamheterna sett och upplevt skillnaden mellan den vård patienterna bedömts behöva och den vård de i praktiken fått. Dessa iakttagelser är präglade av yrkesmässiga bedömningar av läkare och annan vårdpersonal och kan inte avfärdas som godtyckliga.

Ett antal remissinstanser som yttrat sig över Nationell psykiatrisamordnings betänkande har bekräftat problemen med personalbrist och rekryteringssvårigheter. Samtidigt riktades kritik mot utredningens analys av personalfrågorna som ansågs vara otillräcklig. Det man saknade var bland annat en redogörelse för universitetens och högskolornas roll. Några remissinstanser efterlyste också ett ökat statligt ansvar för personalfrågorna.

Riksrevisionen utgår från att Nationell psykiatrisamordnings slutsatser är välgrundade när det gäller resursbristerna inom den psykiatriska vården. Denna bild bekräftas även av den mycket omfattande rapportering från myndigheter och medier som vi tagit del av under arbetet med denna granskning.

6.2 Regionala variationer i personal och vårdutnyttjande

Det finns stora skillnader mellan olika regioner, både när det gäller tillgången på olika kategorier av vårdpersonal och när det gäller vårdutnyttjandet inom psykiatrin. Skillnaderna har flera förklaringar.

PERSONALTILLGÅNGEN VARIERAR REGIONALT

Tillgången på alla slag av vårdpersonal varierar regionalt i förhållande till antalet invånare. Särskilt stora variationer finns för psykiatrer.¹⁴⁴ I norra och sydöstra Sverige finns 8–10 psykiatrer per 100 000 invånare. I Stockholm finns tre gånger så många. Tillgången har också utvecklats olika över tid. I Västra Götaland ökade exempelvis antalet psykiatrer per 100 000 invånare med ca 45 procent under perioden 1995–2006. I andra län skedde knappast några förändringar alls. I tabell 6.1 redovisas data för ett urval landsting.

Betydande regionala variationer finns också för psykiatrisjuksköterskor, psykologer och psykoterapeuter.

¹⁴⁴ Uppgifterna i detta avsnitt är hämtade från *Årsrapport NPS 2009, Socialstyrelsen*.

Tabell 6.1 Legitimerade psykiatrer sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Antal per 100 000 invånare. Vissa regioner

	1994	2000	2005	2006
Stockholms län	23	25	28	30
– Stockholms kommun	31	31	35	37
Västra Götalands län	12	15	17	18
– Göteborgs kommun	21	26	23	23
Skåne län	16	19	20	20
– Malmö kommun	20	24	25	25
Uppsala län	19	23	24	21
Östergötlands län	9	9	8	10
Örebro län	8	12	16	15
Kalmar län	7	10	9	9
Västerbottens län	10	13	11	10
Norrbottens län	6	7	8	8
Hela riket	14	16	17	18

Källa: Socialstyrelsen Årsrapport NPS 2009, s. 78

ÄVEN VÅRDUTNYTTJANDET VARIERAR

Även utnyttjandet av den psykiatriska vården skiljer sig mellan landstingen. Det framgår av en rapport från Socialstyrelsen som bygger på de nationella hälsodataregistrerna.¹⁴⁵ Skillnader finns både i den andel av befolkningen som besökt den psykiatriska öppenvården, antalet vårdtillfällen i psykiatrisk heldygnsvård samt i vårdtider och behandlingarkostnader per DRG-grupp.¹⁴⁶

Skillnaderna kan ha flera förklaringar, exempelvis skillnader i befolkningens sjuklighet och i tillgången på vårdplatser. Ju fler vårdplatser, desto större möjlighet att bereda plats för patienter i heldygnsvård under längre tid.

Därtill finns skillnader i praxis och traditioner inom olika delar av vården och olika gränsdragningar mellan primärvården och den specialiserade psykiatrin. Arbetsfördelningen mellan den öppna psykiatriska vården och primärvården är inte självklar. Ofta framhålls det önskvärda i att primärvården får förmåga att ta hand om fler patienter med psykiska problem; i en intervju beskrivs detta som "ett överlevnadsvillkor" för psykiatrin.¹⁴⁷ Ett större psykiatriskt ansvar i första linjens vård kan dock kräva ökad psykiatrisk och psykologisk kompetens inom primärvården.

¹⁴⁵ Socialstyrelsen (2008) *Beskrivning av vårdutnyttjande i psykiatrin*.

¹⁴⁶ DRG är en förkortning av Diagnos Relaterade Grupper. I Sverige används DRG ofta för verksamhetsbeskrivning vid uppföljning och för att jämföra kostnaderna vid olika sjukhus. Metoden grupperar patienter efter medicinska kriterier och resursåtgång. Inom varje grupp ska diagnoserna höra samman ur medicinsk synvinkel och kostnaden per vårdtillfälle vara ungefär lika stor. Se Socialstyrelsen (2008) *Beskrivning av vårdutnyttjande i psykiatrin*, s. 15–18.

¹⁴⁷ Intervju Västerbottens läns landsting 2008-11-06.

SAMSPEL MELLAN PERSONALTILLGÅNG OCH VÅRDUTNYTTJANDE

De regionala variationerna i personaltillgång och vårdutnyttjande kan således ha flera orsaker. Det finns också ett samspel *mellan* dessa faktorer. Förhållandet mellan de praktiska möjligheterna att tillhandahålla vård och befolkningens efterfrågan på vård har betydelse för i vilken mån patienter tas emot respektive avvisas från vården. Försämrade vårdkvalitet kan också leda till minskad efterfrågan, liksom förbättrad vårdkvalitet kan leda till ökad efterfrågan. Befolkningens ”verkliga” sjuklighet speglas med andra ord inte helt i vårdefterfrågan.

6.3 Behov av olika slag

En av de frågor vi ställt under granskningen handlar om behoven inom den psykiatriska vården. Denna fråga kan tolkas på olika sätt. Man kan tala om flera olika slags behov och därav följande personalbehov:

- a) behov i betydelsen efterfrågan som avgörs av de lokala verksamhetscheferna inom ramen för den av landstinget beslutade budgeten, tillsammans med den lokala utformningen av arbetsätt och rutiner¹⁴⁸
- b) behov som kommer till uttryck i befolkningens tydligt uttryckta efterfrågan på vård, även då denna inte tillfredsställs
- c) behov som inte kommer direkt till uttryck i öppen eller direkt efterfrågan på vård, utan snarare i missbruk eller brottslighet.¹⁴⁹ Vissa psykiska sjukdomar innebär också brist på sjukdomsinsikt varför den sjuke inte söker sig till vården.

De konkreta personalbehoven (a) kommer till uttryck i rekryteringsbehov. Det är delvis bristen på överensstämmelse mellan (a) och (b) som ger upphov till den intensiva medierapporteringen om bristerna i psykiatrin. Även de rena rekryteringssvårigheterna får ibland stor uppmärksamhet.¹⁵⁰ De mer svårfångade behoven (c) uppmärksammas ofta i form av rättsfall men diskuteras inte i denna rapport. För socialarbetare och poliser torde dock människor med sådana behov vara välkända.¹⁵¹ Det gäller då ofta komplexa behov av materiellt, socialt och psykologiskt stöd, utöver psykiatriska och/eller somatiska vårdbehov.

Då vi i senare delen av denna rapport diskuterar personalbehoven är det behov i form av efterfrågan (a) som avses. Detta är den mest begränsade tolkningen.

¹⁴⁸ Det finns dock inget i själva budgeten som säger hur många läkare det ska finnas. Mixen av olika personalgrupper ser olika ut beroende på personaltillgång och arbetsorganisation. Det betyder dock inte att vilken mix som helst är önskvärd.

¹⁴⁹ Nya forskningsrön tyder på att även trafikonykterhet kan vara förknippad med psykisk ohälsa. Se Hubicka (2009).

¹⁵⁰ Ett exempel på detta är ett ingående reportage i tidskriften Fokus hösten 2007.

¹⁵¹ En enkätundersökning av Polisförbundets medlemmar tyder på att nära hälften av poliserna (43 procent) regelbundet kom i kontakt med personer som lider av psykisk ohälsa. Enkäten genomfördes i november 2008 och har offentliggjorts av Polisförbundet. Exquiro Market Research: *Har Poliser rätt förutsättningar att bemöta psykiskt sjuka? - En undersökning bland 2024 poliser.*

6.4 Personalbehov i form av arbetsgivarens efterfrågan

Med personalbehov inom en verksamhet avses behov som är påtagliga och (i princip) mätbara genom vakanser och rekryteringssvårigheter. Det är svårigheter av detta slag som landstingen rapporterar till Socialstyrelsen inom ramen för det s.k. nationella planeringsstödet (NPS). Denna rapportering bygger på landstingsledningens bedömningar snarare än på regelrätt statistik. De senaste uppgifterna redovisas nedan. Här framgår att efterfrågan bedömdes överstiga tillgången på specialister i såväl psykiatri som allmänmedicin. Svaren var i stort sett desamma som året innan.

Tabell 6.2 Landstingsledningens bedömning av balansen mellan efterfrågan och tillgång på personal i det egna landstinget, oktober 2008

Antal landsting fördelade efter typ av svar (20 svarande)

	Svarsalternativ (se not)					Alla
	1	2	3	4	5	
Specialistläkare inom psykiatri	15	5	0	0	0	20
Specialistläkare inom allmänmedicin	12	7	1	0	0	20
ST-läkare inom psykiatri	9	8	3	0	0	20
ST-läkare inom allmänmedicin	3	10	4	3	0	20
AT-läkare	0	2	11	4	3	20

Not: 1 innebär att efterfrågan är mycket större än tillgången; 3 motsvarar balans mellan tillgång och efterfrågan; 5 innebär att tillgången är mycket större än efterfrågan.

Källa: Socialstyrelsen (2009): Årsrapport NPS 2009, s. 38.

Socialstyrelsen definierar i sin rapport efterfrågan som "det sammantagna resultatet av en organisations vilja att rekrytera samt organisationens ekonomiska möjligheter att rekrytera". Båda faktorerna krävs för att en rekrytering ska ske.¹⁵²

BUDGETEN ANGER EKONOMISKA RAMAR OCH VERKSAMHETSCHEFEN STYR

Inom varje landsting bestäms de ekonomiska ramarna av budgetar och ersättningssystem. Beslut om dessa ramar fattas på central nivå i landstingen. Det är också den politiska ledningen, landstingsstyrelsen och landstingsfullmäktige, som beslutar om hälso- och sjukvårdens övergripande organisation i länet. Någon av de högre tjänstemannanivåerna¹⁵³ tillsätter verksamhets-

¹⁵² Socialstyrelsen, Årsrapport NPS 2009, s. 30.

¹⁵³ Antingen den högste tjänstemannen (landstingsdirektören) eller – vanligtvis – nivån under denne, exempelvis sjukhuschef, divisionschef, länsjukvårdschef m.m.

chefer. Varje klinik eller verksamhetsenhet¹⁵⁴ har sedan förhållandevis stora befogenheter inom sin ekonomiska ram. Av särskild betydelse är att verksamhetschefen bestämmer över personalrekrytering och hantering av vakaner liksom över anställning av AT- och ST-läkare.

Den exakta arbetsfördelningen mellan olika chefsnivåer kan variera mellan landstingen och förändras över tid, men de stora dragen torde stämma med beskrivningen ovan. Politikerna beslutar om anslag och organisation, och verksamheterna över vårdens innehåll, personal och bemanning.

OLIKA PERSONALKATEGORIER KAN – DELVIS – ERSÄTTA VARANDRA

I regel är det verksamhetschefen eller motsvarande som ansvarar för att den personal som ska utföra olika arbetsuppgifter har den kompetens som behövs. Hälso- och sjukvårdens personal och deras befogenheter är reglerade i lag och andra rättsregler. Arbetet ska ledas och fördelas på ett sådant sätt att man uppfyller de krav som anges i rättsreglerna.

Tabell 6.3 Sammansättning av psykiatriska öppenvårdsteam
Genomsnittlig sammansättning av yrkesgrupper, 2008

Yrkesgrupp	Antal personer i teamet, Genomsnitt
Specialistläkare	2,5
ST-läkare	0,5
Sjuksköterskor	2,5
Specialistsjuksköterskor	2,0
Psykologer	3,4
Socionomer	2,2
Sjukgymnaster	0,4
Arbetssterapeuter	0,5
Skötare/vårdare	2,7
Administrativ personal	3,0
Summa	20,0

Källa: SKL och Sveriges läkarförbund (2008): *Psykiaters arbetsliv och arbetssituation. Enkätstudie*, s. 18.

Det som skiljer olika yrkesutövare åt är i första hand möjligheterna att vidta åtgärder med anledning av en diagnos. En läkare har rätt att ordinera många olika slags behandlingar. En sjuksköterska eller en psykolog har inte samma befogenheter. Insatser från läkare krävs bland annat i samband med sjuk-skrivning, förskrivning av läkemedel, läkarintyg vid psykiatrisk tvångsvård (vårdintyg), rättspsykiatrisk vård med mera.¹⁵⁵

¹⁵⁴ Ordet "verksamhetsenhet" används här som en generell benämning för den del av hälso- och sjukvården som lyder under en gemensam verksamhetschef. Landstingen själva kan använda andra benämningar.

¹⁵⁵ Socialstyrelsen (2004) *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?*

Rätten att ställa diagnos eller att beskriva problem är dock inte författningsreglerad. I praktiken kan all sjukvårdspersonal som har tillräcklig kunskap ställa diagnos inom ramen för sin yrkeskompetens. Diagnostiseringen kan ses som en process där flera olika yrkesutövare bidrar.¹⁵⁶ Läkarens roll har beskrivits som att "leda den diagnostiska processen".¹⁵⁷

OKLARA ROLLER OCH VARIERANDE PERSONALANVÄNDNING INOM PSYKIATRIN

Personalanvändningen är i princip möjlig att anpassa efter lokala behov och tillgänglig personal. En mottagning kan exempelvis hushålla med en psykiaters tid genom att enbart anlita denne som konsult och för nödvändiga åtgärder. Detta kan i och för sig vara en effektiv lösning. Flexibiliteten kan emellertid även skapa problem, bland annat för patientsäkerheten. Det medicinska ansvaret kan lätt bli oklart. Inom öppenvårdspsykiatri arbetar man ofta i lag som består av flera yrkesgrupper, vilket motiveras av de psykiska sjukdomarnas psykologiska och sociala aspekter. Samarbetet kräver en väl utformad arbetsfördelning och kommunikation. Många av de åtgärder som bara läkare har rätt att vidta kan annars lätt gå förlorade i ett arbetslag, i synnerhet om läkarens egen patientkontakt är svag.

Det kan finnas svårigheter med samarbetet inom mångprofessionella team. Psykiatrer har bland annat rapporterat om bristande respekt från andra yrkesgrupper som ifrågasatt läkarauktoriteten.¹⁵⁸ En bakgrund till detta kan vara att vanan att möta psykotiska patienter måste utvecklas under lång tid och att nyblivna läkare kanske inte har hunnit tillägna sig den förmågan. Formell utbildning är inte alltid till hjälp i sådana situationer. Själva bristen på läkare i psykiatri kan också ha medverkat till en försvagad läkarroll, då övriga yrkesgrupper kan ha tvingats ta på sig ett ökat ansvar.

Problem med läkarens roll i arbetslagen har påtalats av Sveriges Läkarförbund i remissvaret på Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande. Läkarförbundet såg detta som ett viktigt skäl till bristen på läkare i psykiatri.

Läkarens roll har också diskuterats i ett temanummer i Tidskriften för Svensk Psykiatri: "Inom psykiatri, till skillnad från somatiken, kan man ibland slås av bristen på tydlig hierarki. "Alla" är med och fattar beslut, handledare ger råd i patientärenden medan ansvarig läkare befinner sig på annan plats, kvalitetsutveckling knyts till särskilda tjänster som sällan innehas av specialistutbildade läkare." Samtidigt har läkare ett försprång i kraft av sin utbildning och befogenheter som ingen annan yrkesgrupp har.¹⁵⁹

¹⁵⁶ Socialstyrelsen (2004) *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?*, s.16.

¹⁵⁷ Intervju Socialstyrelsen, juli 2008.

¹⁵⁸ Intervju Svensk Psykiatrisk Förening 2008-11-24; intervju SYLF 2009-02-02.

¹⁵⁹ *Tidskriften för Svensk Psykiatri* nr 4, november 2008, s. 3.

Arbetsituationen inom öppenvård psykiatri kan visserligen tolkas på olika sätt. En enkät till psykiatrer som gjordes under 2008 tyder på att de svarande läkarna i allmänhet ansåg att de själva hade en tydlig yrkesroll.¹⁶⁰ Ett bra samarbete kring patienterna torde dock kräva att all personal är överens om rollfördelningen och att de kommunicerar väl. Ledningen har stor betydelse. Genom en aktiv ledning kan verksamhetscheferna tydliggöra arbetsfördelningen mellan olika befattningshavare. Intervjuer som genomförts under vår granskning, liksom det nämnda temanumret, tyder på att ledarskapet inte alltid lyckas väl.¹⁶¹

OM FLEXIBILITET OCH PATIENTSÄKERHET

En alltför långt gången flexibilitet i personalanvändningen kan vara riskfylld, både för patientsäkerheten (risken för vårdskador ökar om vården inte fungerar väl) och för dem som till följd av kompetensbrister hos personalen inte har fått tillträde till vården och alltså inte räknas som "patienter".¹⁶²

Samverkan mellan olika yrkesgrupper kräver både enighet om rollfördelningen och god kommunikation, men också att personalgruppen har en välbalanserad sammansättning. Brist på psykiatrer kan vara en nyckelfråga.

6.5 Personalbehov härlett från vårdbehovet

Ett annat sätt att se på behovet av personal är att utgå från befolkningens vårdbehov. Befolkningens samlade behov av psykiatrisk vård är visserligen svårbedömt då förekomsten av behandlingsbara psykiska problem är delvis okänd. Vad som är behandlingsbart – och synen på vad som bör behandlas – varierar också med tiden och sammanhanget och beror både av patienternas önskemål och rådande samhällsvärderingar.¹⁶³

Detta innebär emellertid inte att frågan om vårdbehovet och dess följder för personalbehovet skulle vara helt godtycklig. Vad som är en *tillräcklig* vård för befolkningen som helhet kan knappast beräknas, men en *bristfällig och felaktig* vård för konkreta patienter kan ändå beskrivas och beläggas. Det var snarast sådana bedömningar som vägledde Nationell psykiatrisamordnings undersökningar av bristerna i vården.

¹⁶⁰ SKL och Sveriges Läkarförbund (2008) *Psykiaters liv och arbetsituation*.

¹⁶¹ Intervju Svensk Psykiatrisk Förening 2008-11-24.

¹⁶² Att en vårdssökande person som verkligen är i behov av vård inte får tillträde till vården kan också bero på platsbrist.

¹⁶³ Som exempel kan nämnas att homosexualitet ända fram till 1979 betraktades som en psykisk sjukdom. Se SOU 1984:63.

VARNINGSSIGNALER TYDER PÅ OUPPFYLLEDA VÅRDBEHOV

Svårigheterna att med rimlig säkerhet fastställa det psykiatriska vårdbehovet utesluter inte att det kan finnas indikationer på att medborgarnas vårdbehov *inte* är mött. Efterfrågan på vård kan visa sig i fulla väntrum, långa köer och väntetider. Bristande resurser kan leda till vårdmisslyckanden som våldsbrott eller självmord. Sådana händelser är inte ovanliga i mediernas rapportering om psykiatrin. I landsting som inte avvisar patienter kan bristerna visa sig genom överbeläggningar i den slutna psykiatriska vården (se kapitel 9).

6.6 Sammanfattande iakttagelser

Några viktiga iakttagelser i detta kapitel är följande:

- Personalens betydelse för vården av psykiskt sjuka betonas av Nationell psykiatrisamordning: ”En rätt utbildad och tillräckligt stor personalstyrka, vars arbete organiseras på ett ändamålsenligt sätt, överträffar betydelsen av alla andra typer av resurser.”¹⁶⁴
- Det finns stora regionala variationer i tillgången på psykiatrer. I norra och sydöstra Sverige finns mycket få psykiatrer per 100 000 invånare. Detta har varit känt sedan länge. Svårigheter att rekrytera psykiatrer rapporteras numera från samtliga län.
- Även utnyttjandet av den psykiatriska vården skiljer sig mellan landstingen. Skillnaderna kan bero på variationer i sjukligheten i befolkningen, men även på skillnader i tillgången till vård. Det finns också olika gränsdragningar mellan primärvård och öppen psykiatrisk vård.
- Inom psykiatrin finns olika roller och en varierande personalsammansättning. Samverkan mellan olika yrkesgrupper kräver både enighet om rollfördelningen och god kommunikation, men också att personalgruppen har en välbalanserad sammansättning. Brist på psykiatrer kan vara en nyckelfråga. Psykiatrer är den yrkesgrupp som det är mest ont om, och det finns många åtgärder som endast läkare har rätt att vidta.

¹⁶⁴ SOU 2006:100 s. 449.

7 Läkarutbildning med inriktning på psykiatri

Personalen är en nyckelresurs i all vård vid psykisk sjukdom och ohälsa. Många olika yrken medverkar i denna typ av vård (i tabell 6.3 redovisas tio olika grupper). Detta kapitel handlar främst om en av dessa: läkare med specialisering i psykiatri – en grupp som har en särskilt lång och komplicerad studiegång. Vissa andra utbildningar av betydelse – till psykiatrisjuksköterska, psykolog och psykoterapeut – tas upp i en inledande översikt. Därefter beskrivs hur läkarutbildningen är reglerad och organiserad. Kapitlet belyser de mycket komplexa ansvarsförhållanden som råder på detta utbildningsområde. Detta har betydelse för den del av vår revisionsfråga som handlar om statens övergripande ansvar för läkarutbildningar med inriktning på psykiatri.

En utgångspunkt för granskningen är psykiatrins behov av specialistutbildande läkare. Detta har gjort det nödvändigt att redogöra för läkarutbildningens organisation som helhet. Vi vill dock understryka att läkarutbildningens struktur och framväxt har en historisk bakgrund som bara beskrivs översiktligt i denna granskning.

7.1 Utbildningar i psykiatri och psykologi – en översikt

Alla de högre utbildningar som diskuteras här består av både högskoleutbildning och praktik. Yrkestitlarna är skyddade i lag, och legitimation utfärdas av Socialstyrelsen. Läkare har ensamrätt till yrket.¹⁶⁵ Kvaliteten i högskoleutbildningarna granskas av Högskoleverket, som även har möjlighet att granska de delar av den verksamhetsförlagda utbildning som ingår i grundutbildningen. Kvaliteten i de senare delarna av läkarutbildningen granskas endast av professionerna.

PSYKIATER

Psykiater (eller *psykiatriker*) är benämningen på läkare med specialistbevis i psykiatri. Psykiatrin består av två basspecialiteter: psykiatri med grenspecialiteten rättspsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Utbildningen till

¹⁶⁵ 3 kap. 2 och 4 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

psykiater sker i tre steg. Det första, grundutbildningen, tar 5 ½ år och leder till *läkarexamen*. Denna utbildning ges vid statliga universitet, men de kliniska undervisningsmomenten är förlagda till landstingsägda sjukhus. Det andra steget består av en praktikdel under minst 18 månader, kallad allmän-tjänstgöring (AT), som leder till *läkarlegitimation* och allmän behörighet att utöva läkaryrket. De flesta läkare fortsätter därefter att, i ett tredje steg, genomgå en specialisttjänstgöring (ST) på minst 5 år.¹⁶⁶ ST består av både utbildning och yrkesverksamhet. Förkortningen ST används för att beteckna såväl tjänstgöringen som utbildningen under ST-perioden.

För både AT- och ST-utbildningarna är landstingen skyldiga att inrätta tjänster, så kallade utbildningsblock, bestående av undervisningsmoment i angiven ordning. Därmed har läkarutbildningen inslag av såväl traditionell universitetsutbildning som yrkesutbildning med lärlingsgång.

PSYKIATRISJUKSKÖTERSKA

Psykiatrisjuksköterskor, dvs. sjuksköterskor med specialisering i psykiatri, har en treårig sjuksköterskeutbildning och därtill en vidareutbildning under ett år. Omfattningen av den verksamhetsförlagda utbildningen varierar starkt mellan lärosätena – mellan 30 och 50 veckor under grundutbildningen och mellan 5 och 12 veckor under vidareutbildningen.

PSYKOLOG

Psykologi är en vetenskaplig disciplin som på ett systematiskt sätt söker beskriva och förklara hur och varför människor känner, tänker och handlar.¹⁶⁷ ”Inom psykologin studeras beteenden och upplevelser, deras orsaker och konsekvenser. Inom området allmän psykologi studeras bl.a. inlärning och minne samt högre mentala processer såsom tänkande, problemlösning, beslutsfattande m. m. Vidare studeras perception, d v s hur vi varseblir omvärlden med våra sinnen och med deras hjälp styr våra handlingar. Kunskapsutvecklingen inom den allmänna psykologin utnyttjar experimentella metoder varför precisionen i en del teorier inom området är jämförelsevis hög.”¹⁶⁸ En psykolog har genomgått en femårig högskoleutbildning som leder till psykologexamen. Psykologer har många arbetsfält; alla deltar inte i vården. Inom psykologin finns även olika akademiska specialiteter. För att få bedriva vård som *legitimerad psykolog* krävs utöver grundexamen ett års handledd praktik.¹⁶⁹

¹⁶⁶ 4 kap. 1 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

¹⁶⁷ Nationalencyklopedin.

¹⁶⁸ www.uu.se.

¹⁶⁹ 3 kap. 2 § lagen (1998) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

PSYKOTERAPEUT

Psykoteraپی är behandling av psykiska problem med psykologiska metoder. Psykoterapeut är en yrkesexamen som utgör en av Socialstyrelsen godkänd påbyggnad på ett människovårdande grundyrke. Flertalet psykoterapeuter är legitimerade psykologer, men andra grundutbildningar förekommer också, exempelvis socionom, läkare, sjuksköterska, präst och skötare inom psykiatrisk vård. En legitimerad psykoterapeut ska i samband med sin yrkesutövning ange sin grundutbildning. Utbildning ges av både statliga och enskilda utbildningsanordnare.

Tabell 7.1 Utbildningstid och praktiktid för olika yrkeskategorier

	Tidsåtgång (minimum)
Läkare: – Grundutbildning (inkl. klinisk träning) som leder till läkarexamen – AT-tjänstgöring som leder till legitimation som läkare – ST-tjänstgöring som leder till legitimation som specialist Totalt för legitimerad specialist (psykiater)	5,5 år 1,5 år 5 år 12 år
Sjuksköterska: – Grundutbildning som leder till sjuksköterskeexamen och legitimation – Vidareutbildning som leder till examen och skyddad yrkestitel som specialistsjuksköterska i psykiatri Totalt för specialistsjuksköterska (psykiatri)	3 år 1 år 4 år
Psykolog: – Grundutbildning som leder till psykologexamen – Handledd praktik som leder till legitimering som psykolog Totalt för legitimerad psykolog	5 år 1 år 6 år
Psykioterapeut: – Grundutbildning som psykolog, socionom e.dyl. – Vidareutbildning till legitimering som psykoterapeut (halvfart) Totalt för legitimerad psykoterapeut	3,5–5 år 3 år 6,5–8 år¹⁷⁰

Not: Medelstudietiderna är ofta något längre än tidsåtgången enligt tabellen. Legitimerade psykoterapeuter kan ha en kortare total utbildningstid om de har en icke-akademisk grundutbildning (skötare).

¹⁷⁰ Beroende på grundutbildning kan tiden variera ytterligare.

7.2 Läkarutbildningens övergripande reglering

Den grundläggande läkarutbildningen sker vid statliga universitet, och den övergripande regleringen utgörs därför av högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen (1993:100).

Högskola är en allmän beteckning för lärosäten med högre utbildning men är samtidigt en benämning för lärosäten med begränsad examinationsrätt på forskarutbildningsnivå. Högskola med full examinationsrätt inom samtliga vetenskapsområden benämns *universitet*.¹⁷¹ Flertalet högskolor är statliga, men det finns även högskolor med andra huvudmän. Det är riksdagen som beslutar om vilka statliga högskolor som får finnas, och det är regeringen som beslutar, efter utlåtande av Högskoleverket, vilka som är universitet.¹⁷² För att ett lärosäte ska kunna bedriva läkarutbildning krävs tillstånd att utfärda läkarexamen. Tillståndet utfärdas av Högskoleverket. Därefter fattar riksdagen beslut om de ekonomiska anslagen efter förslag från regeringen.

I dag ges läkarutbildning vid sex universitet: universiteten i Uppsala, Lund, Göteborg, Linköping och Umeå samt Karolinska Institutet i Stockholm. Utbildningen sker vid hälsovetenskapliga enheter inom universiteten med ett betydande antal utbildningar.¹⁷³ Vid Karolinska Institutet ges utöver läkarutbildningen 18 program med olika inriktningar. Örebro universitet har ansökt om rätt att få anordna läkarutbildning och examinera läkare men fått avslag.

Läkarutbildningen vid universiteten sker i nära samarbete med universitetssjukhusen. Dessa är särskilda undervisningssjukhus med forskningsresurser. Universitetssjukhusen ägs av landstingen. Utbildning bedrivs där som ett led i vården, och verksamheten regleras genom avtal mellan staten och landstingen.¹⁷⁴

AKADEMISK FRIHET RÅDER FÖR LÄKARUTBILDNINGEN

Enligt högskolelagen ska staten anordna högskolor för utbildning som vilar på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet, forskning samt annat utvecklingsarbete.¹⁷⁵ Sambandet mellan forskning och utbildning betonas,

¹⁷¹ Lärosätens namn utvisar inte alltid deras status. Karolinska Institutet (KI) är ett universitet.

¹⁷² Vilka högskolor som får benämnas universitet anges i bilaga 1 till högskoleförordningen (1993:100). Begreppet universitet är dock inte i övrigt skyddat i lag och används även av andra privata organisationer; det innebär naturligtvis inte att de är universitet i högskolelagens (1992:1434) och högskoleförordningens mening. Prop. 2008/09:34 s. 53.

¹⁷³ Dessa enheter kan ha olika benämningar; i Göteborg kallas den Sahlgrenska akademien.

¹⁷⁴ Följande universitetssjukhus är fördelade på sex landsting: Akademiska sjukhuset (Uppsala), Karolinska Universitetssjukhuset (Stockholm: Huddinge och Solna), Norrlands universitetssjukhus (Umeå), Sahlgrenska universitetssjukhuset (Göteborg), Universitetssjukhuset i Lund (UsiL), Universitetssjukhuset i Malmö (Umas), Universitetssjukhuset i Linköping. Universitetssjukhuset i Örebro bedriver forskning men har ingen läkarutbildning. Däremot tar man i Örebro emot läkarstudenter för verksamhetsförlagd utbildning.

¹⁷⁵ 2 kap. högskolelagen (1992:1434). Vetenskapens betydelse understryks av att verksamheten ska bedrivas så att det finns ett nära samband mellan forskning och utbildning. I högskolans verksamhet ska vetenskapens trovärdighet och god forskningssed värnas. För de konstnärliga högskolorna gäller särskilda regler.

liksom betydelsen av vetenskapens trovärdighet och god forskningssed. Genom att läkarutbildningen ges vid universitet får den del av den akademiska frihet som allmänt gäller för högskolans utbildning och forskning.

Ett förslag att stärka banden mellan (de statliga) universiteten och (de landstingsägda) universitetssjukhusen när det gäller den kliniska forskningen har presenterats av regeringens särskilde utredare.¹⁷⁶ Regeringen har i sin forskningspolitiska proposition hösten 2008 markerat betydelsen av att stärka den kliniska forskningen.¹⁷⁷

UTBILDNINGENS MÅL ANGES AV REGERINGEN I HÖGSKOLEFÖRORDNINGEN

Den av regeringen beslutade högskoleförordningen innehåller föreskrifter som omfattar all utbildning men också bestämmelser om enskilda utbildningar och examina. Utbildningarna är numera indelade i tre nivåer: grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå. Sjuksköterskeutbildning är en yrkesutbildning på grundnivå. Läkarexamen, psykologexamen, psykoterapeutexamen och specialistsjuksköterskeexamen är yrkesutbildningar på avancerad nivå.

För samtliga yrken finns *examensbeskrivningar* som innehåller krav på omfattningen av utbildningen och mål som ska uppnås i form av kunskap och förståelse, färdighet och förmåga, värderingsförmåga och förhållningssätt. Examensbeskrivningarna är regeringens styrmedel för innehållet i enskilda yrkesutbildningar. Samtidigt är beskrivningarna allmänt hållna och kraven knappast kontroversiella. Målen kan dock få konsekvenser genom att de ger en grund för Högskoleverkets kvalitetsgranskningar.

Inom ramen för dessa målbeskrivningar kan lärosätena själva utforma sin utbildning och undervisning. Att kunskapsbildningen på det medicinska området i hög grad är internationell begränsar dock enskilda lärosätens möjligheter att forma en egen vetenskaplig profil.

MÅLEN FÖR LÄKAREXAMEN

Det övergripande målet för *läkarexamen* är att studenten ska visa sådan kunskap och förmåga som krävs för läkaryrket och för att fullgöra den allmänntjänstgöring (AT) som fordras för att få behörighet som legitimerad läkare. Den sammanlagda målbeskrivningen för läkarexamen är omfattande och kräver kvalifikationer inom ett betydande antal områden, inte bara vetenskapliga och medicinska utan även i vårdens ekonomi, organisation och

¹⁷⁶ SOU 2008:7.

¹⁷⁷ Prop. 2008/09:50, bet. 2008/09:UbU4.

juridik.¹⁷⁸ Kraven på värderingsförmåga och förhållningssätt är likaledes höga.¹⁷⁹

Den kliniska utbildning som ges under grundutbildningen (den s.k. verksamhetsförlagda utbildningen) kräver samarbete med landstingen. Handledarna på sjukhusen medverkar i examinationen. Ansvaret för examinationen har dock den lärare som högskolan har utsett till examinator för kursen.

De tre faserna i läkarutbildningen – viktigare lagar och föreskrifter

	Fas I Grundläggande läkarutbildning (5 ½ år), leder till läkarexamen	Fas II Allmän-tjänstgöring, AT (18 mån.), leder till legitimation	Fas III Specialist-tjänstgöring, ST (5 år), leder till specialistbevis
Riksdagen	Högskolelagen (1992:1434)	Utbildningsmomenten i AT och ST är ej lagreglerade. Vårdmomenten i AT och ST styrs av – Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) – Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) – m.fl. lagar för vården.	
Regeringen	Högskoleförordningen (1993:100)	Förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område	
Myndigheter		Föreskrifter från Socialstyrelsen anger mål för vad som ska uppnås. SOSFS 1999:5 gäller för AT. SOSFS 2008:17 gäller för ST.	

Not: Ovanstående framställning är starkt förenklad. En mängd övriga lagar och förordningar har också betydelse på området.

Vilken betydelse målbeskrivningarna har *under studietiden* för blivande läkare är oklart. Utbildningsdepartementet har framhållit att målbeskrivningarna i högskoleförordningen styr hela uppläggningsen och innehållet i läkarutbildningen, men att de inte har med antagningskraven att göra. Samtidigt kan påpekas att det har förts en diskussion i medierna om vilka som kan anses lämpliga att genomgå läkarutbildning och vad som krävs för att antas och för att avskiljas. Bakgrunden till denna diskussion är att det finns läkarstuderande som har begått grova brott, både före och efter antagningen. Ett faktum är också att det ställs särskilda etiska krav på läkare och att läkarstudenter möter patienter redan under sin utbildning. Högskoleverket har i februari

¹⁷⁸ Studenten ska visa förståelse för yrkets vetenskapliga grund samt insikt i aktuellt forsknings- och utvecklingsarbete. Likaså för kunskap om sambandet mellan vetenskap och beprövad erfarenhet, och om sambandets betydelse för yrkesutövningen. Studenten ska också visa en såväl bred som fördjupad kunskap inom det medicinska området, inbegripet kunskap om och förståelse för förhållanden i samhället som påverkar hälsan för olika grupper och individer, såväl barn som kvinnor och män. Utöver den medicinska kunskapen ska studenten visa kunskap om ekonomi och organisation som är av betydelse för hälso- och sjukvården. Kravet omfattar även relevanta författningar. Bilaga 2 i högskoleförordningen (1993:100).

¹⁷⁹ Kraven omfattar bland annat förmågan att visa självkännet och empati, helhetssyn på patienten utifrån ett vetenskapligt och humanistiskt synsätt med särskilt beaktande av de mänskliga rättigheterna, ett etiskt och professionellt förhållningssätt gentemot patienter och deras närstående samt förmåga att identifiera sitt behov av ytterligare kunskap och att fortlöpande utveckla sin kompetens. Bilaga 2 i högskoleförordningen (1993:100).

2009 fått regeringens uppdrag att utreda om en student som inte bedöms kunna slutföra hela eller delar av en utbildning på grund av grov brottslighet ska kunna nekas antagning eller kunna avskiljas från utbildningen.¹⁸⁰ I dag är möjligheterna till avskiljande begränsade.¹⁸¹

7.3 Finansiering av läkarutbildningen och samarbetsavtal med landstingen

Läkarutbildningen vid högskolan finansieras huvudsakligen genom statliga anslag men även genom s.k. ALF-medel, varmed staten ersätter landstingen för deras medverkan i den kliniska delen av läkarnas grundutbildning och i den kliniskt inriktade medicinska forskningen.

Anslagen till högskolorna innebär att riksdagen för varje lärosäte sätter ett takbelopp som är kopplat till antalet registrerade helårsstudenter och till deras prestationer i form av godkända kurspoäng. Denna konstruktion gäller bara anslaget för utbildning; ett annat anslag gäller för forskning. Vad som utmärker läkarutbildningen är att anslag *därutöver* fördelas genom de så kallade ALF-avtalen, varigenom pengar fördelas till landstingen via universitetet.¹⁸² En viss del av ALF-medlen är avsedda för läkarnas grundutbildning, medan återstoden får användas för forskning. Det är tillåtet att använda forskningsmedel för att finansiera utbildning men inte tvärtom. ALF-medlen räknas upp årligen genom en pris- och löneomräkning.

Finansieringen av läkarutbildningens tre faser

Fas I Grundläggande läkarutbildning (5 ½ år)	Fas II Allmäntjänstgöring, AT (18 mån)	Fas III Specialisttjänstgöring, ST (5 år)
Statlig finansiering via - anslag till sex universitet - anslag avsedda för landstingen (del av ALF-medel)	Landstingsfinansierade AT-tjänster	- Landstingsfinansierade ST-tjänster - Statligt finansierade SK-kurser (via IPULS)

Not: ALF-medlen avser både utbildning och forskning. En viss del av ALF-medlen är reserverade för utbildning. Forskningsmedel får användas för utbildning, men inte tvärtom.

¹⁸⁰ Uppdrag till Högskoleverket att utreda vissa frågor om antagning och avskiljande. Pressmeddelande från Utbildningsdepartementet den 12 februari 2009. U2009/766/UH.

¹⁸¹ I högskolelagens (1992:1434) 4 kap. 6§ anges att "Regeringen få meddela föreskrifter om att en student tills vidare ska avskiljas från utbildningen i de fall då studenten

1. lider av psykisk störning, eller
2. missbrukar alkohol eller narkotika, eller
3. har gjort sig skyldig till allvarlig brottslighet.

Som ytterligare förutsättning för ett avskiljande gäller att det till följd av något sådant förhållande som avses i första stycket 1–3 bedöms föreligga en påtaglig risk att studenten kan komma att skada annan person eller värdefull egendom under utbildningen." Detta avser dock sådant som inträffar under studiernas gång.

¹⁸² ALF-avtalen är ett komplement till bilaga 38 till regleringsbrevet för universitet och högskolor.

ALF – AVTAL FÖR LÄKARUTBILDNING OCH FORSKNING – ÄR SAMARBETSAVTAL OM GRUNDUTBILDNING, FORSKNING OCH UTVECKLING

ALF är en förkortning av *Avtal för Läkarutbildning och Forskning* och gäller samarbete mellan stat och landsting om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.¹⁸³ Det centrala ALF-avtalet innehåller både allmänna politiska målsättningar och avsnitt om principerna för den ekonomiska ersättningen till landstingen.¹⁸⁴

ALF-avtalen är av två slag: ett centralt och sex regionala.¹⁸⁵ Det centrala avtal som nu gäller träffades mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet och trädde i kraft den 1 januari 2004. Ett villkor för att det centrala avtalet skulle gälla var att regionala avtal träffades mellan de sex universiteterna med läkarutbildning och motsvarande landsting. Denna avtalskonstruktion valdes eftersom Landstingsförbundet inte kunde träffa avtal som var juridiskt bindande för enskilda landsting. Avtalet har en uppsägningstid på fem år.

Enligt det *centrala* ALF-avtalet ska samverkan mellan universitet och landsting organiseras utifrån två nivåer: ledningsnivå och verksamhetsnivå. Ledningsnivån utgörs av den högsta ledningen för de båda organisationerna. Verksamhetsnivån avser ”inom sjukhusen kliniknivån och för andra verksamheter jämförbara nivåer.”

De *regionala* avtalen exemplifieras här med det mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet.¹⁸⁶ Även detta avtal innehåller en avsiktsförklaring om att parterna är eniga om att fördjupa och bredda samarbetet. Samverkan omfattar alla utbildningar inom KI med inriktning mot vården. ”Genom att föra samman olika utbildningar i den kliniska vardagen skapas förutsättningar för större förståelse mellan olika professioner.” Därutöver finns en programförklaring som inte bara omfattar FoU-frågor utan även genusperspektiv, jämställdhetsaspekter och vikten av att samhällsutvecklingen är långsiktigt hållbar och garanterar goda livsförhållanden för kommande generationer. Karolinska Institutet och Stockholms läns landsting har därefter ytterligare fördjupat och integrerat sitt samarbete.¹⁸⁷

¹⁸³ I avtalet beskrivs bakgrunden på följande sätt: ”I Sverige lades tidigt grunden för läkarutbildningens och den medicinska forskningens förankring i den kliniskt praktiska sjukvårdsverksamheten. Detta har varit av grundläggande betydelse för att uppnå en bra läkarutbildning och forskning inom de medicinska kliniska ämnesområdena.”

¹⁸⁴ I det centrala avtalet anges beloppen, men medlen betalas ut av universiteterna till landstingen.

¹⁸⁵ Det nuvarande avtalet är från 2003 och trädde i kraft 2004. Det första träffades 1984. Tidigare fanns så kallade LUA-medel (LäkarUtbildningsAvtal), det första från 1970. För en bakgrund, se *ALF-avtalet: Resurser – samverkan, fördelning. Rapport maj 2002. Publicerad av utredningen ALF-TUA-förhandlingen. Utbildningsdepartementet. Se även dir. 1989:49.*

¹⁸⁶ Det nuvarande trädde i kraft 2004 och reviderades 2007.

¹⁸⁷ KI:s konsistorium [KI:s styrelse] beslöt 2007-05-28 om en ny samverkansform med Stockholms läns landsting. Det innebar en revidering av det lokala ALF-avtalet. En ny gemensam utbildningsstyrelse inrättades under landstingets ledningsgrupp. Vidare inrättades en gemensam forskningsstrategisk kommitté, i vilken FoUU-kommittén vid Karolinska Universitetssjukhuset integrerades.

HÖGSKOLEVERKET OM ALF: "UTBILDNINGEN KOMMER OFTA I KLÄM"

Högskoleverket genomförde år 2007 en utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård och lämnade då följande kritiska kommentar om ALF-medlen:

"En klinisk utbildning av god kvalitet förutsätter samarbete mellan universitet och sjukvårdshuvudman. Ofta finns det samstämmighet i värderingen av detta åtagande på högre chefsnivå, men budskapet är svårt att föra ut och i praktiken få gehör för lägre ned i organisationerna. Utbildningen kommer ofta i kläm på grund av uppgifter inom sjukvård och forskning och utfallet blir alltför ofta beroende av den enskilde handledarens välvilja. [– –] ALF-medlen är viktiga för den kliniska utbildningen men används ofta inte som styrinstrument. Trots detta betalas ALF-medel ut oberoende av kvaliteten på handledningen, vilket illustrerar svårigheten i att vara en liten aktör i en stor organisation."¹⁸⁸

LANDSTINGSREVISORER OM ALF: "REDOVISNINGEN ÄR INTE TRANSPARENT"

Tillämpningen av ALF-avtalet i Västerbottens läns landsting har granskats på uppdrag av landstingsrevisorerna. Granskningen har genomförts i samarbete mellan revisorerna och chefen för internrevisionen för Umeå universitet. Båda svarar för granskningen.¹⁸⁹ Slutsatsen var att hanteringen av ALF-medlen inte i alla delar var transparent. Formerna för styrning, uppföljning och rapportering var outvecklade, och det saknades en fastställd strategi och verksamhetsplan för verksamheten. Redovisningen, uppföljningen och rapporteringen var inte tillräckliga för att säkerställa en god intern kontroll då ett flertal budgetposter byggde på schabloner som inte var verifierbara. Andra iakttagelser var bland annat att styrdokument för verksamheten saknades, att visioner och mål inte hade utarbetats gemensamt och att kvaliteten i genomförd forskning och grundutbildning var svårbedömd.

7.4 Psykiatri i läkarnas grundutbildning och AT

Alla legitimerade läkare, oavsett senare specialisering, har viss utbildning i psykiatri. Omfattningen varierar dock, dels beroende på lärosäte, dels beroende på AT-tjänstgöringens uppläggning. Inom ramen för högskoleförordningens målbeskrivning har universiteten handlingsfrihet att själva forma utbildningen fram till läkarexamen. Detta visar sig bland annat i varierande inslag av problembaserat lärande och preklinisk undervisning.¹⁹⁰

¹⁸⁸ Rapport 2007:23 R, Högskoleverket.

¹⁸⁹ Granskningsrapport nr 01/2008, Västerbottens läns landsting.

¹⁹⁰ Vid problembaserat lärande integreras olika ämnen så att undervisningen inte styrs av de medicinska specialiteternas perspektiv. Tidig patientkontakt ingår också i problembaserat lärande. Normalt inleds läkarutbildningen med så kallad preklinisk undervisning vid universitetet och först därefter går studenterna ut på klinikerna. Omfattningen av den prekliniska utbildningstiden varierar mellan lärosätena.

LÄKARNAS GRUNDUTBILDNING INNEHÅLLER FYRA VECKORS PSYKIATRI

I den grundläggande läkarutbildningen ges psykiatri ofta ett högst begränsat utrymme, även om omfattningen kan variera mellan olika universitet. Som minimum ägnas fyra veckor åt psykiatri av de elva terminer (5 ½ år, 330 högskolepoäng) som läkarnas grundutbildning består av. De blivande läkarna får således en förhållandevis kort och begränsad undervisning i psykiatri, sett mot bakgrund av de psykiska sjukdomarnas omfattning i samhället. Psykisk ohälsa är ju ett vanligt tillstånd bland en stor del av de patienter som alla läkare kommer i kontakt med.¹⁹¹

Riksrevisionen vill framhålla att det saknas tydliga statliga normer för omfattningen av enskilda ämnen, som psykiatri, i läkarutbildningen. Utbildningsdepartementet har här framhållit att Sverige har ett decentraliserat utbildningssystem. Utöver de bestämmelser som finns i högskolelagen och högskoleförordningen beslutar inte regeringen över utbildningens innehåll. Det är universiteten och högskolorna som avgör vilka kurser som bör ingå i en utbildning för att studenterna ska uppfylla examensmålen. Regeringen ställer upp övergripande mål via examensbeskrivningarna, men detaljstyr inte någon utbildning genom att ange omfattning av enskilda ämnen.

Indirekt påverkas utbildningen även av de lagar som gäller för vården och dess personal. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård, och i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område anges att vårdpersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.¹⁹² Psykiatri är en del av hälso- och sjukvården och lagstiftningen innebär lika stora krav på vård av psykiskt sjuka som på all annan hälso- och sjukvård. Frågan är då om det är möjligt att uppfylla dessa krav då den grundläggande läkarutbildningen i psykiatri är så pass begränsad.

Socialstyrelsen har för närvarande regeringens uppdrag att genomföra en kartläggning av psykiatrikurser på läkar- och sjuksköterskeutbildningarna.¹⁹³

AT-TJÄNSTGÖRINGEN INNEHÅLLER TRE MÅNADERS PSYKIATRI

Syftet med läkarexamen är att förbereda studenterna för AT-tjänstgöringen som leder till läkarlegitimation. Även den som avlagt läkarexamen i ett annat EU- eller EES-land är behörig till läkartjänst för AT, liksom den som genomgått medicinsk utbildning utanför EU och EES och av Socialstyrelsen ålagts att göra AT som villkor för att få sin legitimation.¹⁹⁴

Med AT-tjänstgöringen förändras läkarutbildningens karaktär. AT är en tidsbegränsad anställning med inslag av utbildning. De som fullgör AT-tjänstgöring räknas inte längre som studenter enligt högskoleförordning-

¹⁹¹ Jfr kapitel 2.

¹⁹² 2 a § hälso- och sjukvårdslagen. Se även kapitel 10 i denna rapport.

¹⁹³ Uppdraget ska redovisas senast den 1 juli 2009.

¹⁹⁴ 15 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

en.¹⁹⁵ Det är den blivande läkaren själv som i konkurrens med andra söker placering för tjänstgöringen. AT-tjänstgöringen består av minst 18 månaders tjänstgöring i olika specialiteter (21 månader är det vanligaste).¹⁹⁶ Av den obligatoriska tjänstgöringstiden ska sammanlagt nio månader ägnas åt invärtesmedicin och kirurgi, sex månader åt allmänmedicin och tre månader åt psykiatri. Parallellt med den kliniska tjänstgöringen ska det också finnas förutsättningar för teoretiska studier. Den personliga handledaren under varje tjänstgöringsavsnitt ska vara specialistkompetent läkare.¹⁹⁷

FÖRSÖK MED UTÖKADE AT-BLOCK FÖR PSYKIATRI

I olika landsting har försök gjorts att öka intresset för psykiatrin genom utökade AT-block, varvid tjänstgöringen inom psykiatrin ökas från tre till sex månader. Lönemässig kompensation (lön motsvarande ST-tjänst) för de extra månaderna har då också förekommit. En statlig satsning av samma slag avser den norra och den sydöstra sjukvårdsregionen under åren 2008–2010.¹⁹⁸ Satsningen innebär att samtliga läkare som söker allmäntjänstgöring i de två regionerna under perioden erbjuds möjlighet till förlängd allmäntjänstgöring i psykiatri med en till tre månader, med en ersättning som motsvarar den som erhålls vid specialisttjänstgöring.

LANDSTINGEN HAR ANSVAR FÖR ATT INRÄTTA AT-TJÄNSTER

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska det i landstingen finnas möjligheter till anställning för läkares AT i sådan omfattning att alla som avlagt läkarexamen, och läkare med utländsk utbildning som av Socialstyrelsen har föreskrivits AT, ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation som läkare.¹⁹⁹ Det betyder att landstingen har skyldighet att anordna AT i den utsträckning det behövs. Lagen innehåller dock inga krav på när och var AT ska anordnas. Regionala obalanser kan uppstå eftersom läkarstudenterna inte alltid ansöker om AT på de platser där landstingen utlyst sådana tjänster. Några garantier för AT-tjänster finns inte.

Landstingen får ingen extern finansiering till AT. När antalet AT-tjänster ska ökas sker det genom överenskommelser mellan landstingen. För de mindre landstingen är det en rekryteringssatsning att anordna AT.

¹⁹⁵ "Med student avses i denna förordning den som är antagen till och bedriver högskoleutbildning, och med doktorand en student som är antagen till och bedriver utbildning på forskarnivå, allt i den utsträckning inte annat anges särskilt." 1 kap. 4 § högskoleförordningen (993:100).

¹⁹⁶ AT-tjänstgöringen regleras i 3 kap. 2 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område samt i Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS 1995:5 (M).

¹⁹⁷ AT-tjänstgöringen regleras i 3 kap. 2 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område samt i Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS 1995:5 (M).

¹⁹⁸ Den statliga satsningen på detta projekt omfattar 12,5 miljoner år 2008. För åren 2009 och 2010 avser regeringen att avsätta 21,5 miljoner kronor per år för fortsatt arbete inom detta projekt.

¹⁹⁹ 15 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 3 kap. 2 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

KRAV PÅ AT-LÄKARE, AT-PROV OCH LEGITIMERING

I Socialstyrelsens författningssamling finns en lista med 23 mål som AT-läkaren ska uppnå.²⁰⁰ Kraven omfattar allt från vårdens innehåll, bemötande av patient och anhörig till sjukvårdens ekonomi, organisation och regelverk. Enligt punkt 8 ska läkaren "ha fått en inblick i hur olika tillstånd av smärta, kris och ångest kan mötas och lindras".

I det avsnitt som gäller de tre månadernas tjänstgöring i psykiatri anges bland annat att "tjänstgöringen skall ge grundläggande kunskaper och utredning och behandling av psykisk sjukdom inklusive demens- och beroendesjukdomar. Tonvikten skall läggas på psykiatriska tillstånd som kan komma att handläggas av alla läkare."

AT-tjänstgöringen ska ske under handledning och avslutas med det så kallade AT-provet som består av en muntlig och en skriftlig del. Provet ska gälla målpuppfyllelsen för hela allmäntjänstgöringen. Ansvaret för provet övergick 1991 från Socialstyrelsen till de universitet som ger läkarutbildning. AT-tjänstgöringen är dock inte någon högskoleutbildning. Högskoleverket granskar därför inte heller kvaliteten vare sig i utbildningen under tjänstgöringen eller i examinationen (AT-provet). Provet administreras av Karolinska Institutet²⁰¹ och organiseras av en nämnd som är gemensam för de universitet som har läkarutbildning. Nämnden ansvarar för provens genomförande och bedömning.

Efter avslutad utbildning och godkänt AT-prov söker AT-läkaren själv legitimation hos Socialstyrelsen. Någon prövning utöver dokumentationens fullständighet och äkthet sker i regel inte.²⁰²

7.5 Läkares specialisering till psykiater

För att uppnå specialistkompetens krävs genomgången specialiserings-tjänstgöring (ST) under minst fem år.²⁰³ Sedan 1992 är ST-utbildningen målstyrd (dessförinnan styrdes ST av ett tidsmässigt detaljerat system).²⁰⁴ Läkarnas specialistföreningar har på Socialstyrelsens uppdrag utarbetat målbeskrivningar för innehållet i ST-tjänstgöringen. Sedan år 2008 har nya regler för ST införts. Under en period gäller dock övergångsregler.

ST-tjänstgöring innebär att praktiskt arbete som läkare varvas med egna studier och *specialistkompetenskurser*, så kallade SK-kurser, samt sidutbildningar i angränsande ämnen. För den tid granskningen omfattar fanns inget krav på ett speciellt antal SK-kurser utan kurserna skulle ses som en hjälp för att uppnå målbeskrivningarna. Det var verksamhetschefen eller handledaren som avgjorde om den enskilde läkaren uppfyllde kraven och utfärdade intyg.

²⁰⁰ SOSFS 1999:5 (M).

²⁰¹ För detta arbete finns ett kansli som är en del av KI.

²⁰² Närmare information om förfarandet finns på www.socialstyrelsen.se.

²⁰³ 4 kap.1 § förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

²⁰⁴ Prop. 1997/98:5 s. 18 f. Se även Ds 1994:57.

En ST-läkare hade vanligen samma handledare under hela femårsperioden. Efter fullgjord utbildning kunde ansökan om specialistbevis lämnas till Socialstyrelsen.

NY ST-TJÄNSTGÖRING INNEBÄR TYDLIGARE KRAV

Även den nya ST-utbildningen som gäller från år 2008 är målstyrd med lägst 5 års tjänstgöring eller 4,5 år inklusive avlagd doktorsexamen. För fullgjord utbildning krävs att målen är uppfyllda.²⁰⁵ Målen gäller inte bara det medicinska kunnandet utan även sådant som ledarskap och kommunikativ kompetens när det gäller patienter och anhöriga.

Kraven på ST-utbildningarna skärptes i flera avseenden genom reformen 2008.²⁰⁶ Här kan nämnas att vårdgivaren nu ska se till att det finns rutiner för genomförande och utvärdering av ST och även ta ansvar för att det finns tillgång till en studierektor som ska vara ett organisatoriskt stöd för verksamhetschefer, handledare och ST-läkare. Verksamhetschefen får ett tydligare ansvar för att utse handledare och se till att utbildningsprogram upprättas. Handledare och studierektor ska ha genomgått handledarutbildning.²⁰⁷ ST-läkarna ska fortlöpande dokumentera sin kompetensutveckling, och denna utveckling ska också fortlöpande bedömas. Enheter som ansvarar för utbildningen ska regelbundet genomgå en extern granskning. Och Socialstyrelsen ska inhämta yttrande från två externa bedömare vid prövning av ansökan om specialistkompetensbevis.

DE MEDICINSKA SPECIALITETERNAS STRUKTUR ÄNDRADES 2006

År 2006 infördes en ny struktur för indelningen i specialiteter. Den nya strukturen består av 56 specialiteter, varav 31 basspecialiteter, 23 grenspecialiteter och 2 tilläggspecialiteter. Psykiatri samt Barn- och ungdomspsykiatri är två av de 31 basspecialiteterna. Rättspsykiatri är en grenspecialitet inom Psykiatri.

Ett nationellt råd för specialiseringstjänstgöring har också inrättats (det så kallade ST-rådet). Det är rådgivande åt Socialstyrelsen och ska utarbeta målbeskrivningar, stödja sjukvårdshuvudmännen för att uppnå hög kvalitet i ST, främja utbildning av handledare med mera. Regeringen utser ledamöterna i rådet, som ska bestå av representanter för Socialstyrelsen, SKL, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Läkarförbund och högskolan.²⁰⁸

²⁰⁵ SOSFS 2008:17, ändrad genom SOSFS 2008:27 och SOSFS 2009:1. *Läkarnas specialiseringstjänstgöring: Föreskrifter och allmänna råd, Målbeskrivningar* 2008, Socialstyrelsen.

²⁰⁶ SOSFS 2008:17 (M). Författningen har därefter ändrats genom 2008:27, 2009:1 och 2009:3.

²⁰⁷ Träder i kraft först den 1 september 2010.

²⁰⁸ 12 § förordningen (2007:1202) med instruktion för Socialstyrelsen. Regeringen har samtidigt beslutat om en övergångsperiod på 7,5 år. Under denna tid kommer två parallella utbildningssystem att gälla. Läkare som fått sin legitimation före den 1 juli 2006 kan gå efter nuvarande regler om ansökan om specialistkompetens görs före utgången av 2013.

Förslaget till ny struktur hade på regeringens uppdrag utarbetats av Socialstyrelsen.²⁰⁹ I utredningen, som blev klar år 2003, framhölls att det historiskt sett funnits starka band mellan specialistindelningen och hälso- och sjukvårdens organisation; indelningen i specialiteter hade avspeglats i kliniker och enheter. Etablerandet av en specialitet var också kopplat till en ökad resurstilldelning. Den dåvarande indelningen med 62 specialiteter hade växt fram ”under en era av utvecklingsoptimism som ledde till en kraftig utbyggnad av hälso- och sjukvården”.²¹⁰ Vidare framhölls att specialiteterna hade mycket olika karaktär; några var knutna till bestämda organ eller sjukdomar, andra till diagnostiska metoder eller behandlingar eller till vårdens organisatoriska former.

För- och nackdelar med en långt gången specialisering diskuterades. En högt kvalificerad vård ställdes mot risken för fragmentering och brist på helhetssyn. Utredningen pekade också på mängden inblandade aktörer och den därmed förknippade risken för att lokala förutsättningar i alltför stor utsträckning påverkade läkarnas specialistutbildning. Därtill genomfördes en internationell jämförelse. Mot denna bakgrund föreslog utredningen den nya specialiststrukturen.

LANDSTINGEN HAR ETT ANSVAR ATT INRÄTTA ST-TJÄNSTER EFTER BEHOV – MEN STATENS ANSVAR ÄR INTE REGLERAT

Landstinget har ett ansvar att inrätta ST-tjänster. I hälso- och sjukvårdslagen är detta formulerat så att det ”i landstingen ska finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring [...] i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet”.²¹¹ Av lagtexten framgår inte om det är det *enskilda* landstingets behov som avses; ”landstingen” skrivs här i pluralis, vilket kan uppfattas som att ansvaret är kollektivt. Hur ett eventuellt kollektivt ansvar förhåller sig till den kommunala självstyrelsen och varje landstings ansvar för den egna verksamheten är oklart.

Landstingens ansvar att inrätta ST-tjänster motsvaras i dag inte av något ansvar från statens sida att säkra tillgången på läkare som kan genomgå sådan utbildning, trots att staten har bestämmanderätten över den grundläggande läkarutbildning som får bedrivas i Sverige.

ENKÄT TYDER PÅ SVAG KONTROLL AV ST-UTBILDNINGEN

ST-utbildningen blev under 2008 föremål för kritik från dem som genomgick utbildningen. Detta framgår av en enkätundersökning riktad till ST-läkare som genomförts av Sveriges Yngre Läkares Förening (Sylf).²¹² Många läkare

²⁰⁹ *Läkarnas specialistutbildning*. Socialstyrelsen 2003.

²¹⁰ *Läkarnas specialistutbildning*, s. 17. Socialstyrelsen 2003.

²¹¹ 15 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

²¹² Sylf (2008) ”Nu går den mesta tiden åt till enbart produktion” – SYLF:s ST-enkät 2008.

vittnade om att utbildning och undervisning genom de senaste årens besparingar och hårda rationaliseringar blivit nedprioriterade eller till och med helt bortprioriterade. Drygt hälften av de ST-läkare i Stockholms län som besvarade enkäten uppgav att deras handledare, studierektor eller annan person *inte* följt upp deras utbildning. Schemalagd internutbildning på arbetsplatsen fanns dock för 80 procent av ST-läkarna i Stockholm. Medel för detta avsattes centralt vid respektive sjukhus.²¹³

Som framgått ovan har ST-utbildningen numera stramats upp genom nya regler som gäller fr.o.m. 2008, dock med en övergångstid fram till 2013.

7.6 Kvalitetsgranskning, vidareutbildning och fortbildning

HÖGSKOLEVERKET GRANSKAR UTBILDNINGSKVALITETEN VID HÖGSKOLORNA

Högskoleverket har genomfört omfattande utvärderingar av utbildningar i medicin och vård som i vissa fall lett till skarpa anmärkningar.²¹⁴ År 2007 framförde Högskoleverket kritik mot flera vårdutbildningar, och när förbättringar inte genomförts återkallades i december 2008 bland annat examensrätten för sjuksköterskeutbildningar vid fyra lärosäten.²¹⁵ Inte mindre än sju privata psykoterapeututbildningar fick också sin examensrätt indragen, detta genom beslut av regeringen efter rekommendation av Högskoleverket. Samma dag gav regeringen Högskoleverket i uppdrag att utreda hur en ökad kvalitet i psykoterapeututbildningen ska kunna säkerställas.²¹⁶

Det kan nämnas att Högskoleverkets utvärderingar har mött generell kritik från ett antal universitet.²¹⁷ Denna kritik gäller inte specifikt psykoterapeututbildningarna. Högaktuell för de senare är däremot en debatt som gäller innebörden av evidensbaserad psykoterapi.²¹⁸

STIFTELSEN FÖR UTBILDNINGSKVALITET (SPUR) GRANSKAR AT OCH ST PÅ BEGÄRAN

Läkarnas professionella organisationer har stor betydelse för utbildningen. Två organisationer intar en framträdande position: Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet (se kapitel 10). Läkarförbundet och Läkaresällskapet äger en stiftelse för utbildningskvalitet (SPUR) som sedan 1994

²¹³ Programmet täcker fler sjukhus än universitetssjukhus. De s.k. ALF-medlen innehöll ekonomiska medel för detta.

²¹⁴ Rapport 2007:23 R, Högskoleverket.

²¹⁵ Sjuksköterskeexamen vid KI och vid Högskolan i Skövde. Specialistsjuksköterskeexamen vid Högskolan i Skövde och vid Uppsala universitet.

²¹⁶ Regeringsbeslut 2009-04-02. Pressmeddelande från Regeringskansliet: *Psykoterapeututbildningar stoppas – och ses över*.

²¹⁷ Se debattartikeln "Statens utvärdering av lärosätena oduglig" av Göran Bexell m.fl., Dagens Nyheter, nätupplaga. DN.se, 2008-11-11.

²¹⁸ Se exempelvis *Tidskrift för Svensk Psykiatri* nr 4 2008: "Riskabelt vägval i psykoterapiutbildningsfrågan", Daniel Frydman.

anordnar inspektioner för att kartlägga AT- och ST-tjänstgöringarnas struktur och process på respektive klinik, vårdcentral eller annan enhet. Stiftelsen är inte vinstdrivande och står under länsstyrelsens kontroll. Omkring 80 ST-inspektioner och cirka 8 AT-inspektioner genomförs per år.²¹⁹ Resultatet publiceras på nätet och kan nås genom Läkaresällskapet och Läkarförbundets hemsidor, och kan därmed ligga till grund för läkares val av utbildningsplats.

Såväl AT- som ST-inspektionerna utförs på uppdrag av de verksamheter som inspekteras och finansieras också av dem. Inspektionerna finansieras således av landstinget.

Externa inspektioner är numera obligatoriska enligt föreskrift från Socialstyrelsen.²²⁰ Enligt SKL kommer detta att innebära vissa förändringar.

IPULS – INSTITUTET FÖR PROFESSIONELL UTVECKLING AV LÄKARE I SVERIGE – ÄR BÅDE KVALITETSGRANSKARE OCH UTBILDNINGSDIRIGERAD

Såväl vidareutbildning som fortbildning av läkare administreras av ett privaträttsligt organ, *Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige* (IPULS). IPULS ägs av Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund tillsammans med SKL. IPULS har till uppgift att kvalitetsgranska utbildningen av vidare- och fortutbildningskurser inklusive specialistkompetenskurser för läkares vidareutbildning (SK-kurser).²²¹ IPULS administrerar även det statliga anslaget för SK-kurser.²²²

År 2000 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utvärdera SK-kurserna, som styrelsen då hade ansvar för. Styrelsen skulle särskilt utreda kursernas innehåll, finansiering och huvudmannaskap. Socialstyrelsen fann därvid att det i myndighetens roll och uppgifter egentligen inte ingick att bedriva kursverksamhet och att nödvändig pedagogisk och metodologisk kompetens för kvalitetsutvecklingen av kursverksamheten inte fanns i önskvärd omfattning inom myndigheten. Socialstyrelsen föreslog därför att ansvaret för administrationen av kurserna skulle överföras till IPULS. Regeringen gick på Socialstyrelsens linje, och sedan 2002 förvaltar IPULS det statliga anslaget.²²³ Regeringen framhöll att överlåtandet inte innebar att statens ansvar för läkarnas vidareutbildning upphörde eller försvagades, och man ville därför vara representerad i IPULS styrelse.²²⁴

²¹⁹ www.slf.se.

²²⁰ 3 kap. 8 § SOSF 2008:17 (M)

²²¹ Dessa granskningar publiceras i Läkarnas utbildningskatalog som finns tillgänglig på IPULS hemsida, www.ipuls.se.

²²² Medlen betalas ut av Socialstyrelsen. Styrelsen fick 2007 i uppdrag av regeringen att följa upp SK-kurserna i psykiatri. Regleringsbrev för 2009.

²²³ Läkemedels- och medicinteknisk industri med flera har tidigare varit viktiga finansiärer av läkarnas fortbildning. En överenskommelse om samverkansformer mellan medicintekniska företag och medarbetare i den offentliga hälso- och sjukvården träffades 2005 mellan Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet å ena sidan och Sjukvårdens Leverantörsförening och Svensk Instrument & Diagnostikaförening å andra sidan. Se *Modell för att kartlägga kostnader och flöden för läkarnas externa utbildningar*, PM – IPULS 2005-04-11.

²²⁴ Överlåtelsen reglerades i 3 kap. 12 a § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

IPULS har, via Socialstyrelsen, fått statlig finansiering av ett särskilt projekt som rör läkarnas utbildning i psykiatri.²²⁵ Projektet METIS (Mer Teori i Specialisttjänstgöringen) utgör ”ett försök från statligt håll att rätta till de brister i den teoretiska utbildningen som ST-läkare i psykiatri har idag. METIS-projektet är organiserat under IPULS och är ett samarbete mellan SKL, Svenska Psykiatriska Föreningen och Svenska Barnpsykiatriska Föreningen. Projektet rapporterar årligen till Socialstyrelsen.”²²⁶ Projektet, som inleddes 2008, ska pågå i tre år och har en budget på 18 miljoner kronor. En utvärdering genomfördes av Socialstyrelsen våren 2009.²²⁷

BEGRÄNSAD FORTBILDNING FÖR PSYKIATRER

Det finns ett omvittnat behov av ökade kunskaper i psykiatri på alla nivåer av vården.²²⁸ Detta gäller även läkare med specialistutbildning på området. Svenska Psykiatriska Föreningen har i en motion till Sveriges Läkarförbund föreslagit att generella krav på kontinuerlig fortbildning ska införas för alla specialistutbildade läkare.²²⁹ I samband med en intervju hösten 2008 preciserades detta till en veckas fortbildning om året.²³⁰ För psykiatrer framhölls särskilt värdet av att ta del av den amerikanska kliniska forskningen på området. Den svenska kliniska forskningen inom psykiatrin anses förhållandevis begränsad. Detta har även påtalats av regeringens utredning om den kliniska forskningen.²³¹

7.7 Motiven till läkarutbildningens tredelade struktur

Tidigare reformer av läkarutbildningen har byggt på tankar om ett samlat nationellt planeringssystem för utbildning och vård.

Detta var en av grundtankarna i 1969 års läkarutbildningsreform då man skapade den nuvarande tredelningen av läkarutbildningen i grundläggande läkarutbildning, AT och ST.²³² Tidigare var hela utbildningen (inklusive den dåvarande assistenttjänstgöringen på nio månader) knuten till universitetet.²³³ Reformen 1969 innebar bland annat att grundutbildningen förkortades genom att assistenttjänstgöringen togs bort. I stället skulle vidareutbildningen inledas med en obligatorisk allmäntjänstgöring (AT) på 21 månader.²³⁴

²²⁵ Regeringsbeslut 2007-06-14, S2007/4916/HS.

²²⁶ www.metisprojektet.se.

²²⁷ *METIS-projektet*, Socialstyrelsen 2009.

²²⁸ SOU 2006:100.

²²⁹ *Motion angående krav på specialister att delta i kontinuerlig fortbildning*, riktad till Sveriges Läkarförbund 2008-09-16.

²³⁰ Intervju med Svenska Psykiatriska Föreningen 2008-11-24.

²³¹ SOU 2008:7.

²³² Prop. 1969:35, SU 83. Den läkarutbildning som skulle reformeras hade fastställts 1954 (prop. 1954:212, SU 191. Utredningsuppdraget som föregick 1969 års läkarutbildningsreform utfördes av dåvarande Medicinalstyrelsen och Universitetskanslersämbetet.

²³³ För examen som medicine kandidat krävdes två års studier, följt av fyra och ett halvt år för medicine licentiat, varav nio månaders (praktisk) assistenttjänstgöring.

²³⁴ Reformen förbereddes av utredningen *Läkares grundutbildning och vidareutbildning*, SOU 1967:51. Läkarnas obligatoriska allmän tjänstgöring förkortades senare från 21 till 18 månader.

Den fortsatta vidareutbildningen skulle antingen ske genom en specialistutbildning (fyra till fem år) eller en utbildning till allmänpraktiker (tre år).²³⁵ Med få undantag förutsattes samtliga läkare söka antingen specialistutbildning eller allmänläkarutbildning. Det faktum att AT-tjänstgöringen inte var knuten till universitetsorterna innebar att de blivande läkarna spreds över landet på ett sätt som passade vårdens behov.

En (kanske oavsiktlig) följd av den nya ordningen var att Utbildningsdepartementet frikopplades från ansvar för läkarnas vidareutbildning utan att Socialdepartementet för den skull fick något tydligt markerat ansvar.

SYFTET VAR ATT STYRA LÄKARUTBILDNINGEN GENOM SJUKVÅRDEN

Reformen 1969 innebar att den akademiska delen av läkarutbildningen förkortades samtidigt som betydelsen av praktisk tjänstgöring och specialistutbildning betonades och frigjordes från universiteten. Syftet var att de senare utbildningsmomenten skulle fungera som styrmedel för sjukvårdspolitikerna, och man skulle "sträva efter att få ett på en gång effektivt och smidigt instrument för fördelningen av läkare på olika verksamhetsområden på det sätt som bäst gagnar samhällets intressen."²³⁶ I propositionen markerade socialministern vikten av att "läkarutbildningen i vidsträckt mening inordnas i den allmänna sjukvårdsplaneringen".²³⁷

För att kunna möta patienternas vårdbehov skulle man dela in läkartjänsterna i fasta tjänster och tjänster för läkare under utbildning. De senare skulle bland annat vara fördelade på sjukvårdens olika sektorer så att de motsvarar det förväntade behovet. Det handlade om att skapa ett system så att läkarresurserna kanaliseras till de områden där de bäst behövdes.²³⁸ "Läkarnas vidareutbildning bör således från samhällets synpunkt vara ett led i strävan efter en balanserad expansion av sjukvårdens olika grenar."²³⁹

En viktig förutsättning för denna ordning var dock att läkarutbildningen i sin helhet – grundutbildning som vidareutbildning – betraktades som en enhet. Socialstyrelsen ansågs ha en mycket viktig uppgift när det gällde avvägningar och prioriteringar och borde fortlöpande noggrant kartlägga de olika behoven av bland annat specialistutbildade läkare.

PROBLEM INOM DEN PSYKIATRISKA VÅRDEN NÄMNDES REDAN 1969

Som exempel på vikten av att sjukvårds- och utbildningsplanering samordnades angav socialministern problemen inom den psykiatriska vården. Vid sidan om den öppna sjukvården var vakanssiffrorna när det gällde läkartjänsterna inom psykiatrin de relativt sett högsta, och detta var för övrigt "inte

²³⁵ Det var först senare som allmänmedicin blev en egen specialitet.

²³⁶ Prop. 1969:35 s. 57.

²³⁷ Prop. 1969:35 s. 46.

²³⁸ Prop. 1969:35 s. 47f.

²³⁹ Prop. 1969:35 s. 48-49. "Enligt min mening är det önskvärt att härutöver fortsätta att i möjlig mån ta in utländska läkare, i vart fall intill dess att balans uppnåtts mellan läkartjänst och läkartillgång."

något tillfälligt problem”.²⁴⁰ Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet (föregångare till Högskoleverket) hade också påpekat att de i olika sammanhang understrukt psykiatrins stora betydelse och att de egentligen hade önskat att den fick samma utrymme under AT-perioden som medicin och kirurgi.²⁴¹

Socialministern markerade också vikten av att psykiatri och öppen vård ingick i AT-tjänstgöringen därför att ”så gott som alla läkare oavsett inriktning har behov och nytta av praktisk erfarenhet från dessa verksamhetsområden. Enligt allmänt omfattade sjukvårdspolitiska bedömningar behöver [...] såväl psykiatri som den öppna vården byggas ut. Genom tjänstgöring inom dessa vårdområden kan de unga läkarna stimuleras att inrikta sin fortsatta yrkesutövning mot sådana verksamhetsgrenar.”²⁴²

FÖRÄNDRINGAR ÅR 1992 OCH 1998 INNEBAR MÅLSTYRNING AV ST, TYDLIGARE KRAV PÅ LANDSTINGEN OCH PLANER PÅ NATIONELLT PLANERINGSSTÖD

År 1992 infördes målstyrning av läkarnas specialistutbildning och tillsvidareförordnanden (”fasta tjänster”) för ST.²⁴³ Enligt regeringen innebar det en förskjutning av intresset från genomströmning till en normalisering av läkarnas anställningsvillor efter legitimation.²⁴⁴ Andra förändringar av läkarnas vidareutbildning beslutades av riksdagen hösten 1997.²⁴⁵ Kraven på landstingen förtydligades vad gäller både AT och ST. Samtidigt förkortades kraven på AT från 21 till 18 månader. I samma proposition redovisade regeringen också sina planer på att *införa ett nationellt planeringsstöd* som skulle underlätta den långsiktiga bedömningen av den framtida läkarförsörjningen och fördelningen av AT-tjänster över landet.²⁴⁶ Behovet av planering ansågs mycket viktigt i det beslut riksdagen fattade 1997.²⁴⁷

7.8 Sammanfattande iakttagelser

Våra iakttagelser i detta kapitel kan sammanfattas på följande sätt:

- Den grundläggande läkarutbildningen i psykiatri omfattar 4–6 veckor av en utbildningstid på 5 ½ år. Riksrevisionen ställer sig frågan om det är möjligt att uppfylla kraven på god vård för psykiskt sjuka då den grundläggande läkarutbildningen i psykiatri är så pass begränsad.

²⁴⁰ Prop. 1969:35 s. 47.

²⁴¹ Prop. 1969:35 s. 20.

²⁴² Prop. 1969:35 s. 48.

²⁴³ Tidigare fanns ett detaljreglerat system för ST, som innebar att tidsbegränsade blockförordnanden fördelades av Socialstyrelsen i sådan omfattning att alla nylegitimerade läkare skulle få möjlighet att uppnå specialistkompetens.

²⁴⁴ Beskrivningen av 1992 års reform är hämtad från prop. 1997/98:5, s. 7.

²⁴⁵ Prop. 1997/98:5, bet. 1997/98:SoU8.

²⁴⁶ Vad gäller AT utgick regeringens förslag från en utredning från Ds 1994:57 och den därpå följande remissbehandlingen.

²⁴⁷ Bet. 1997/98; SoU8, s. 9.

- Fortutbildningen för psykiatrer är begränsad.
- Ansvaret för läkarnas grundutbildning är *delat mellan staten och landstingen*. Finansieringen av den kliniska delen av grundutbildningen genom ALF-medel till landstingen har kritiserats, dels därför att systemet för medelsfördelning inte är transparent, dels därför att utbildningen lätt kommer i kläm då den ska konkurrera med vården och forskningen.
- Ansvaret för läkarnas allmäntjänstgöring (AT) tillkommer *i första hand landstingen*. Det s.k. AT-provet anordnas dock av Karolinska Institutet. Legitimation efter AT tillhandahålls av staten via Socialstyrelsen.
- Ansvaret för specialisttjänstgöringen (ST) tillkommer *huvudsakligen landstingen*. Staten bekostar dock specialiseringskurserna, vilka administreras av ett privaträttsligt organ (IPULS). Eventuella kvalitetsgranskningar av ST och AT (SPUR-granskningar) utförs av läkarnas specialistföreningar. Specialistbevis efter ST tillhandahålls av staten via Socialstyrelsen.
- Olika landsting har olika ansvar för utbildningen. De landsting som har universitetssjukhus har större inflytande över läkarutbildningen än övriga landsting.
- Läkarutbildningens tredelade struktur (grundutbildning – AT – ST) infördes genom riksdagsbeslut år 1969. Syftet med reformen var att knyta utbildningsdimensioneringen närmare vårdens behov. Både vid denna tidpunkt och senare (1997) betonade regering och riksdag behovet av en samlad nationell planering av landets behov av specialistläkare. Psykiatrins behov framhölls särskilt.

8 Dimensionering av läkarutbildning med inriktning på psykiatri

Syftet med detta kapitel är att klargöra innebörden av det centrala, statliga ansvaret för dimensioneringen av läkarutbildningar med inriktning på psykiatri. Här beskrivs hur dimensioneringen går till och vem som bestämmer vad etcetera, dock endast i stora drag. Perspektivet är nationellt; det är de svenska utbildningarna som beskrivs, trots att en ökande andel av läkarna i Sverige har utländsk utbildning.

Kortfattad information om vissa andra yrkesgrupper – sjuksköterskor med specialisering i psykiatri, psykologer och psykoterapeuter – finns i kapitel 7.

8.1 Läkarutbildningens två första steg

Som tidigare framgått består läkarutbildningen i Sverige av tre steg: grundutbildning, AT-tjänstgöring och ST-tjänstgöring. I varje steg bestäms dimensioneringen av flera faktorer.

GRUNDUTBILDNINGEN

Den grundläggande läkarutbildningens dimensionering, det vill säga hur många läkarstudenter som tas in vid universiteten per år, beror delvis på de organisatoriska och finansiella förutsättningar som beskrivits i föregående kapitel. Till detta kommer ett antal ytterligare faktorer. En överblick ges i tabell 8.1.

Studenternas intresse (A i tabellen) är inte någon begränsande faktor för antagningen till läkarutbildningen. Enligt Högskoleverket finns det sju så kallade förstahandssökande per antagen läkarstudent.²⁴⁸

Regeringens och riksdagens beslut (B) om de ekonomiska ramarna för läkarutbildningen och det underlag som finns för dessa beslut beskrivs senare i detta kapitel.

Hur besluten fattas inom varje lärosäte (C) har inte granskats. En viktig aspekt är samspelet mellan å ena sidan lärosätets önskemål och ekonomiska ram, och å andra sidan landstingets tillgång till handledare och organisato-

²⁴⁸ Högskoleverket (2009) *Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden. Ett planeringsunderlag inför läsåret 2009/10*, s. 56.

riskt utrymme för klinisk träning. De kliniska delarna av läkarutbildningen styrs framför allt av landstingets verksamhetsansvariga på utbildningsorten (D) och kan eventuellt också påverkas av landstinget centralt (E). Enligt våra intervjuer anser man på Utbildningsdepartementet att landstingen utövat ett dämpande inflytande på läkarutbildningen eftersom (den kortsiktiga) tillgången på handledare är otillräcklig. Detta trots att landstingen själva har ett (långsiktigt) intresse av en ökad tillgång på läkare för den egna personalförsörjningen. Landstingen har ju flera, delvis motstridiga intressen att tillgodose – dels ska hälso- och sjukvårdens löpande verksamhet fungera så effektivt som möjligt inom ramen för en beslutad budget, dels är landstinget ansvarigt för hälso- och sjukvårdens långsiktiga kompetensförsörjning i länet, oavsett om vården bedrivs i offentlig eller i privat regi. De sex landsting som har medicinska universitet har i själva verket ett ännu större inflytande eftersom den kliniska delen av grundutbildningen till stor del bedrivs inom dessa sex landsting, trots att de blivande läkarna utbildas för hela landets behov.²⁴⁹ Det är lätt att förstå att tillgången på handledningsresurser kan bli en restriktion.

Tabell 8.1 Dimensionering av läkarnas grundutbildning – bestämningsfaktorer

A	Studenternas efterfrågan på läkarutbildning.
B	Regeringens och riksdagens beslut om ekonomiska ramar för vart och ett av de sex lärosäten som har läkarutbildning. Besluten omfattar även ett särskilt anslag för så kallade ALF-medel som utgör ersättning till landstingen för den verksamhetsförlagda delen av utbildningen.
C	Beslut inom vart och ett av de berörda sex lärosätena om hur många läkarstudenter man vill ta in per år. Dessa beslut påverkas av de ekonomiska ramarna men även av lokala omständigheter, som lärar- och handledarresurser samt tillgång till klinisk träning vid landstingets vårdinrättningar. Den ekonomiska ramen sätter en övre gräns för hur många studenter lärosätet kan få ersättning för; att utbilda färre än så är fullt möjligt. Det är också möjligt att utbilda fler än vad lärosätet får ersättning för, men detta får i så fall finansieras på annat sätt.
D	Eventuella önskemål från verksamhetsansvariga vid det landsting som har universitetssjukhus.
E	Eventuella önskemål från planeringsansvariga vid det landsting som har universitetssjukhus.

Från SKL:s sida har vissa kompletterande synpunkter framhållits. Dessa går ut på att det snarast är genom SKL som landstingen för fram sin syn på dimensioneringen av läkarutbildningen till Utbildningsdepartementet och att de sex landsting som har läkarutbildning därför inte har större inflytande än andra. Utbildningsdepartementet menar dock att SKL:s inflytande över regeringens beslut om dimensionering varit försumbart i jämförelse med

²⁴⁹ Vissa undantag finns; läkarstudenter är i praktiken utplacerade i fler än sex landsting. I exempelvis Uppsala har man avtal med de landsting som ingår i sjukvårdsregionen. Men från Högskoleverket har man särskilt framhållit svårigheterna att få till verksamhetsförlagd utbildning i andra landsting än universitetets eget, något som i sin tur sammanhänger med finansieringen (ALF-medel går endast till sex landsting).

universitetens och att universiteten i sin tur varit beroende av de direkt berörda landstingen.

Det verkar således troligt att det finns ett inflytande från sex av landstingen även på dimensioneringen av den grundläggande läkarutbildningen. Detta inflytande kan, genom bristen på handledare, i praktiken verka begränsande på antalet läkare som utbildas i Sverige, trots att landstingen har ett långsiktigt intresse av att fler läkare utbildas.²⁵⁰ Riksdagsbeslutet fungerar som ett (i någon mån tänjbart) ekonomiskt "tak", alltså en övre gräns, för utbildningen, men landstingens beslut eller önskemål eller förmåga kan också fungera som "tak". Det lägsta taket blir då i praktiken avgörande för antagningen och antalet studenter på läkarutbildningen.

AT FÖR BLIVANDE LÄKARE – ALLMÄNTJÄNSTGÖRING FÖRE LEGITIMATION

Efter läkarexamen, som vanligen avläggs efter 5 ½–6 år, söker läkarna AT-tjänstgöring som normalt tar 21 månader (minimum är 18 månader). Först efter godkänd AT (tjänstgöring samt prov) ges legitimation som läkare. Legitimation krävs för att en person självständigt ska få utöva läkaryrket och för rätten att förskriva receptbelagda läkemedel.

AT-tjänstgöringen är inte knuten till utbildningsorten utan kan fullgöras i hela landet, även hos privata vårdgivare. Landstingen har i princip en skyldighet att ta emot blivande läkare för AT och förse dem med handledning under AT-perioden. På vissa orter kan det dock uppstå en brist på AT-tjänster (det vill säga överskott på sökande).²⁵¹ Om landstinget lägger ut en del av vården på entreprenad kan man i vårdavtalet skriva in ett krav att den privata vårdgivaren ska anställa AT-läkare.

AT-tjänstgöringen finansieras och dimensioneras av landstingen, eller av verksamheter inom landstingen, som också tillhandahåller handledning. Universiteten är inte berörda annat än via det avslutande AT-provet.

8.2 Läkarutbildningens tredje steg – specialiseringen (ST)

De allra flesta legitimerade läkare går vidare och blir specialister; år 2006 hade 77 procent av de legitimerade läkarna inom hälso- och sjukvården minst ett specialistbevis.²⁵²

För att få specialistbevis krävs så kallad ST-tjänstgöring i minst 5 år.

²⁵⁰ Detta anses dock inte gälla Stockholms läns landsting, som har gott om vårdinrättningar inom vilka man kan bedriva verksamhetsförlagd utbildning.

²⁵¹ Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF) har nyligen vänt sig till Socialstyrelsen med en begäran om klargörande av lagstiftningens innebörd när det gäller landstingens skyldigheter att inrätta AT-tjänster.

²⁵² Socialstyrelsen (2009) *Årsrapport NPS 2009*, s. 16.

Denna tjänstgöring anordnas av vårdgivarna, huvudsakligen landstingen. ST-tjänster kan inrättas och tillsättas lokalt, dvs. av de verksamhetsansvariga inom ramen för en given budget, på samma sätt som andra tjänster. Detta varierar dock mellan landstingen. Det förekommer också att kliniker och basenheter äskar ST-tjänster, varefter landstingsledningen beslutar vilka som ska inrättas.²⁵³

Antalet ST-läkare inom olika specialiteter är avgörande för det blivande antalet specialister med svensk utbildning. Planeringen av antalet ST-tjänster sker på olika sätt i olika landsting, med mer eller mindre överblick och framförhållning.

ST-tjänstgöringen och fördelningen på specialiteter styrs på ett decentraliserat sätt. *Utbudet* av ST-tjänster inom olika specialiteter styrs av verksamheterna och av de ekonomiska ramar som står till buds för anställning av ST-läkare. Finansiering av ST-tjänster kan också ske centralt i landstinget, men förhållandena härvidlag varierar (se kapitel 9). Brist på handledare kan begränsa utbudet av ST-tjänster inom vissa specialiteter. *Efterfrågan* på ST-tjänster inom olika specialiteter beror av önskemålen hos de nya läkare som just erhållit sin legitimation. De olika specialiteternas attraktionskraft har då stor betydelse.

Det antal ST-läkare som anställs i varje specialitet beror av samspelet mellan utbud och efterfrågan på ST-tjänster. Såväl utbudet som efterfrågan kan då verka begränsande – inget landsting utlyser ST-tjänster som man inte anser sig behöva och inte är villig att finansiera och ingen läkare är tvungen att acceptera en ST-tjänst som han eller hon inte vill ha.

Den sammantagna efterfrågan på ST-tjänster beror av antalet nya läkare. Ju fler läkare som söker ST-tjänster totalt sett, desto större är sannolikheten för att samtliga specialiteter får sina ST-tjänster besatta. I de fall en nybliven läkare på förhand har bestämt sig för en viss specialitet kan vederbörande dock välja att vänta tills en sådan ST-tjänst blir ledig, eller flytta till en annan ort där en sådan ST-tjänst är ledig. Individernas val har starkt genomslag.

Någon statlig styrning av läkarnas fördelning på specialiteter finns inte. Inte heller finns någon tydlig styrning på landstingsnivå. Mer om detta följer senare.

LEDER INDIVIDERNAS VAL RÄTT?

Individernas val behöver inte vara ändamålsenligt ur vårdgivarnas synvinkel eller svara mot patienternas och vårdens behov. Sverige har under mycket lång tid haft brist på specialister i psykiatri och allmänmedicin.²⁵⁴ Denna

²⁵³ En sådan ordning finns i Västerbottens läns landsting; se kapitel 9.

²⁵⁴ I en rapport från 1991 pekade Riksdagens revisorer på det anmärkningsvärda i att "antalet läkare har ökat förhållandevis minst inom de av statsmakterna prioriterade områdena långtidssjukvård, psykiatrisk vård och allmänmedicin. Medicinsk och kirurgisk korttidsvård har fått det största procentuella tillskottet trots att dessa områden, mätt i antal vårdplatser och läkarbesök, har minskat kraftigt." Socialutskottets betänkande 1991/92:SoU6 s. 4.

brist tycks kvarstå. Som framgår av tabell 6.2 i kapitel 6 anser landstingsledningarna i nästan samtliga landsting att efterfrågan på såväl psykiatrer som ST-läkare i psykiatri är större eller mycket större än tillgången. Vid samma tillfälle (hösten 2008) ansåg 15 av 20 landsting att det var lättare att rekrytera ST-läkare till vissa specialiteter, främst kirurgi.²⁵⁵ Detta ska ses mot bakgrund av att Sverige numera anses ha förhållandevis många kirurger jämfört med antalet operationer. Kirurgernas möjligheter att upprätthålla sin kompetens är beroende av att de får tillfälle att göra tillräckligt många operationer.²⁵⁶

Den sedan länge kända bristen på psykiatrer har under senare tid resulterat i särskilda försök att påverka studenternas val. En föreläsningsturné med benämningen Psykiatrins ansikten, riktad till läkarstudenter och AT-läkare, anordnades under hösten 2008 för att öka intresset för psykiatri och stimulera fler läkare att specialisera sig inom detta område. Den arrangerades av Svenska Läkaresällskapet och finansierades av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).²⁵⁷

STATEN KAN PÅVERKA PSYKIATRINS ATTRAKTIONSKRAFT

Staten har, via Institutet för Professionell Utveckling av Läkare i Sverige (IPULS), avsatt medel för att förbättra och utveckla kompetensen hos ST-läkarna inom psykiatri och kvalitetssäkra utbildningen så att den blir likvärdig över hela landet²⁵⁸. Detta kan förbättra psykiatrins attraktionskraft som specialitet, men det ändrar inte den grundläggande styrmodellen.

En annan statlig åtgärd gäller *AT-tjänstgöringen*. Statliga projekt pengar betalas ut till två av de sex sjukvårdsregionerna – norra och sydöstra regionen – i syfte att öka antalet legitimerade läkare med goda grundkunskaper i psykiatri. Satsningen beskrivs i kapitel 7.

En ytterligare åtgärd som skulle kunna ha stor betydelse gäller *läkarnas grundutbildning*.²⁵⁹ Av grundutbildningens 5 ½ år (11 terminer) ägnas i dag fyra veckor åt psykiatri. Det är visserligen ett minimum. Men det är mindre än 3 procent av utbildningstiden.

8.3 Om läkarutbildningarnas dimensionering och arbetsmarknadens behov

Både läkar- och sjuksköterskeutbildningen har kliniska moment där utbildnings- och yrkesverksamhet kombineras. Därmed finns en anpassning av utbildningarnas innehåll till den typ av arbetsplatser det är fråga om.

²⁵⁵ Socialstyrelsen (2009) *Årsrapport NPS 2009*, s. 38.

²⁵⁶ Se Ihse (2008), s. 169.

²⁵⁷ www.sls.se. Se även kapitel 10 i denna rapport.

²⁵⁸ Projektets namn är METIS – se kapitel 7.

²⁵⁹ Som tidigare nämnts har Socialstyrelsen regeringens uppdrag att genomföra en kartläggning av psykiatrikurser på läkar- och sjuksköterskeutbildningarna.

Dimensioneringen av utbildningarna anpassar sig dock inte utan vidare till arbetsmarknadens behov. Detta framgår inte minst av bristen på läkare inom psykiatri som, enligt Karolinska Institutet, varit känd sedan flera decennier. "Det har ständigt funnits vakanser och svårigheter att besätta dessa, framför allt i landsting utanför storstäderna. Numera gäller detta samtliga landsting utom centrala delar av Stockholms läns landsting."²⁶⁰

Generellt kan sägas att det är svårt att åstadkomma en anpassning av läkarutbildningen till arbetsmarknadens behov, bland annat därför att utbildningarna tar många år i anspråk och det är den *framtida* arbetsmarknadens behov som behöver fyllas. Denna är i sin tur beroende av en mängd olika omständigheter, inte bara pensionsavgångar, in- och utvandring, arbetstider etcetera, utan även landstingens ekonomi. "Arbetsmarknaden" för vårdpersonal är dessutom inte en, utan flera. Yrken och specialiteter är många, och geografin skapar delarbetsmarknader. Läkare är den yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården som har den största geografiska rörligheten, både inom landet och internationellt.

HÖGSKOLEVERKET'S PLANERINGSUNDERLAG

Högskoleverket gör på regeringens (Utbildningsdepartementet) uppdrag årliga beräkningar på nationell nivå i syfte att belysa högskoleutbildningarnas förhållande till arbetsmarknaden. Beräkningarna, som görs tillsammans med Prognosinstitutet vid SCB, syftar till att ge orienterande information som underlag för planeringsansvariga vid högskolorna, för studievägledare vid gymnasieskolan och för studenterna själva. Generellt är ansvaret för dimensioneringen av olika högskoleutbildningar starkt decentraliserat. Det åligger lärosätena att anpassa utbudet efter studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov.

Beräkningarna från Högskoleverket bygger på statistik över befolkningens åldersfördelning och fördelning på utbildningsgrupper, beräknade framtida pensionsavgångar, trendmässiga strukturella förändringar som påverkar det framtida behovet av arbetskraft, nettoinvandring etcetera. Utbildningens dimensionering för varje grupp antas oförändrad. Prognoser för balanser och obalanser på arbetsmarknaden för olika utbildningsgrupper görs fram till 2020. Läkare är en av dessa utbildningsgrupper.

Högskoleverkets senaste planeringsunderlag publicerades i mars 2009.²⁶¹ Här konstateras att antalet nybörjarplatser på läkarutbildningen är lågt i förhållande till arbetsmarknadens behov av nya läkare. En stor del av behovet täcks därför genom rekrytering av färdigutbildade läkare från andra länder. Den hittillsvarande ökningen av läkarutbildningen kommer på sikt att

²⁶⁰ Seminarium Riksrevisionen 2009-03-19.

²⁶¹ Rapport 2009:5R, Högskoleverket.

resultera i en bättre balans på arbetsmarknaden, men anses inte tillräcklig för att Sverige ska bli självförsörjande med läkare.

Högskoleverkets prognos bygger på ett antagande om en fortsatt ökning av läkartätheten samt ett antagande om en fortsatt nettoinvandring av nära 300 färdigutbildade läkare per år under hela perioden till 2025. Antagandet om ökad läkartäthet stämmer med långsiktiga historiska trender och motiveras i övrigt med den ökande andelen äldre i den svenska befolkningen.

Några uppgifter om läkarnas arbetsvolym finns inte i Högskoleverkets beräkningar. Den ökning av läkartätheten som ägt rum under tidigare år skulle ju i princip kunna förklaras av en minskning av den genomsnittliga arbetstiden per läkare. Detta skulle också göra förändringen i läkartätheten mer begriplig och ge underlag för rimliga antaganden om den fortsatta utvecklingen. Men utvecklingen av arbetsvolymen är alltså inte känd.

Högskoleverket har sedan flera år tillbaka konstaterat att pensionsavgångarna från läkarkåren ökar kraftigt efter år 2010. Det skulle därmed uppstå en betydande brist på läkare om inte antalet antagna på läkarutbildningen ökade betydligt.

Regeringen har inte följt rekommendationerna från Högskoleverket fullt ut, eftersom man, enligt Utbildningsdepartementet, inte haft ekonomiska möjligheter till detta. En viss ökning av läkarutbildningen har beslutats av regering och riksdag de senaste åren, men enligt Högskoleverkets senaste rapport är detta inte tillräckligt för att skapa balans på läkarnas arbetsmarknad med den invandring som antagits.²⁶² För att Sverige ska bli självförsörjande med läkare behövs enligt Högskoleverket 300–400 nya utbildningsplatser utöver de som redan beslutats. Utbildningsdepartementet har här påpekat att planeringsunderlaget främst riktar sig till lärosäten och studenter. Regeringen använder underlaget som ett av flera vid överväganden om fördelningen av medel till högskolesektorn.

REGERINGENS BESLUTSUNDERLAG FÖR LÄKARUTBILDNINGEN

Dimensioneringen av läkarutbildningen är beroende av de ekonomiska ramar för varje lärosäte som beslutas av riksdagen. Dessa så kallade takbelopp anger en övre gräns för den utbildning som staten betalar för.

Riksdagens årliga budgetbeslut baseras på regeringens förslag i budgetpropositionen. Utbildningsdepartementets beslutsunderlag utgörs av lärosätens budgetunderlag tillsammans med dialoger med sektorsföreträdare från såväl arbetsmarknad som utbildningar. Styrningen av högskolorna decentraliserades redan 1977, och 1993 års högskolereform medförde en

²⁶² Rapport 2009:5R, Högskoleverket, s. 56.

fortsatt decentralisering med avseende på resursanvändningen.²⁶³ Grundtan-
ken är att lärosätena själva ska bedöma vilket behov det finns av att utbilda
en viss kategori studenter.

Hösten 2008 önskade regeringen dock öka läkarutbildningen mer än vad
de berörda sex lärosätena hade begärt. Från Utbildningsdepartementet tog
man då särskild kontakt med lärosätena för att fråga dem om det var möjligt
att öka läkarutbildningen ytterligare.

Grunden för regeringens önskemål att öka läkarutbildningen mer än vad
lärosätena hade begärt var, bland annat, de planeringsunderlag som presen-
terats av Högskoleverket och Socialstyrelsen. Regeringens förslag till anslag
baseras dessutom på andra faktorer, bland annat statsfinansiella. Under
tidigare år har det funnits en informell påverkan från Läkarförbundet som
motverkat en utbyggnad av läkarutbildningen.²⁶⁴

Dimensioneringen av läkarutbildningen styrs enligt Utbildningsdepar-
tementet på i princip samma sätt som andra högskoleutbildningar. Statens
bidrag är dock annorlunda eftersom det här även finns ett anslag för så kal-
lade ALF-medel som är avsedda för landstingen (se kapitel 7). Genom ALF-
medlen och den kliniska träningen av de blivande läkarna är även landsting-
en direkt berörda av dimensioneringen av läkarutbildningen, och har också
möjligheter att påverka den.

Det är enligt Utbildningsdepartementet osäkert om landstingen verk-
ligen tillhandahåller de praktikplatser de får ersättning för. En närmare
undersökning av detta genomförs nu av Högskoleverket. En granskning som
gjorts av landstingsrevisionen i Västerbottens läns landsting tillsammans
med internrevisionen vid Umeå universitet visar att redovisningen av ALF-
medel inte är transparent (se kapitel 7).

Både lärosätena och landstingen har möjlighet att tillföra extra medel till
läkarutbildningen utöver det man får betalt för genom de statliga anslagen.

Sammantaget är läkarutbildningen förhållandevis dyr för staten; betydligt
dyrare än exempelvis civilingenjörutbildningen.

På frågan när regeringen senast gjort en allmän översyn av sättet att
organisera och finansiera läkarutbildningen fick vi från Utbildningsdepar-
tementet svaret att någon sådan översyn inte hade gjorts på många år. Frå-
gan var i någon mån aktuell i samband med förhandlingen av det centrala
ALF-avtalet (2003). Detta avtal var dock svårt att få igenom och innebar inte
någon genomgripande översyn.

Den genomgång som gjorts i denna rapport visar att en grundläggande
förändring i läkarutbildningens struktur gjordes år 1969. Ytterligare föränd-
ringar genomfördes senare (se kapitel 7). Sambandet mellan sjukvårdsplane-
ring och utbildningsplanering betonades starkt vid dessa tillfällen.

²⁶³ En beskrivning av högskolornas resursfördelningssystem finns i SOU 2007:81. Se även kapitel 7 i
denna rapport.

²⁶⁴ Intervju Socialstyrelsen 2008-08-21. Se även prop. 1996/97:1 UO 16 s. 112–113.

LÄKARUTBILDNINGENS OMFATTNING

Under de senaste åren har en utbyggnad av läkarutbildningen skett i olika etapper, med början år 2006. Bakgrunden är framför allt de kommande pensionsavgångarna som väntas få starkt genomslag efter år 2010. En ökad läkarutbildning föreslogs redan i slutet av 1990-talet av både Högskoleverket och Socialstyrelsen, liksom av den så kallade Vårdkommissionen.²⁶⁵

Regeringens information i den budgetproposition som presenterades hösten 2008 visar att de ökade ekonomiska ramarna till lärosätena motsvarar totalt 1 287 helårsstudenter, efter det att samtliga beslut hunnit få fullt genomslag (år 2013). Regeringen anger inte hur mycket detta betyder för antalet nya läkare. Det framgår dock att det senaste beslutet om 110 extra nybörjarplatser från och med år 2009 motsvarar en ökning av antalet helårsstudenter med 605 då systemet är fullt utbyggt (det vill säga efter 5 ½ år).

Den information om läkarutbildningen som regeringen lämnar i budgetpropositionerna är svår att förstå. Varken regeringen eller riksdagen styr numera antalet platser på läkarutbildningen utan endast de ekonomiska ramar som ges till lärosätena. "Helårsstudenter" är ett teoretiskt begrepp som syftar på flera årskullar studenter, omräknade till heltid. Det extra tillskottet av personer med läkarexamen kan beräknas till omkring 200 per år.²⁶⁶ Detta skulle stämma ungefärligen med det antal som i slutet av 1990-talet föreslogs av Vårdkommissionen, men tillskottet är kraftigt försenat jämfört med förslaget.²⁶⁷ Exakt hur stor ökningen blir beror både på hur många extra studenter som antas av lärosätena och hur många av dem som fullföljer utbildningen.

De ökade anslag som regeringen anger i budgetpropositionerna motiveras av en önskan att öka läkarutbildningen, men om så faktiskt sker är upp till lärosätena att bestämma.

FLER LÄKARE MED UTLÄNDSK UTBILDNING

Över hälften av de läkare som under senare år har fått svensk legitimation är utbildade i utlandet.²⁶⁸ Alla som skaffar sig svensk läkarlegitimation behöver dock inte arbeta i den svenska hälso- och sjukvården, eller ens befinna sig i landet (se nedan).

Förändringarna i hela den svenska läkarkåren är mycket långsammare än förändringarna i antalet nylegitimerade. År 2006 var det inte fullt 19 procent av de i Sverige arbetande läkarna under 65 år som var utbildade utomlands.

²⁶⁵ Prop. 1999/2000:1 UO 16 s. 105–106; Ds 1999:44. Förslagen innebar bl.a. att antalet nybörjarplatser på läkarutbildningen borde ökas med 200 per år senast höstterminen 2002.

²⁶⁶ Ökningen av antalet helårsstudenter angavs till 1 287. Division med studietiden 5 ½ år visar att detta motsvarar 234 nybörjarplatser. Vid en examinationsfrekvens på 85 procent kommer detta att resultera i att ytterligare 200 personer per år avlägger läkarexamen.

²⁶⁷ Ds 1994:44.

²⁶⁸ Socialstyrelsen: *NPS Årsrapport 2009 samt Årsrapport 2008*. 2003 var det första år då antalet nylegitimerade läkare med utländsk utbildning var större än antalet med svensk utbildning.

För allmänläkare och psykiater är andelarna lägre. Bland *nytilskottet* av psykiater utgör dock de utlandsutbildade en hög andel (över 50 procent år 2006).²⁶⁹ Landstingens egna rekryteringsansträngningar utomlands har också i huvudsak gällt de specialiteter man har brist på, nämligen allmänläkare och psykiater.

Andelen utlandsutbildade läkare har ökat kraftigt under perioden 1997–2007 (från 25 till 65 procent av de nylegitimerade). En orsak kan vara den fria rörligheten inom EU/EES, pådriven av direkta rekryteringar från landstingen. Till det kommer flykting- och anhöriginvandring från länder utanför EU/EES. Det finns också ett antal personer med svensk bakgrund som utbildat sig till läkare utomlands och därefter skaffat sig svensk legitimation. I genomsnitt har 50 svenska legitimationer per år utfärdats till denna grupp under perioden 2002–2007.²⁷⁰

BETYDELSEN AV EU:S LÄKARDIREKTIV

Många legitimationer har beviljats med anledning av EU:s läkardirektiv 1993/16/EEG. Det innebär att läkare med legitimation och utbildning inom EU/EES och Schweiz får svensk legitimation kostnadsfritt. Därmed kan ett antal läkare skaffa sig svensk legitimation även om de inte har för avsikt att arbeta här förrän eventuellt vid något senare tillfälle (kanske som semestervikarier). Att en läkare har en svensk legitimation innebär därför inte att han eller hon är sysselsatt i Sverige. Det betyder att det svenska legitimationsregistret (HOSP-registret) även innehåller uppgifter om personer som inte ens befinner sig i Sverige. För att få veta hur många läkare som arbetar i Sverige krävs att legitimationsregistret samkörs med SCB:s individregister. En sådan samkörning görs också av Socialstyrelsen varje höst, men statistiken är då två år gammal.

AKTIVA UTLANDSREKRYTERINGAR VANLIGA UNDER 2007

Hösten 2007 gick Socialstyrelsen ut med två enkäter till samtliga landsting. Här ställdes frågor om hur landstingsledningen bedömde efterfrågan och möjligheterna att rekrytera personal inom hälso- och sjukvården samt tandvården. En av frågorna i enkäten var ny för år 2007 och handlade om aktiva rekryteringsansträngningar utomlands. Inte mindre än 18 av 21 landsting svarade att de aktivt rekryterat läkare utomlands det senaste året. Tyskland och Polen var de vanligaste länderna för landstingens läkarrekryteringar. Några frågor om *antalet* läkare som rekryterats utomlands ställdes dock inte i enkäten.

²⁶⁹ Socialstyrelsen (2008) *Årsrapport NPS 2008*, s. 47.

²⁷⁰ Socialstyrelsen (2009) *Årsrapport NPS 2009*, s. 22.

BRISTFENOMEN KAN VARA ORSAK TILL INVANDRING AV FÄRDIGA LÄKARE

Det finns flera orsaker till ökningen av andelen utlandsutbildade läkare i Sverige. En reell orsak är givetvis att det finns en brist på läkare. Läkarbrist leder till invandring av läkare som är utbildade utomlands.

Det finns här flera olika typsituationer. En är att svenska studenter söker sig till Danmark eller Polen för att studera medicin på dessa länders bekostnad, därför att de trots utmärkta betyg inte kommit in på de svenska läkarutbildningarna. En annan situation uppstår då svenska studenter söker sig till (exempelvis) Rumänien för att studera medicin på egen bekostnad.

Ytterligare en situation innebär att färdigutbildade läkare från andra EU-länder söker sig till Sverige eftersom de här får högre lön, rekryteras hit av något landsting eller av andra skäl önskar bosätta sig här. För Sverige som nation kan detta vara lönsamt eftersom läkarutbildningen är betald av ett annat land. Det innebär samtidigt att Sverige använder andra länders utbildningssystem för att täcka sina egna behov.

Högskoleverket framhåller i sitt planeringsunderlag att ”en gemensam utgångspunkt för utbildningsplaneringen inom EU är att sikta på att dimensionera efter de egna behoven och räkna med en rörelse både ut från och in till landet.”²⁷¹

Färdigutbildade läkare från länder utanför EU/ESS kommer också till Sverige som asylsökande eller anhöriginvandrare. Detta är dock en mindre grupp jämfört med dem som kommer från EU/ESS.

8.4 Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd (NPS)

Även Socialstyrelsen gör beräkningar av det framtida arbetsmarknadsläget inom vården. Detta görs i det så kallade Nationella planeringsstödet (NPS) som tas fram årligen på uppdrag av regeringen, i detta fall med Socialdepartementet som huvudman. Beräkningarna avser utbud och efterfrågan för många olika kategorier av vårdpersonal.²⁷² Dessa beräkningar har en mer invecklad uppbyggnad och mer sammansatta syften än Högskoleverkets. Detaljeringnivån är nödvändig för att man ska få fram uppgifter på regional nivå och om enskilda specialiteter, som exempelvis psykiatrer. Några uppgifter om arbetsvolymen för de olika yrkesgrupperna finns inte heller i detta material.

²⁷¹ Högskoleverket (2008) *Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden*. s. 9.

²⁷² Socialstyrelsens beräkningar utnyttjar det s.k. legitimationsregistret (HOSP), som visar antalet personer med legitimation för olika vårdyrken. Detta samkörs med SCB:s individregister för att därmed få fram hur många personer med olika legitimationer som arbetar i den svenska hälso- och sjukvården. Denna statistik framkommer med ca två års fördröjning. Uppgifter om personalens arbetstider saknas.

SYFTET ÄR ATT STÖDJA LANDSTINGENS PLANERING

Det nationella planeringsstödet tillkom som en följd av beslut av regering och riksdag år 1997.²⁷³ Regeringen ansåg då att planeringsarbetet på lokal och regional nivå borde intensifieras och klargjorde sin avsikt att uppdra åt Socialstyrelsen att, tillsammans med berörda intressenter, närmare överväga hur ett planeringsstöd borde utformas. Det dröjde dock flera år innan planeringsstödet blev verklighet.

Det syfte som angavs i den första årsrapporten från NPS (2003) var "att stödja huvudmännen i deras personalplanering och därmed verka för en god personalanvändning". I Årsrapport 2006 ändrades formuleringen av syftet – från att gälla en bedömning av hälso- och sjukvårdens "behov" av läkare och sjuksköterskor till att avse "tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal, särskilt vad gäller läkare med specialistkompetens". Ändringen initierades av Socialstyrelsen då begreppet "behov" ansågs ha en teoretisk innebörd som var alltför svårfångad för att kunna användas i prognoser. Med "efterfrågan" avses i stället det sammantagna resultatet av en organisations vilja att rekrytera samt organisationens ekonomiska möjligheter att rekrytera. Saknas en av dessa två faktorer kommer någon rekrytering inte att ske.²⁷⁴

OKLARA SYFTEN MED NPS-BERÄKNINGARNA

Den analys som presenterades i NPS Årsrapport 2008 (januari 2008) är svårtolkad med hänsyn till syftet att ge stöd för landstingens planering eftersom den inte angav några kopplingar till landstingens handlingsmöjligheter. Exempelvis nämns inte löner, arbetsförhållanden och förbättrad ledning och arbetsplanering som möjliga åtgärder mot obalanser på arbetsmarknaden. I stället nämns andra åtgärder: "De viktigaste metoderna att åtgärda obalanser på arbetsmarknaden är enligt Socialstyrelsen utbildningsdimensionering, personalsammansättning samt migration."²⁷⁵

Skälet till den begränsade analysen uppgavs vara att NPS vände sig till staten, och löner och arbetsförhållanden för vårdpersonal är något som staten inte råder över.²⁷⁶ Detta uttalande stämmer dock inte med det inledningsvis nämnda syftet, att ge landstingen ett underlag för sin planering.

Från Socialstyrelsen har man senare förklarat att syftet med NPS *inte* är att ge underlag för utbildningsdimensionering.²⁷⁷

²⁷³ Prop. 1997/98:5, bet. 1997/98:SoU8.

²⁷⁴ Socialstyrelsen, *Årsrapport NPS 2009*, s. 30.

²⁷⁵ I den senaste årsrapporten används ordet "kompetenssammansättning" i stället för "personalsammansättning", men i övrigt är formuleringen densamma i samtliga årsrapporter från NPS.

²⁷⁶ Intervju Socialstyrelsen, augusti 2008.

²⁷⁷ Intervju Socialstyrelsen, december 2008.

INVANDRINGSANTAGANDET I NPS-BERÄKNINGARNA

En annan problematisk punkt är invandringsantagandet. Socialstyrelsens Årsrapport 2008 innehåller långsiktiga prognoser, men klargör inte i vilken mån invandringen av färdigutbildade läkare ska ses som ett resultat av läkarbristen i Sverige och i vilken mån den är spontan och beroende av andra faktorer. I januari 2009 skriver Socialstyrelsen: "Utifrån dagens utbildningskapacitet är det nödvändigt att fler läkare invandrar än utvandrar också i fortsättningen om tillgången ska öka i motsvarande utsträckning som de senaste tio åren."²⁷⁸

Invandringen av läkare med utländsk utbildning har de senaste åren varit omfattande. Till viss del – ovisst hur stor – är denna invandring en följd av att landstingen själva gjort egna rekryteringsansträngningar utomlands. Att sådana rekryteringar förekommer har länge varit känt genom mediernas rapportering. Socialstyrelsen har dock endast gjort mycket begränsade försök att förstå omfattningen av dessa rekryteringar. Årsrapporten 2008 var den första som redovisade uppgifter om huruvida landstingen hade rekryterat utomlands eller ej.²⁷⁹ Denna rapportering avsåg endast år 2007 och innehöll varken någon bakåtblickande eller någon framåtblickande analys. *Antalet* läkare som rekryterats utomlands framgick inte heller eftersom Socialstyrelsen inte frågat om saken. I den senaste årsrapporten (januari 2009) redovisas inga uppgifter alls om landstingens egna rekryteringsansträngningar utomlands.

Det faktum att Socialstyrelsen inte undersökt och diskuterat denna fråga kan ses som ett uttryck för att man intagit en mycket försiktig hållning, både visavi landstingen och visavi läkarkåren.

OM LÄKARUTBILDNINGENS DIMENSIONERING

När det gäller hela arbetsmarknaden för läkare har Socialstyrelsen sedan NPS Årsrapport 2005 (publicerad i januari 2005) framfört att efterfrågan väntas överstiga tillgången, eftersom det totala antalet läkare väntas minska kraftigt till följd av pensionsavgångar. En ökning av grundutbildningen för läkare borde därför ske omgående (alltså 2005) för att möta den minskade tillgången. Även senare har Socialstyrelsen framfört uppfattningen att läkarutbildningen skulle behöva utökas.

²⁷⁸ Socialstyrelsen (2009) *Årsrapport NPS 2009*, s. 54.

²⁷⁹ Aktiva utlandsrekryteringar var vanliga under 2007. I Socialstyrelsens enkät hösten 2007 svarade 18 landsting (av 21) att de aktivt rekryterat läkare utomlands det senaste året.

OM SVÅRIGHETERNA ATT REKRYTERA PSYKIATRER

De numera välkända svårigheterna att rekrytera psykiatrer har inte alltid varit allmänt erkända. Socialstyrelsen hade under 2003 regeringens uppdrag att utreda händelseförloppet vid två av de allmänt uppmärksammade våldsbrott som ägde rum detta år och deras möjliga samband med brister i den psykiatriska vården och socialtjänsten. Den därpå följande skrivelsen till regeringen innehöll dock inga särskilt uppseendeväckande resultat när det gäller tillgången på specialutbildad personal.²⁸⁰ Någon ökad brist på psykiatrer rapporterades inte vid detta tillfälle. Dock noterades stora regionala skillnader i antalet psykiatrer per 100 000 invånare.

I NPS Årsrapport 2005, som publicerades drygt ett år senare, redovisades en fördjupad arbetsmarknadsstudie för psykiatrer. Den visade att 17 av 21 landsting rapporterat att de hösten 2004 hade dåliga eller mycket dåliga möjligheter att rekrytera psykiatrer. Rekryteringssvårigheter för psykiatrer har sedermera redovisats i samtliga årsrapporter, även den senaste.

I december 2007 sände Socialstyrelsen en skrivelse till regeringen angående bristen på specialister i psykiatri. Där föreslogs också en generell ökning av läkarutbildningen.²⁸¹

NPS OCH REGERINGENS UTBILDNINGSPLANERING

Årsrapporterna från NPS förefaller inte att ha spelat någon omedelbar roll som underlag för regeringens dimensionering av läkarutbildningen. Socialstyrelsen har dock haft kontakter och möten med Socialdepartementet i samband med överlämnandet av årsrapporten. Kontakterna med Utbildningsdepartementet har varit mer begränsade, även om den färdiga årsrapporten 2008 skickades för kännedom till Utbildningsdepartementet. Socialstyrelsen har även deltagit i de möten som initierats av Social- och Utbildningsdepartementen där framför allt utbildningsplanering har diskuterats.

NPS OCH LANDSTINGENS PLANERING

Årsrapportens roll för landstingens planering är otydlig. Socialstyrelsen har under senare år anordnat konferenser för landstingens planeringsansvariga och då mött intresse från landstingens sida. Särskilt har man från landstingen uppskattat att få tillfälle till gemensam diskussion av personalförserjningsfrågor. Från SKL:s sida framhåller man också betydelsen av den statistik som tas fram genom NPS.

²⁸⁰ Socialstyrelsen (2003) *Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan...* Flera missförhållanden framhölls i denna skrivelse, dock inte beträffande antalet psykiatrer.

²⁸¹ Socialstyrelsen (2007) *Skrivelse till regeringen angående bristen på specialister i psykiatri..*

Det vi i granskningen har förstått om landstingens funktionssätt (se kapitel 9) tyder på att det kan finnas ett stort avstånd mellan den eventuella personal- och utbildningsplaneringen på central nivå i ett landsting och de beslut om konkreta utbildnings- och handledningsinsatser som fattas på verksamhetsnivå. I två av de tre landsting vi besökt tycks det finnas stora styrnings- och samordningsproblem inom landstinget. Den övergripande planeringen får då inte genomslag i verksamheterna.

STATISTIKEN VISAR ETT ÖKAT ANTAL PSYKIATRER

De data som redovisas av NPS tyder på att antalet psykiatrer sysselsatta i hälso- och sjukvården i landet som helhet har ökat med över 30 procent under de senaste tio åren. Dock finns stora regionala skillnader. Ökningen gäller inte enbart psykiatrer utan alla specialitäläkare, fast i olika grad.²⁸²

Den rapporterade bristen på psykiatrer – det vill säga rekryteringssvårigheterna – skulle därför kunna ses som uttryck för ändrade värderingar inom kåren av psykiatrer (önskemål om kortare arbetstider) och/eller som en reaktion på ett ökat patienttryck och sjukare patienter, eventuellt också ökade organisatoriska svårigheter genom de fortsatta nedskärningarna av antalet vårdplatser i heldygnsvård. Det är också osäkert i vilken mån utgångsåret (1995) innebar något balanserat läge. Till detta kommer att arbete med psykiskt sjuka kan vara påfrestande för all personal, även läkare, i synnerhet i en situation med personalbrist.

En förklaring till kombinationen av rekryteringssvårigheter och det ökade antal psykiatrer som visas av statistiken kan vara brister i arbetsmiljö och arbetsklimat. Aktiva psykiatrer kan därför ha valt att begränsa sin arbetstid eller söka sig till andra uppgifter än kliniskt arbete med patienter. Ett sådant beteendemönster antyds av de svar som erhållits i en enkätundersökning som under år 2008 genomfördes av SKL i samarbete med Läkarförbundet (se nedan). De intervjuer med aktiva psykiatrer som gjorts inom denna granskning visar också på ett antal bevärliga problem som kräver en aktiv ledning för att lösas (se kapitel 6).

Tabell 8.2 Antal psykiatrer (läkare specialiserade på psykiatrisk vård)

	1995	2000	2005	2006
Sysselsatta inom hälso- och sjukvården (HS)	1201	1380	1577	1603
Sysselsatta utanför HS	129	169	174	163
Ej sysselsatta	314	433	512	537
Totalt antal psykiatrer	1652	2010	2361	2424

Källa: Socialstyrelsen: Årsrapport NPS 2009 (s. 70).

²⁸² Antalet specialistutbildade läkare per 100 000 invånare har ökat betydligt under tioårsperioden 1995–2006 (med 24 procent). Den starkaste ökningen (78 procent) gäller kardiologer, dvs. hjärtläkare. Motsvarande ökning för psykiatrer var 30 procent och för allmänläkare 25 procent. Årsrapport NPS 2009, s. 16–17.

En generell fråga av stor betydelse gäller läkarnas totala arbetsvolym. Arbetsvolymen beror inte bara på antalet personer som arbetar som läkare utan även på antalet arbetade timmar per läkare. Varken Högskoleverkets eller Socialstyrelsens planeringsunderlag säger något om antalet arbetstimmar. Underlagen är därmed ofullständiga. Fördjupad kunskap om läkarnas arbetsvolym torde vara nödvändig som grund för att förstå de hittillsvarande förändringarna i läkartätheten inom olika delar av vården. En rad andra faktorer, exempelvis arbetsorganisation, handledning, utbildning, forskning och samarbete med andra yrkesgrupper, är självklart också viktiga i detta sammanhang. Hälso- och sjukvård är ju i hög grad ett grupparbete som förutsätter samarbete mellan flera yrkesgrupper.

8.5 Enkätresultat om arbetssituationen för psykiatrer

Under år 2008 gjordes en enkät riktad till samtliga läkare under 70 år med specialistbevis i någon av de tre psykiatriska specialiteterna. Enkäten genomfördes av SKL i samarbete med Sveriges läkarförbund och har redovisats i rapporten *Psykiaters arbetsliv och arbetssituation*, publicerad i september 2008.²⁸³

Enkäten besvarades av 1 147 personer, vilket motsvarade en svarsfrekvens på 52 procent. Bortfallet kan till viss del förklaras med att urvalet avsåg alla i åldersgruppen, utan hänsyn till sysselsättningsgrad, varför det finns en risk för att pensionerade läkare kan ha uppfattat enkäten som främst riktad till yrkesaktiva kolleger. Resultaten visar bland annat följande.

EN AV FYRA TRIVS INTE MED SIN ARBETSSITUATION

Mer än en av åtta trivs dåligt med sin arbetssituation. En av fyra svarar att de inte ens trivs ganska bra. (Det betyder att tre av fyra trivs bra eller ganska bra.) Bland dem som inte trivs är de anställda inom kommuner och landsting överrepresenterade.

Arbete i psykiatriska öppenvårdsteam var förknippat med mindre trivsel för de svarande läkarna. De flesta som arbetar i öppenvårdsteam skulle vilja ha fler specialist- och ST-läkare i teamet. Specialistläkare och ST-läkare utgör i dag i genomsnitt 15 procent av arbetsstyrkan i ett öppenvårdsteam.²⁸⁴

En av de viktigaste faktorerna för trivseln verkar vara mängden kliniskt arbete inom psykiatri. Kliniskt arbete definierades som patientarbete inklusive patientnära administration. Mer än var tredje svarande skulle vilja att denna andel av arbetstiden minskade. I stället vill man öka tiden för utredning/utveckling, forskning, handledning och undervisning.

²⁸³ SKL och Sveriges Läkarförbund (2008) *Psykiaters arbetsliv och arbetssituation. Enkätstudie*.

²⁸⁴ Övriga yrkesgrupper framgår av en tabell i kapitel 6 i denna rapport (tabell 6.1).

DELTIDSARBETE ÄR VANLIGT OCH ÖKANDE – MEN PENSIONSÅLDERN HÖG

Deltidsarbete är vanligt och förefaller öka. Var tredje kvinnlig psykiater och närmare var fjärde manlig svarade att man arbetar deltid. Vidare framgår att det var fler svarande som minskat än som ökat sin arbetstid det senaste året. De planerade förändringarna för framtiden går i samma riktning, det vill säga det var vid undersökningstidpunkten fler som avsåg att minska sin arbetstid än öka den.

Ungefär hälften av de deltidssarbetande kunde tänka sig att utöka sin arbetstid om lönen var högre. Frågan om ledning/styrning var dock nästan lika viktig som lönen; drygt en tredjedel skulle kunna tänka sig att arbeta mer om det fanns bättre ledning/styrning. Bättre möjligheter till kompetensutveckling, mer välfungerande vårdprocesser och administrativ avlastning var andra faktorer som lyftes fram.

Trots planerna på minskade arbetstider vill många arbeta kvar som psykiater efter 65 års ålder. Bara 36 procent svarade att de avsåg att gå i pension innan de fyllt 66 år. Den planerade pensionsåldern stiger ju äldre de tillfrågade är. I den äldsta åldersgruppen (55 år och äldre) vill nästan tre av tio fortsätta tills de är minst 68 år.

RÅD TILL EN UNG LÄKARE

En majoritet av de svarande skulle kunna tänka sig att rekommendera en ung läkare att bli psykiater, med motiveringen att arbetet upplevs som utmanande och innebär stora framtida möjligheter. Många betonar också att man får möjlighet att utvecklas, både som psykiater och människa. De som svarat att de inte skulle rekommendera en ung läkare att bli psykiater motiverade ofta detta med att arbetsbelastningen i verksamheten är för hög och att arbetet är psykiskt utmattande.

Rapporten har av SKL skickats ut till landstingens personalchefer, senare även till verksamhetscheferna inom psykiatrin. Förhoppningen från SKL:s sida är att enkätresultaten ska ge underlag för diskussioner om förbättringar av arbetsförhållanden och arbetsklimat inom psykiatrin.

8.6 Sammanfattande iakttagelser

De iakttagelser som redovisats i detta kapitel visar bland annat följande:

- Den statliga dimensioneringen av grundläggande läkarutbildning har enligt Utbildningsdepartementet anpassats till landstingens (kortsiktigt motiverade) önskemål och tillgång på handledningsresurser. Dimensioneringen har också påverkats av statsfinansiella mål.
- De planeringsunderlag som presenterats av Högskoleverket respektive Socialstyrelsen har spelat en underordnad roll för regeringens beslut om dimensionering av läkarutbildningen.
- Antalet psykiatrer har ökat, samtidigt som det finns bestående rekryteringssvårigheter för denna grupp specialisläkare.
- Andelen utlandsutbildade läkare har ökat starkt sedan 1997. Bland nytillskottet av psykiatrer utgör de utlandsutbildade en hög andel (över 50 procent år 2006).
- Landstingen har flera olika roller för vården och läkarutbildningen som delvis står i konflikt med varandra. Landstingets behov av att utnyttja personalen i det löpande vårdarbetet kan vara svårt att förena med behovet av att ägna tid åt handledning av läkare som befinner sig under utbildning.
- Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd har en oklar roll.
- Socialstyrelsen har inte haft något regeringsuppdrag att fungera som samlande kraft för landstingens planering av läkarutbildningen.

Med anledning av dessa iakttagelser, och mot bakgrund av de fakta och sammanhang som redovisades i kapitel 6, konstaterar Riksrevisionen följande:

- Det råder brist på psykiatrer i landet, en brist som varit känd länge men som inte har täckts. Det nuvarande dimensioneringssystemet har inte löst sin uppgift när det gäller att förse landet med psykiatrer.
- Läkarbristen gäller inte bara psykiatrer utan även läkare inom andra specialiteter. Detta framgår av invandringen av färdigutbildade läkare, som delvis sker genom landstingens rekryteringar.

Vidare konstaterar Riksrevisionen att utbildningarnas uppbyggnad, som beskrevs i kapitel 7, präglas av ett sammanvävt ansvar för läkarutbildningarna vilket försvårar överblick och ansvarstagande. Av kapitel 7 framgår också att regeringen i samband med tidigare reformer av läkarutbildningen har beto-

nat betydelsen av att upprätthålla ett samband mellan utbildningsplanering och sjukvårdsplanering.

En slutsats av genomgången i detta kapitel är att detta samband inte är väl omhändertaget i det nuvarande, mycket lösliga planeringssystemet. I stället har landstingen valt att täcka sina behov av underdimensionerade specialiteter med hjälp av läkare med utländsk utbildning.

9 Regionala styrningsproblem – tre exempel

Ansvar för utbildningen av psykiatrer är delat mellan staten och landstingen. Några huvuddrag i planeringen och styrningen av ST-tjänsterna i tre landsting beskrivs i det följande. Syftet är att komplettera den bild som getts i föregående kapitel.

9.1 Stockholms läns landsting

Hur ST-utbildningen styrs i Stockholms läns landsting beskrivs i en nyligen publicerad granskningsrapport från landstingsrevisionen.²⁸⁵ Granskningen avsåg framför allt landstingets centrala nivå. En av de yrkesgrupper som specialstuderades var psykiatrer.

I rapporten framhålls att landstinget har ett *långsiktigt huvudmannaansvar* för personalförsörjningen i länets samlade hälso- och sjukvård, det vill säga ett ansvar som sträcker sig längre än till den vård som drivs i landstingets egen regi. Skillnaden är särskilt viktig i Stockholms län där nära 30 procent av vården drivs i privat regi. Inom primärvården är den privata andelen ännu högre (över 50 procent). Även när det gäller läkare med utländsk utbildning betonar revisorerna landstingets ansvar som sjukvårdshuvudman.²⁸⁶

Sjukvårdshuvudmannaansvaret utövas i Stockholms län främst av hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN). HSN anger krav i vårdavtal och villkor för vårdgivare i aktuella vårdvalsmodeller, inklusive krav på kliniska utbildningsplatser samt platser för AT- och ST-läkare.

För att involvera de externa vårdgivarna i den långsiktiga personalförsörjningen (inklusive AT- och ST-utbildning) behöver, enligt landstingsrevisorerna, samverkan utvecklas mellan landstingsstyrelsens förvaltning och HSN.

²⁸⁵ *Styrning av läkar- och sjuksköterskeförsörjning i Stockholms län.* (2009) Landstingsrevisionen i Stockholms läns landsting.

²⁸⁶ Informationen om planeringsproblemen i Stockholms läns landsting bygger på rapporter från landstingsrevisionen samt intervjuer med landstingsrevisorerna.

PLANERING OCH STYRNING AV ST-UTBILDNING I STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Centralt inom landstinget görs en uppskattning av landstingets samlade behov av ST-tjänster inom olika specialiteter. Enligt revisorerna saknas det dock en tydlig koppling mellan det beräknade behovet av olika specialiteter enligt den övergripande prognosen och det faktiska antalet ST-läkare som anställs inom olika verksamhetsområden.

Ett skäl till att landstinget centralt inte kan styra och följa upp antalet ST-tjänster uppges vara att finansieringen av ST-tjänsterna i länet till större delen bekostas av verksamheterna. De styrmedel som finns är i huvudsak finansiering via landstingscentrala medel, men dessa täcker endast en liten del av kostnaden (20–30 procent) och har liten effekt som styrverktyg. Återstoden betalas av vårdgivarna.

Det är i praktiken verksamhetscheferna som bedömer behovet av och anställer ST-läkare. Det är svårt att kombinera strikta (kortsiktiga) krav på sjukhus/sjukvårdsdirektörer att hålla budget med krav på att skapa och finansiera ST-tjänster inom (långsiktigt) betydelsefulla områden. Enligt revisorerna finns det en risk för att verksamhetscheferna prioriterar kortsiktiga behov av läkarresurser för att verksamheter ska kunna fungera, och därmed befäster en specialist- och bemanningsstruktur som inte överensstämmer med en för länet önskad utveckling. Revisorerna anser att landstinget bör utarbeta former som ger möjligheter att övergripande styra dimensionering och fördelning av ST-tjänster.

En tidigare utredning om läkarnas specialiseringstjänstgöring ledde till att landstingsstyrelsen år 2005 gav landstingsdirektören i uppdrag att inrätta en styrgrupp för ST-utbildningar. Styrgruppen fullföljde dock inte sitt uppdrag och är numera avvecklad.

Verksamhetscheferna har ett stort ansvar och dessutom flera delvis svårförenliga uppgifter när det gäller ST-läkarna. De anställer, ansvarar för utbildning och godkänner utbildningen genom att till Socialstyrelsen intyga att målen i målbeskrivningen är uppfyllda. Någon uppföljning av hur verksamhetscheferna utövar detta ansvar görs inte centralt i landstinget.

Landstingsrevisorerna uppmärksammar även andra brister och framhåller behovet av uppföljning och kvalitetssäkring från landstingets sida bland annat vad gäller ST-utbildningen, men även vad gäller utlandsrekryterade läkares och sjuksköterskors integration i det svenska sjukvårdssystemet.

9.2 Uppsala läns landsting

Landstingsrevisionen i Uppsala har framhållit att skärningspunkten mellan universitet och sjukvård är komplex och att ALF-medlen är ett område som särskilt skulle behöva granskas.²⁸⁷

²⁸⁷ Upplysningarna om Uppsala läns landsting bygger på en besöksintervju med ordförande och kanslichef för landstingsrevisionen i Uppsala den 22 oktober 2008 samt skriftligt underlagsmaterial från landstingsrevisionen.

Akademiska sjukhuset står för 65 procent av nettokostnaderna i landstinget. Denna starka koncentration är ett särdrag för Uppsala län. Primärvården har däremot en förhållandevis svag ställning.

Uppsala är också starkt beroende av intäkter från andra län då 30 procent av vården vid Akademiska sjukhuset sker på uppdrag av andra landsting. Akademiska sjukhuset överskrider regelbundet sin budget med ca 100 miljoner kronor per år. En förklaring till detta ansågs vara läkarnas stora inflytande över verksamheten och att det här fanns en konflikt mellan beslutad budget och kostnader som uppstår långt ut i systemet. Allmänt ansågs budgetstyrningen i landstinget fungera förhållandevis väl, med undantag för Akademiska sjukhuset. Svårigheterna ansågs höra samman med att Akademiska sjukhuset är ett universitetssjukhus, där personalens rörlighet är extra stor. ST-läkare ska också gå så kallade sidoutbildningar på 2–3 månader i andra specialiteter än den egna, vilket skapar planeringsproblem och en mångfald olika anställningsförhållanden.

Psykiatrin har i Uppsala läns landsting varit problemfylld. I landstingets revisionsplan för 2008 ingick en förstudie om psykiatrin, men denna har inte genomförts. Skälet var att en granskning inte bedömdes bli meningsfull. Socialstyrelsen hann även lämna en skarpt formulerad tillsynsrapport. Därmed bortföll motiven för en granskning, då missförhållandena redan var kända. Från landstingsrevisorernas sida betonades även att det inom psykiatrin finns olika riktningar, något som ansågs bli särskilt tydligt i universitetsmiljö.

I Uppsala finns en förhållandevis stor andel privatläkare som går på den nationella taxan. Många är psykiatrer som haft ett begränsat intresse av att ingå i den psykiatriska vårdstrukturen. Detta sågs som en icke-styrd del av sjukvården som blivit kvar.

LÄKARFÖRSÖRJNINGEN I UPPSALA LÄNS LANDSTING

Personalförsörjningen behandlas olika för olika yrkeskategorier i landstinget. För ST-läkare ligger ansvaret långt ut i verksamheten. Fortbildningsansvaret ligger också på verksamhetsnivå.

En granskning som gjordes av landstingsrevisionen i Uppsala hösten 2007 visade att det inte fanns någon dokumenterad organisations- och ansvarfördelning på landstings- eller förvaltningsnivå inom Akademiska sjukhuset eller inom Lasarettet i Enköping för utbildningen av ST-läkare.²⁸⁸ Ansvaret för ST-utbildningen är från och med år 2003 decentraliserat till verksamheterna inom Akademiska sjukhuset och inom Lasarettet i Enköping. Det är varje enskilt verksamhetsområdes (före detta klinik) ansvar att bedöma det framtida behovet och finansieringen av läkare inom specialiteten. Enligt granskningen kunde detta innebära en risk för att antalet ST-tjänster begränsades av kortsiktiga ekonomiska hänsyn.

²⁸⁸ Granskning av utbildning och personalförsörjning med avseende på ST-läkare. (2007) Landstingsrevisionen i Uppsala läns landsting.

Av granskningen framgick även att det var svårt att få uppgifter på förvaltningsnivå från Akademiska sjukhuset. I de flesta fall fanns inga sådana uppgifter om ST-utbildningen på denna nivå. Inom primärvården, som i Uppsala läns landsting är en särskild förvaltning, låg däremot planering och finansiering av ST-läkare på förvaltningsnivå.

Vid vårt besök i oktober 2008 framförde intervjupersonerna att det var osannolikt att några åtgärder skulle komma att vidtas med anledning av den rapporterade, svaga planeringen av ST-utbildningen. Frågan bedömdes vara prioriterad från personalsidan men inte från verksamhetssidan.

9.3 Västerbottens läns landsting

I Västerbotten, liksom i övriga Norrlandslän, finns stora rekryteringsproblem när det gäller allmänläkare och i än större utsträckning psykiatrer.²⁸⁹ Enligt chefen för närsjukvården kan rekryteringssvårigheterna förklaras av flera omständigheter: den allmänna bristen på läkare, psykiatrins förhållandevis låga status samt den negativa mediebilden av den psykiatriska vården.

Överbeläggningar i den slutna psykiatriska vården sågs som ett stort problem. Lokalbristen ansågs till och med vara ett större problem än läkarbristen. De svårast sjuka patienterna hade skickats till Sundsvall eftersom de inte klarade den överbelagda och stressiga miljön i Umeå. I Skellefteå har man nu en temporär lösning i form av paviljonger. Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Umeå har vid upprepade tillfällen kritiserat heldygnsvården i både Umeå och Skellefteå på grund av överbeläggningar.

Personalbristen i psykiatrin gäller inte bara läkare utan också specialist-sjuksköterskor. Förklaringen här är att sjuksköterskor ofta väljer att avstå från specialistutbildning. Det råder också brist på mentalskötare, och många av dem som finns kommer att gå i pension de närmaste åren. Vidare saknas neuropsykologer.

Ett samarbete finns mellan de fyra landstingen i Norra sjukvårdsregionen; gemensamma ST-utbildningar anordnas, liksom gemensam vidareutbildning för sjuksköterskor. Man har också utvecklat en samsyn som innebär att man är restriktiv med att anlita hyrläkare och försöker undvika konkurrerande lönehöjningar i landsting med närliggande vårdcentraler. Generellt är dock lönerna högre i inlandet än vid kusten.

²⁸⁹ Upplysningarna om Västerbottens läns landsting bygger på besöksintervjuer som gjordes den 6 november 2008 samt underlagsmaterial från landstingsrevisionen i Umeå m.m.

LÄKARFÖRSÖRJNINGEN I VÄSTERBOTTEN

Landstingets revisorer genomförde 2007 en granskning av landstingets läkarförsörjning och utbildning av specialistläkare.²⁹⁰ I en översikt konstaterade revisorerna att flera av de rekommendationer som lämnats vid en tidigare granskning nu hade genomförts. Vissa problem kvarstod dock när det gällde styrning och intern kontroll. Frågor om utbildning av specialistläkare hade svagt genomslag i basenheternas verksamhetsplaner. Det fanns också brister i landstingets uppföljning av frågor om läkarutbildningen, och det saknades en analys av AT- och ST-tjänstgöringens betydelse för landstingens möjligheter att rekrytera specialistläkare.

Generellt gäller att ST-anställningar i Västerbotten genomförs efter ett ansökningsförfarande, vilket innebär att samtliga kliniker/basenheter äskar ST-tjänster, varefter landstingsledningen beslutar vilka som ska inrättas.

Vid vårt besök i Umeå (hösten 2008) ansågs att stora framsteg hade gjorts i planeringen de senaste åren. En genomarbetad, långsiktig kompetensförsörjningsplan (10 år) hade för första gången tagits fram. Den hade publicerats hösten 2007 och var tänkt att uppdateras vartannat år. Modellen, som visar ett stort behov av AT- och ST-läkare, har skapat en utgångspunkt för diskussioner. En handlingsplan för AT och ST har också tagits fram.

För Västerbotten är AT- och ST-tjänster mycket viktiga som rekryteringsbas för fortsatta anställningar. Externrekryteringen av läkare är liten i denna del av landet. Inom psykiatri görs inga utlandsrekryteringar. Norra regionen²⁹¹ behöver vara mer än självförsörjande eftersom en del av de läkare som utbildas väljer att flytta söderut. Detta gör den egna planeringen särskilt viktig.

Det är stora skillnader mellan olika delar av landet vad gäller AT och ST. Västerbotten anses ha oproportionerligt många AT- och ST-läkare i förhållande till sin storlek.

Möjligheten till förlängd AT-tjänstgöring i psykiatri (från 3 till 6 månader) som nyligen beslutats av regeringen nämndes som ett bra sätt att öka de blivande läkarnas kunskaper och intresse för psykiatri. Läkarstudenternas val kan dock inte styras utan bara påverkas indirekt.

”Läkarförsörjningen i landet har inte generellt varit så systematiskt planerad som man skulle kunna förvänta sig”, enligt en av de intervjuade i Västerbotten. ”Det finns glapp i systemet, det är uppenbart.” Numera finns dock en grupp personaldirektörer från olika landsting som, via SKL, samarbetar kring det man kallar ”solidarisk läkarförsörjning”.

²⁹⁰ Granskningsrapport nr 02/2007 av Landstingsrevisionen inom Västerbottens läns landsting.

²⁹¹ Norra sjukvårdsregionen omfattar halva landets yta och har omkring 900 000 invånare. Regionen består av de fyra Norrlandslänen, dvs. Norrbottens, Västerbottens, Jämtlands och Västernorrlands län.

9.4 Sammanfattande intryck från de tre landstingen

Intrycket från de tre landstingen är att det i stor utsträckning saknas långsiktig styrning av antalet ST-tjänster inom olika specialiteter. I Stockholms läns landsting beror detta inte på brist på planering utan snarare på att landstingsledningen inte har skaffat sig de styrningsverktyg som behövs för att planerna ska kunna förverkligas.

I både Uppsala och Stockholms läns landsting utgår man i praktiken från initiativ från lokal verksamhetsnivå för att utbilda och träna ST-läkare. Det finns då inga garantier för att utvecklingen av antalet specialistutbildade läkare stämmer med landstingens (eventuella) långsiktiga vårdpolitiska prioriteringar. I stället kommer ST-dimensioneringen de facto att anpassa sig efter historiska mönster och verksamheternas och professionernas önskemål. Avsaknaden av vårdpolitiskt motiverad styrning innebär att styrningen överlämnas till andra krafter.

I Västerbotten har man dock på senare år sökt utveckla en mer långsiktig planering och styrning. Det kan ses mot bakgrund av att man i Norrland är särskilt starkt beroende av egen utbildning och träning av blivande läkare för att trygga sin tillgång på läkare, eftersom det är svårt att externrekrytera i denna del av landet. Som kontrast kan nämnas att Uppsala/Örebro och Stockholm är de sjukvårdsregioner som har högst andel utlandsutbildade läkare.²⁹²

²⁹² Socialstyrelsen (2009) *Årsrapport NPS 2009*, s. 35.

10 Det offentliga åtagandet för vården av psykiskt sjuka

I detta kapitel beskrivs det offentliga åtagandet för psykiatri från flera utgångspunkter. Syftet är att beskriva regleringen och de olika aktörernas åligganden. Några samhällsaspekter på psykiatri redovisas i ett avslutande avsnitt.

ÅTAGANDET KAN BESKRIVAS PÅ FLERA SÄTT

Vården av psykiskt sjuka är en del av hälso- och sjukvården, och den allmänna regleringen av hälso- och sjukvården gäller därför även för psykiatri. De så kallade tvångslagarna är dock speciella för psykiatri. Lagstiftningen beskrivs i avsnitt 10.1.

Det offentliga åtagandet för psykiatri kan dessutom förstås utifrån vårdens organisering och ansvarsfördelning. Organiseringen beskrivs delvis i kapitel 3, medan ansvarsfördelningen tas upp i detta kapitel (avsnitt 10.2 och 10.3).

Det offentliga åtagandet visar sig också i hur utbildningar inom den psykiatriska vården organiserats samt i den offentliga finansieringen av psykiatrisk forskning och utvecklingsarbete. Vikten av att dessa utbildningar håller hög kvalitet framgår av att de är skyddade av lagar och andra föreskrifter. En närmare beskrivning av dessa förhållanden finns i kapitel 7.

STATEN HAR SÄRSKILDA HANDLINGSMÖJLIGHETER

Det offentliga åtagandet för psykiatri är inte statiskt och kan inte enbart beskrivas utifrån den nuvarande ansvars- och arbetsfördelningen. Det statliga åtagandet framgår också av de reformer och andra åtgärder som riksdag och regering kan vidta. Sådana reformer kan vara inriktade på att ändra inbörden och organiseringen i det offentliga åtagandet. Statliga åtgärder kan också syfta till krishantering och har då en mer tillfällig karaktär.

10.1 Lagstiftningen

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGEN SKILJER INTE MELLAN PSYKIATRISK OCH SOMATISK VÅRD

Som medicinsk specialitet regleras psykiatri genom de lagar som gäller för hälso- och sjukvården och för hälso- och sjukvårdens personal. De mest framträdande lagarna är här *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL)*²⁹³ och *lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS)*.²⁹⁴ De olika medicinska specialiteterna inom läkaryrket – som psykiater – nämns inte i dessa lagar. I lagstiftningen nämns psykiatri bara i samband med den psykiatriska tvångsvården som är reglerad i särskilda lagar (se nedan). HSL i övrigt gör ingen skillnad mellan psykiatrisk och somatisk vård. Hälso- och sjukvård betyder här i första hand ”åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador”.

HSL OCH LYHS ÄR RAMLAGAR SOM ANGER SKYLDIGHETER

Bestämmelserna om vårdens inriktning och kvalitet är i dessa lagar kortfattad. Formuleringarna kan beskrivas som allmänna och är företrädesvis av ”ramlagskaraktär”. Den närmare innebörden klargörs delvis genom de författningar som ges ut av Socialstyrelsen.²⁹⁵ HSL riktar sig till hälso- och sjukvården och LYHS till vårdpersonalen och handlar bland annat om vårdgivarnas respektive personalens skyldigheter. HSL innehåller huvudsakligen lagrum som är riktade mot sjukvårdshuvudmännen och medför därmed omfattande skyldigheter för landstingen.

Trots karaktären av ramlagar kan HSL och LYHS även ses som viktiga statliga utfästelser. Riksdagen och regeringen har i dessa lagar markerat betydelsen av att vården och vårdpersonalen uppfyller högt ställda krav.

KRAVEN PÅ VÅRDEN ENLIGT HSL OCH LYHS

I HSL står att målet för hälso- och sjukvården är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.” Mindre välkänd men mer uppfordrande är fortsättningen på samma paragraf, enligt vilken vården ska bedrivas så att den uppfyller *kraven* på god vård. Innebörden av detta preciseras på följande sätt:

²⁹³ Förarbeten till HSL finns i prop. 1981/82:97, SoU 1981/82:51, rskr. 1981/82:381.

²⁹⁴ Förarbeten till LYHS finns i prop. 1997/98:109, bet. 1997/98:SoU22, rskr. 1997/98:790.

²⁹⁵ Esping (1994).

2 a § HSL:

Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,
2. vara lätt tillgänglig,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen,
5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

Vården och behandlingen skall så långt det vara möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

Varje patient som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en bedömning av sitt hälsotillstånd.²⁹⁶

I LYHS finns kravet på att vården ska bedrivas utifrån ”vetenskap och beprövad erfarenhet”.²⁹⁷ Den närmare innebörden i detta krav är dock svår att fastställa. En juridisk tolkning av begreppet ”vetenskap” är att det närmast syftar på ”vad kollektivet eller snarare vad vissa ledande företrädare inom olika discipliner vid en viss tid och på en viss ort anser vara vetenskap.”²⁹⁸ Just kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet har visat sig vara problemfyllt när det gäller psykiatrin, bland annat därför att denna specialitet präglats av olika vetenskapliga ideal och synsätt.²⁹⁹ Men det bör också nämnas att kravet är komplicerat även inom den somatiska vården.

Enligt HSL ska varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård åt de som är bosatta inom landstinget.³⁰⁰ Hälso- och sjukvården är ett landstingsansvar och vården omfattas därmed av den kommunala självstyrelsen.³⁰¹ Även delar av läkarutbildningen är landstingens ansvar (se kapitel 7).

KRAVEN PÅ YRKESUTÖVARNA

I LYHS anges regler för behörighet och legitimation inom vården bland annat för yrken som läkare, psykolog, psykoterapeut och sjuksköterska.³⁰² Där anges också att läkare har ensamrätt till yrket.³⁰³ Här finns även regler för skyddad yrkestitel som hindrar obehöriga att använda yrkestiteln eller en titel som är snarlik.

²⁹⁶ 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

²⁹⁷ 2 kap. 1 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. För en kommentar till lagen, se Johnsson (2002).

²⁹⁸ Johnsson (2002) s. 33.

²⁹⁹ Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården: SOSFS 2005:12.

³⁰⁰ Vad som här sägs om landstingen gäller även regionerna Västra Götaland och Skåne samt Gotland. Landstingen – även kallade landstingskommuner – är i konstitutionell mening kommuner.

³⁰¹ I de förarbeten till HSL som utarbetades vid början av 1980-talet markerades betydelsen av att detta självstyre inte inskränktes. Det framhölls särskilt att den statliga tillsynen skulle vara stöd- jande, inte kontrollerande. Se RiR 2007:23, s. 24.

³⁰² 3 kap. lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. 21 yrken eller yrkestitlar omfattas av bestämmelserna om legitimation.

³⁰³ 3 kap. 4 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Genom att ställa särskilda krav på yrken och individer inom vården har staten markerat betydelsen av att verksamheten bedrivs under reglerade och säkra former. Genom legitimationsförfarandet kan staten ses som en garant för att vården och vårdpersonalen håller en hög kvalitet. LYHS (4 kap.) innehåller även ett uttryckligt förbud för den som ej tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen att behandla vissa typer av sjukdomar. Bland dessa ingår dock inte psykiska sjukdomar.³⁰⁴

I LYHS finns allmänna regler för läkares innehav av specialistkompetens. I förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område förtydligas dessa krav. Där anges att psykiatrin har två basspecialiteter ("psykiatri" och "barn- och ungdomspsykiatri") samt en grenspecialitet ("rättspsykiatri") som faller under psykiatrin. Denna indelning ersatte den tidigare indelningen av psykiatri i specialiteterna allmänpsykiatri, rättspsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri.

Här kan också nämnas att i LYHS finns regler – kända som Lex Maria – om hur misstag och missgrepp inom vården ska hanteras, exempelvis regler om anmälningsskyldighet och återkallande av legitimation.³⁰⁵

TVÅNGSLAGARNA LPT OCH LRV

I lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) regleras vård som innebär frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård). Regler om tvång finns även i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).³⁰⁶ Båda lagarna har nyligen ändrats genom införandet av en ny vårdform, så kallad *öppen psykiatrisk tvångsvård* respektive *öppen rättspsykiatrisk vård* som ska användas i stället för långa permissioner.³⁰⁷ Lagändringarna började gälla den 1 september 2008.

MER DETALJERADE REGLER BESLUTAS AV SOCIALSTYRELSEN

En mer detaljerad reglering av hälso- och sjukvården och psykiatrin finns i Socialstyrelsens föfattningssamling (SOSFS) som består av (bindande) föreskrifter och (vägledande) råd. Här regleras inte bara formerna för vården utan även sådant som läkarutbildningens AT- och ST-tjänstgöring samt olika yrkesgruppers ansökan om legitimation.

³⁰⁴ Detta har kritiserats i motion 2006/07:So 235 Översyn av "kvacksalverilagen" av Barbro Westerholm. Frågan har återkommit i en artikel av två riksdagsledamöter (Finn Bengtsson & Barbro Westerholm, bägge läkare) under rubriken "Skydda även psykiskt sjuka mot kvacksalvare" i *Dagens Medicin* 2008-01-23.

³⁰⁵ Närmare bestämmelser finns i *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd* (SOSFS 2005:28) om *anmälningsskyldighet enligt Lex Maria*.

³⁰⁶ För en allmän översikt av regleringen, se Rättsmedicinalverkets hemsida, www.rmv.se.

³⁰⁷ Prop. 2007/08:70, bet. 2007/08:SoU15, rskr. 2007/08:178.

10.2 Myndigheterna och professionerna

Det statliga åtagandet för psykiatrin markeras genom de statliga myndigheter som är verksamma inom hälso- och sjukvården. Den viktigaste är Socialstyrelsen; de övriga framgår av rutan på nästa sida.

SOCIALSTYRELSEN

Den dominerande statliga förvaltningsmyndigheten inom hälso- och sjukvården och annan medicinsk verksamhet är Socialstyrelsen. Myndigheten har en omfattande verksamhet och ett stort antal uppgifter.³⁰⁸ Allmänt ska Socialstyrelsen verka för god hälsa och social välfärd samt omsorg och vård av hög kvalitet på lika villkor för hela befolkningen.³⁰⁹ Till Socialstyrelsens uppgifter hör bland annat att

- vaka över verksamheterna vad gäller kvalitet och säkerhet samt den enskildes rättigheter
- svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling
- samordna de statliga insatserna inom socialtjänst och hälso- och sjukvård när det gäller barn och ungdom
- följa, analysera och rapportera om hälsoutvecklingen i landet
- följa forsknings- och utvecklingsarbete av särskild betydelse inom sitt ansvarsområde och verka för att sådant arbete kommer till stånd
- delta i internationellt samarbete inom sitt ansvarsområde.

Socialstyrelsen har också rapporteringskyldighet till regeringen när det gäller myndighetens verksamhetsområden.³¹⁰

³⁰⁸ Vid utgången av 2006 var 730 personer anställda vid Socialstyrelsen, varav 125 vid de regionala tillsynsenheterna. www.socialstyrelsen.se.

³⁰⁹ 1 § förordningen (2007:1202) med instruktion för Socialstyrelsen.

³¹⁰ 3 § förordningen (2007:1202) med instruktion för Socialstyrelsen.

Statliga myndigheter av betydelse för vården av psykiskt sjuka

Socialstyrelsen	är den dominerande myndigheten på området hälso- och sjukvård och socialvård (se ovan).
Rättsmedicinalverket (RMV)	har ansvar för rättspsykiatrisk verksamhet ³¹¹ och ska särskilt svara för rättspsykiatriska undersökningar i brottmål, utvecklingsarbete och stöd åt forskning och utredningar om risk för återfall i brottslighet vid omvandling av fängelse på livstid. ³¹²
Försäkringskassan	beslutar om och utbetalar sjukpenning till personer som är sjukskrivna till följd av psykisk ohälsa, liksom för beslut om och utbetalningar av sjuk- och aktivitetsersättning. Personer med psykiska diagnoser svarar för en mycket stor andel av dem som erhåller sådant kontantstöd (se avsnitt 3.3).
Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ³¹³	har till uppgift att utvärdera olika metoder i vården ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, etiskt och socialt perspektiv, sammanställa utvärderingarna på ett enkelt och lättfattligt sätt och sprida dem så att vårdgivare och andra berörda kan tillägna sig dem. ³¹⁴ SBU har gett ut flera rapporter som rör behandling av psykiska sjukdomar.
Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)	är en statlig förvaltningsmyndighet som bedriver verksamhet under domstolsliknande former. ³¹⁵ HSAN:s uppgift är att pröva frågor om disciplinpåföljd samt vissa behörighetsfrågor för hälso- och sjukvårdspersonal. ³¹⁶ Ett förslag om ändrade uppgifter för myndigheten och en ändrad lagstiftning lämnades i december 2008 till socialministern av Patientsäkerhetsutredningen. ³¹⁷
Folkhälsoinstitutet (FHI)	ska främja hälsa och förebygga sjukdomar och skador. Särskilt ska myndigheten fästa vikt vid grupper som är utsatta för de största hälsoriskerna. Verksamheten ska vila på vetenskaplig grund. FHI ska analysera hur folkhälsan utvecklas samt förse regeringen med information och beslutsunderlag. ³¹⁸ Folkhälsoenkäten 2007 innehåller bland annat uppgifter om psykisk hälsa. ³¹⁹
Högskoleverket (HSV)	har bland annat till uppgift att granska kvaliteten i den högre utbildningen. Högskoleverkets beslut om examensrätt har direkt betydelse för utbudet av medicinska utbildningar i landet.

³¹¹ 1 § förordningen (2007:976) med instruktion för Rättsmedicinalverket.

³¹² Inom verket finns två avdelningar som ansvarar för rättspsykiatriska undersökningar, i Stockholm och Göteborg. En mindre del av de rättspsykiatriska undersökningarna utförs på RMV:s uppdrag vid landstingsdrivna psykiatriska kliniker i Malmö och Umeå. Totalt arbetar omkring 355 personer inom RMV, varav 150 inom rättspsykiatri. www.rmv.se.

³¹³ www.sbu.se. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har numera bytt namn till Kunskapscentrum för medicinsk utvärdering. Förkortningen SBU har dock behållits.

³¹⁴ 1 § förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk utvärdering.

³¹⁵ Förordning (2007:1019) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

³¹⁶ Frågor som rör disciplinpåföljd – erinran och varningar – kan beslutas efter anmälan av patienter och i vissa fall närstående. För beslut i behörighetsfrågor, som kan leda till återkallelse av legitimation (s.k. delegitimering), krävs anmälan från Socialstyrelsen eller en anmälan från den som saken gäller. För en närmare redogörelse för HSAN:s verksamhet, se RiR 2007:23 och SOU 2008:117.

³¹⁷ SOU 2008:117.

³¹⁸ 1 och 2 §§ förordningen (2007:1214) med instruktion för Statens folkhälsoinstitut. Närmare upplysningar finns på Folkhälsoinstitutets hemsida www.fhi.se

³¹⁹ Folkhälsoinstitutet har också 2008 publicerat boken *Är depression en klassfråga?*.

Det finns också flera forskningsråd och stiftelser som har betydelse för forskningsfinansiering och som därmed kan påverka kunskaps- och normbildningen inom vården. Även tillgången på läkemedel är statligt reglerad genom Läkemedelsverket och Läkemedelsförmånsnämnden. Man kan också nämna Statens medicinsk-etiska råd (SMER), som är ett parlamentariskt sammansatt, rådgivande organ till regeringen. Dess uppgift är bland annat att vara "brobyggare" mellan forskare och beslutsfattare.

PROFESSIONERNA STÅR NÄRA DE STATLIGA MYNDIGHETERNA

De statliga myndigheterna kan huvudsakligen sägas utöva statliga kärnfunktioner som kunskapsutveckling och tillsyn. Därmed kommer myndigheterna att stå professionerna nära. De professionella organisationerna har stor betydelse när det gäller frågor som normering, utbildning, kvalitetsutveckling och tillsyn. Ibland sammanfaller dessa verksamheter med statlig verksamhet, ibland kompletterar eller ersätter de den. De påverkar därmed förutsättningarna för det offentliga åtagandet för psykiatrin.

Professionerna är också bärare av en kunskap som inte bara är nationell. Staten har genom myndigheterna skapat kanaler för den medicinska kunskapsbildningen som i hög grad ska vara politiskt oberoende och följa den nationella och internationella kunskapsbildningen. Hanteringen av frågor som rör medicinsk kunskap skiljer sig markant från hanteringen av frågor som rör vårdens ekonomi och organisation. I det senare fallet kan politiker och förvaltningstjänstemän utan medicinsk kompetens ha ett helt dominerande inflytande, trots att administrativa beslut givetvis kan få konsekvenser för vårdens bedrivande.

De organisationer som har störst betydelse är följande.

- *Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet* har delvis överlappande verksamheter. Läkarförbundet är läkarnas fackförbund och arbetar med att värna medlemmarnas fackliga och yrkesmässiga intressen samt med att påverka hälso- och sjukvårdens utveckling. Förbundet består bland annat av 50 specialitetsföreningar. *Läkaresällskapet*s verksamhet har sin tyngdpunkt i medicinskt-vetenskapliga frågor och debatt om medicinsk utbildning, forskning, etik, prioriteringar och kvalitet. Sällskapet anordnar symposier och konferenser, fördelar stipendier med mera. I sällskapet ingår 66 vetenskapliga sektioner. Bland dessa kan nämnas Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, Svenska Rättspsykiatriska Föreningen och Svenska Psykiatriska Föreningen. – Inför sitt 200-årsjubileum år 2008 fick Läkaresällskapet en donation på 3 miljoner kronor från Sveriges Kommuner och Landsting för en nationell föreläsningsturné för att öka intresset för psykiatri som medicinsk specialitet. Föreläsningarna riktades till läkarstuderande och AT-läkare. Programmet hade utarbetats av unga ST-läkare inom psykiatrins specialiteter. Föreläsningsserien fick namnet Psykiatrins ansikten vilket bland

annat syftade på att psykiatrin både har naturvetenskapliga och humanistiska inslag.³²⁰

- *Svenska Psykiatriska Föreningen (SPF)* är en specialistförening inom Läkarförbundet och en sektion inom Svenska Läkaresällskapet. På uppdrag av Socialstyrelsen har SPF tagit fram kliniska riktlinjer för flera psykiska sjukdomsgrupper. SPF:s utbildningsutskott har arbetat med målbeskrivningen för specialiseringstjänstgöringen och har ansvar för SPUR-verksamheten (se nedan).
- *Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige (IPULS)* ägs av de två förstnämnda organisationerna tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). IPULS har till uppgift att kvalitetsgranska utbudet av vidare- och fortbildningskurser för läkare.
- *Stiftelsen för utbildningskvalitet (SPUR)* ägs av Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet. Sedan 1993 anordnar SPUR inspektioner för att kartlägga AT- och ST-utbildningars struktur och process på respektive klinik, vårdcentral eller annan enhet. SPUR-stiftelsen är inte vinstdrivande och står under länsstyrelsens kontroll.
- *Det Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring (ST-rådet)* är rådgivande till Socialstyrelsen och stödjer även landstingen att uppnå hög kvalitet i ST, främja utbildning av handledare, följa upp kvaliteten på ST samt utarbeta kriterier för utbildande enheters bredd och inriktning i ST m.m.
- *Svensk sjuksköterskeförening (SSF)* bedriver verksamhet som rör omvårdnadsvetenskapen, sjuksköterskans professionella utveckling och utvecklingen av sjuksköterskeutbildningens kvalitet inom såväl grund- som forskarutbildningen.

10.3 Landstingen, kommunerna och SKL

Det finns 21 sjukvårdshuvudmän i landet, varav 18 har den formella benämningen *landsting*. Regionerna Skåne och Västra Götaland samt Gotlands kommun har samma ansvar som landstingen, men har därutöver andra uppgifter. I denna rapport används ordet "landsting" som gemensam benämning för dessa organ.

Formerna för statens styrning av den kommunala verksamheten har sedan kommunindelningsreformen (1974) utvecklats mot ett ökat inslag av ramlagstiftning, minskad organisatorisk styrning, ändrad roll för de statliga myndigheterna och en ökad schablonisering av statens ekonomiska stöd till kommunsektorn. Motiven har bland annat varit att öka den kommunala handlingsfriheten och förbättra förutsättningarna för en samordnad och effektivare kommunal verksamhet.³²¹ Kommunernas ändrade ställning har också kodifierats i regeringsformen.

³²⁰ www.psykiatrin.sansikten.se. En slutrapport publicerades 2009.

³²¹ Prop. 1981/82:97 s. 101.

Kommunernas uppgifter och befogenheter ska enligt regeringsformen meddelas i lag vilket kräver riksdagens medverkan.³²² Varken regeringen eller statliga myndigheter kan utfärda föreskrifter riktade mot kommuner och landsting utan att ha ett direkt lagstöd. Det kommunala självstyrets omfattning bestäms därmed av de lagar som stiftas av riksdagen, både den speciallagstiftning som beskrivits ovan och kommunallagen.

KOMMUNALLAGEN STÄLLER KRAV PÅ KOMMUNERNAS EKONOMI

Kommunerna – både primärkommuner och landsting – är enligt kommunallagen skyldiga att ”ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet och i sådan verksamhet som bedrivs genom andra juridiska personer”.³²³ Vad god ekonomisk hushållning innebär är inte exakt klargjort, men följande tre krav anses väsentliga: kommunerna ska ha ett väl fungerande planerings- och uppföljningssystem, en ekonomi i balans samt en strategi för hur eventuella problem kan åtgärdas. Några sanktioner finns inte mot den kommun som bryter mot regeln om god ekonomisk hushållning. Tanken är att ansvar ska utkrävas inom det politiska systemet i den kommun som inte sköter sin ekonomi i enlighet med lagens anda.³²⁴

Landsting och kommuner är skyldiga att följa de lagar som gäller dem, men om de underlåter sina skyldigheter saknas ofta sanktioner. Snarare är det så att lagstiftaren har tagit för givet att offentliga organ ska följa lagen. På hälso- och sjukvårdens område finns dock sanktionsmöjligheter i LYHS, främst vad gäller personalen i hälso- och sjukvården.³²⁵ I samma lag finns bestämmelser om åtgärder som Socialstyrelsen kan rikta mot vårdgivare.³²⁶ Härtill kommer att alla kommunala beslut kan överprövas av förvaltningsdomstol genom så kallad laglighetsprövning.³²⁷ Härutöver har Arbetsmiljöverket möjligheter att tillgripa sanktioner mot vårdgivare i deras egenskap av arbetsgivare, men motivet är i så fall brister i arbetsmiljön snarare än i vården av patienter.

ORGANISATORISK FRIHET OCH GENERELLA STATS BIDRAG

Kommuner och landsting har en stor frihet att själva besluta om sin inre organisation. Den organisatoriska friheten har vissa praktiska konsekvenser

³²² 8 kap. 5 § RF.

³²³ 8 kap. 1 § kommunallagen (1991:900).

³²⁴ Se RiR 2007:16.

³²⁵ 6 kap. 18–19 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område reglerar Socialstyrelsens skyldighet att under vissa förutsättningar göra anmälan dels till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, dels till åtal.

³²⁶ 6 kap. 12–17 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område handlar om åtgärder som Socialstyrelsen kan vidta mot vårdgivare.

³²⁷ För enskilda finns möjligheter att överklaga beslut och få sitt ärende prövat av domstol i de så kallade rättighetslagarna. De främsta exemplen på denna typ av lagstiftning är lagen (1993:387) om stöd och service åt vissa funktionshindrade (LSS) samt vissa delar av Socialtjänstlagen (2001:453). Båda dessa lagar gäller primärkommunerna. Se RiR 2007:1.

för bland annat Socialstyrelsen och SKL i deras kontakter med landsting och kommuner. De mångskiftande organisationsformerna kan göra nödvändiga kontakter svårare att nå och upprätthålla.

Tendensen mot ökat utrymme för den kommunala självstyrelsen markeras också genom övergången från specialdestinerade till generella statsbidrag som ägde rum i början av 1990-talet, och utvecklandet av nya kommunala utjämningsystem. Även om nya riktade bidrag har tillkommit sedan dess är skillnaden stor jämfört med läget under 1980-talet.

INTRESSEORGANISATIONEN SKL – SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

Gemensamma intresseorganisationer för kommuner och landsting har funnits länge. För primärkommunerna hade Svenska Kommunförbundet tidigare denna roll och för landstingen Landstingsförbundet. En sammanslagning mellan de två förbunden ägde rum år 2007. SKL, som den vedertagna förkortningen lyder, är både arbetsgivarorganisation och intresseorganisation för alla kommuner och landsting.

Enligt stadgarna ska SKL verka på medlemmarnas uppdrag och med utgångspunkt i den lokala och regionala demokratin. Huvuduppgiften är att utveckla den kommunala självstyrelsen med stort handlingsutrymme och stark medborgerlig förankring. SKL är en politiskt styrd organisation; det är politikerna i landstings- och kommunfullmäktige som utser ledamöter till SKL:s kongress.³²⁸ Politiskt är SKL en viktig aktör med stort inflytande.

10.4 Samhällsaspekter på vården av psykiskt sjuka

Vården av psykiskt sjuka har stor betydelse i samhället. Flera principiella argument är värda att nämna. Samhällsaspekterna kan ses som grundläggande motiv till det statliga åtagandet för psykiatrin.

FÖRSÄKRINGSARGUMENT, SOLIDARITET OCH SKYDDSASPEKTER

Psykisk sjukdom liknar andra slag av sjukdom i det att man inte från början vet vem eller vilka som kommer att drabbas. Något slag av försäkringsarrangemang behövs därför, antingen det är privat eller offentligt. Att bistå dem som är sjuka och svaga är också ett grundläggande krav i ett humant samhälle. Solidaritet bör även visas med dem som är anhöriga eller närstående till psykiskt sjuka. Belastningen på dem kan bli mycket stor.³²⁹

Medborgarna har också ett behov av skydd mot de personer som till följd av psykisk sjukdom agerar på ett sätt som är farligt eller skapar risker

³²⁸ www.skl.se.

³²⁹ Moberg (2005).

för dem själva och andra. En psykiskt störd person kan även fatta okloka beslut som innebär att hans eller hennes privatekonomi slås sönder, något som också kan skada de närstående.

Behovet av skydd mot effekterna av psykiska störningar kan tillgodoses i olika grad och på olika sätt. Ett begränsat skydd kan förefalla humant eftersom det är mindre integritetskränkande gentemot de sjuka, men det innebär också risker. Särskilt barn till psykiskt sjuka, eller andra närstående, kan få svårt att få en rimlig tillvaro om samhället inte tillgodoser skyddsaspekterna i tillräcklig grad. Även den sjuka personen själv kan fara illa om samhället inte ingriper i tid. I vissa fall blir följderna av att inte ingripa katastrofala. Självmord är en möjlig konsekvens. I ett antal uppmärksammade fall har det också inträffat att psykiskt störda personer som självmant sökt sig till psykiatri inte har tagits emot där och då reagerat med våldshandlingar som drabbat utomstående personer.

SAMHÄLLSEKONOMISKA ARGUMENT

Det finns flera samhällsekonomiska argument som talar för att vården och omsorgen om personer med psykiska störningar bör vara tillräckligt omfattande och välordnad samt hålla tillräckligt hög kvalitet. Obehandlad depression, ångest och andra tillstånd leder till sänkt livskvalitet och försämrad arbetsförmåga såväl för den direkt drabbade som för de närstående. Det finns effektiva behandlingar (samtalsterapi och/eller läkemedel) som hjälper mot dessa tillstånd. Enligt en engelsk undersökning finns stora samhällsekonomiska vinster att hämta genom utbyggd psykologhjälp inom den offentliga vården.³³⁰

Personer med allvarliga psykiska sjukdomar eller funktionshinder som inte får tillräcklig vård och stöd från samhället måste i stället tas om hand av sina familjer, i den mån någon familj finns kvar. Den närstående kan då tvingas sluta sitt arbete eftersom den sjuke inte kan lämnas ensam.

Personer med psykiska störningar som inte får adekvat hjälp kan också självmedicinera med hjälp av alkohol och andra droger.³³¹ Missbruk leder ofta till kriminalitet som i sin tur för med sig stora kostnader som får bäras av brottsoffren och de rättsvårdande myndigheterna.

MOTARGUMENT OCH AVVÄGNINGSPROBLEM

Det finns givetvis fler synpunkter på dessa frågor än de som ovan redovisats. Viktiga motargument kan handla om avigsidorna med medikalisering av nästintill normala tillstånd samt om riskerna för felbehandling. Det finns också avvägningssproblem som kan värderas på olika sätt.

³³⁰ *The Depression Report*. London School of Economics, 2005.

³³¹ Hela tre fjärdedelar av de patienter som tvångsvårdas enligt LPT eller LRV hade ett känt missbruk eller hade haft ett missbruk, enligt Socialstyrelsens inventering i maj 2008. Socialstyrelsen (2008) *Tvångsvården 2008*.

En förutsättning för att det ska vara meningsfullt att erbjuda psykiatrisk vård är att vården innebär förbättringar för den sjuke jämfört med alternativet. Denna enkla princip innehåller dock komplikationer, då det individcenterade perspektivet kan vara otillräckligt (de anhöriga behöver också hjälp). Dessutom kan en person vara "vårdbehövande" även om det inte finns medicinsk bot att erbjuda. Det som då kan och bör erbjudas är lindring och omvårdnad. "Lindring" är i hög grad sjukvårdshuvudmännens sak, medan "omvårdnad" eventuellt kan vara ett primärkommunalt ansvar.

Den sistnämnda situationen rymmer också ett principiellt problem, nämligen det att vårdgivaren (landstinget) inte anser sig ha några skyldigheter gentemot en vårdsökande person om man inte har någon effektiv vård att erbjuda.³³² Ändå kan personen i fråga uppleva sig vara i behov av vård. Situationen är alltså inte symmetrisk. Denna asymmetri kan vara en anledning till den kritik mot den psykiatriska vården som ofta kommer till uttryck från allmänheten.

³³²Socialstyrelsen, intervju 2008-05-27.

11 Slutsatser och rekommendationer

En bedömning av Socialstyrelsen tyder på att mellan 20 och 40 procent av befolkningen lider av lättare eller svårare psykisk ohälsa. Det är dock endast en liten del av dessa som söker vård (se avsnitt 2.2). Psykisk ohälsa är också en viktig orsak till sjukskrivningar och statligt kontantstöd från Försäkringskassan. Över 200 000 personer får sjukersättning till följd av psykiska diagnoser eller är sjukskrivna i över 90 dagar till följd av sådana diagnoser (se avsnitt 3.3). Försäkringsargument, solidaritet och skyddsaspekter är andra viktiga skäl för att vården av psykiskt sjuka behöver särskild uppmärksamhet (se avsnitt 10.4).

Riksrevisionens här presenterade granskning handlar således om statliga insatser till ett område av stor samhällsekonomisk och mänsklig betydelse.

11.1 Utgångspunkterna för granskningen

Granskningen handlar om två typer av statliga insatser för psykiatri: dels ekonomiska bidrag till landstingen, dels utbildningen av läkare med inriktning på psykiatri. Vårt syfte har varit att klarlägga om dessa insatser varit effektiva mot bakgrund av statens uppgifter på området. Granskningen avser perioden 2001–2007.

Granskningen rör förhållandet mellan stat och landsting och mellan socialpolitik och utbildningspolitik. Psykiatri är en del av hälso- och sjukvården och utbildningen till psykiater är en del av läkarutbildningen. Det innebär att våra iakttagelser delvis hänger samman med hälso- och sjukvården i stort och med läkarutbildningen som helhet. Vissa av de rekommendationer som följer av granskningen gäller därför ett vidare område än psykiatri.

OM PSYKIATRIN OCH DET OFFENTLIGA ÅTAGANDET

Vår genomgång av det offentliga åtagandet för psykiatri visar att flera delar av den offentliga sektorn berörs och att komplicerade ansvarsförhållanden råder inom och mellan dem. Dessa oklara ansvarsförhållanden är delvis resultatet av statliga åtgärder. För att åstadkomma förändringar krävs i många fall beslut av riksdag och regering.

Ett stort behov av förbättringar i vården av psykiskt sjuka konstaterades av regeringens utredning Nationell psykiatrisamordning.³³³ Någon egen, systematisk studie av kvalitet och resurser i vården har inte gjorts av Riksrevisionen. Arbetet med granskningen har dock gett många bekräftelser på den problemfyllda bild av vården som visades av Nationell psykiatrisamordning.

Antalet personer med svåra psykiska sjukdomar (psykossjukdomar) har varit relativt konstant över åren, men det finns uppgifter som tyder på att den allmänna sjukdomsbilden i landet har försämrats. Att befolkningens efterfrågan på vård och behandling av psykisk ohälsa har ökat har framhållits av både Nationell psykiatrisamordning och Socialstyrelsen. Orsakerna är sammansatta och kan värderas på olika sätt. Viktiga orsaker till den ökade vårdefterfrågan kan vara att nya läkemedel och terapier har introducerats vilket ökat behandlingsmöjligheterna.

Det finns också värderingsförskjutningar i samhället som innebär att hälsa, lycka och framgång betraktas som normaltillstånd, något som också innebär att sjukdom och ohälsa skuldbeläggs. Samtidigt finns en kritik mot att alltfler tillstånd beskrivs i psykiatriska termer och att mänskliga livsproblem medikaliserar. Frågan är kontroversiell och har diskuterats i både svensk och internationell fack- och dagspress.³³⁴ Studier av individualiseringens effekter på psykisk hälsa tyder på en ökad risk för psykisk ohälsa i individualistiska och sekulariserade samhällen.³³⁵

Omfattningen av självs kattad psykisk ohälsa har ökat. Antalet personer som uppger problem med ångslan, oro eller ångest har enligt Socialstyrelsen ökat med 260 000 på tio år.³³⁶ Det finns också andra varningstecken. I Folkhälsorapporten 2009 framhåller Socialstyrelsen att den psykiska ohälsan bland ungdomar har ökat; allt fler unga vårdas på sjukhus för depression eller ångest och för alkoholförgiftning. Särskilt bland unga kvinnor har självmordsförsöken ökat.³³⁷

Psykiska sjukdomar debuterar ofta i unga år. Obehandlad psykisk sjukdom leder till sänkt livskvalitet och försämrad arbetsförmåga såväl för den direkt drabbade som för de närstående. Psykisk ohälsa är en av de viktigaste orsakerna till sjukskrivning och till sjuk- och aktivitetsersättning och medför stora kostnader för såväl statsbudgeten som samhällsekonomin.

PSYKIATRIN SOM VERKSAMHET OCH KUNSKAPSFÄLT – EN TOLKNINGSRAM

Psykiatri är en medicinsk specialitet med ett stort arbetsfält som är svårt att avgränsa. Här finns å ena sidan en gränsyta mot rättsliga frågor (tvångsin-

³³³ SOU 2006:100. Se även kapitel 2 i denna rapport.

³³⁴ Carlberg (2008); Svenaeus (2008); Qvarsell (2007), s. 71.

³³⁵ SOU 2006:77, s. 21.

³³⁶ Socialstyrelsen (2008) *Folkhälsa och sociala förhållanden*, s. 19. Se även kapitel 2 i denna rapport.

³³⁷ Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport 2009*, s. 16.

gripanden och rättspsykiatri) och å andra sidan ett oklart gränsland mellan psykiatriska tillstånd, tillfälliga kriser och allmänmänskliga problem.

Psykiatrin är en viktig del av det medicinska kunskapsområdet, samtidigt som den är särpräglad genom sin tvärvetenskapliga karaktär och sina humanistiska inslag. Både som verksamhet och som kunskapsfält har psykiatrin länge varit förhållandevis lågt värderad bland medicinska specialiteter, något som kan ha haft betydelse för tilldelningen av resurser.

Hälso- och sjukvården är, enligt forskningen på området, mycket svår att styra. Inom landstingen saknas vanligen verkningsfulla hälsopolitiska prioriteringar av vårdens resurser. Detta kan vara en orsak till att psykiatrin haft svårt att få en andel av hälso- och sjukvårdens resurser som svarar mot befolkningens ökade efterfrågan på hjälp mot psykisk ohälsa.

Den resursknapphet och läkarbrist som råder inom psykiatrin har fört med sig ytterligare svårigheter att hävda psykiatrins status och skapa attraktiva arbets- och utbildningsmiljöer för blivande läkare. Detta kan ha försvårat rekryteringen av nya specialister. Vidare är den kliniska forskningen inom psykiatrin svagt utvecklad.³³⁸ Det kan bero på att det är begränsad tillgång på forskningsmedel på området, men även på att det råder brist på forskningskompetent personal.

Sambanden mellan resurser och kompetens inom psykiatrins område är således invecklade och dubbelriktade.

11.2 Statens ekonomiska bidrag till psykiatrin

De statliga bidrag som omfattas av granskningen är följande:

I – Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården 2001–2004.

II – Fortsatta överenskommelser 2005–2007.

III – Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006 (länsmedel och utvecklingsmedel).

IV – Bidrag till barn- och ungdomspsykiatri 2007.

Riksrevisionens granskning av dessa bidrag består av analyser av tillgängliga uppföljningsrapporter. Vi har härvid undersökt frågor som rör bidragens form och innehåll, spårbarhet och effekter samt uppföljningarna och deras användning. Analysen har gett nedslående resultat, i synnerhet när det gäller bidragens spårbarhet och effekter (se kapitel 4). Resultaten väcker frågan om det över huvud taget är motiverat att staten stödjer psykiatrin med tillfälliga resursförstärkningar.

³³⁸ SOU 2008:7.

BIDRAGSTYPERNA I OCH II FUNGERAR INTE SOM STYRMEDEL

Riksrevisionen vill framför allt peka på svårigheterna att med politiska överenskommelser styra statliga medel som fördelas via det generella statsbidraget till landstingen, så som gjordes i samband med bidragen I och II. En sådan konstruktion har små möjligheter att nå framgång eftersom överenskommelserna inte är bindande och landstingen själva behåller sin rätt att bestämma hur medlen ska användas.

Riksrevisionen vill även erinra om att analyser av så kallade Dagmaröverenskommelser gjordes redan under 1990-talet (se avsnitt 4.1.2). De visade att det var svårt att påvisa några effekter av överenskommelserna på verksamheten inom hälso- och sjukvården, utom i de delar som innehöll tydliga krav på landstingen och en koppling mellan pengar och verksamhet. Dessa analyser beaktades dock inte av regeringen då den nationella handlingsplanen presenterades för riksdagen.

En annan kritisk punkt gäller ordvalet. Den nationella handlingsplanens innehåll styrdes av ett så kallat utvecklingsavtal som träffades mellan staten, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet. Men benämningen "avtal" är missvisande eftersom utfästelserna från de två kommunförbunden (föregångarna till SKL) inte var bindande för enskilda landsting och kommuner.

BIDRAGSTYP III – BÄTTRE MEN INTE BRA

Riksrevisionens slutsatser av satsningen på psykiatri och socialtjänst åren 2005–2006 är mer blandade. Bidragsformerna var väl genomtänkta och de politiska motiven starka, för att inte säga tvingande.³³⁹ Det är också rimligt att betrakta dessa bidrag som en form av krishantering snarare än som långsiktigt syftande åtgärder. Då satsningen presenterades för riksdagen sades dock att syftet vara att "förbättra tillgängligheten till, samt stödja och stimulera verksamhetsutvecklingen inom, vård och socialt stöd för personer med psykisk sjukdom och psykiskt funktionshinder". Ordalydelsen antyder att syftet var att lösa problem på ett mera stadigvarande sätt.

Det finns enligt Riksrevisionens mening principiella nackdelar knutna till att försöka lösa långvariga, komplexa problem av strukturell natur med tillfälliga åtgärder. Sådana försök löper inte bara stor risk att misslyckas utan kan även skapa oklarhet omkring det statliga åtagandets egentliga innehåll och ambitionsnivå.

³³⁹ Satsningen på psykiatri och socialtjänst byggde på förslag från Nationell psykiatrisamordning som tillsattes av regeringen hösten 2003 som en direkt följd av mordet på landets utrikesminister.

BIDRAGSTYP IV – TILLFÄLLIGA BIDRAG SOM FÖRLÄNGTS

Bidragen till barn- och ungdomspsykiatri år 2007 hade karaktär av tillfällig bidragsgivning men har senare följts av lika stora bidrag även åren 2008 och 2009. De senare bidragen ingår i en satsning som även innehåller andra inslag inriktade på att förbättra tillgången till barn- och ungdomspsykiatri.³⁴⁰ De senare årens bidrag har dock inte granskats av Riksrevisionen.

STATENS TILLFÄLLIGA RESURSTILLSKOTT TILL PSYKIATRIN HAR INTE LÖST PROBLEMEN

De uppföljningar som gjorts tyder inte på att de undersökta stödformerna haft någon större inverkan på den psykiatriska vården. Analysresultaten skiljer sig åt mellan de olika bidragstyperna, men huvudintrycket är likväldigt att bidragen knappast haft några avgörande effekter. Av Socialstyrelsens uppföljningar framgår visserligen att satsningen på psykiatri och socialtjänst har fäst uppmärksamheten på psykiatriens problem och underlättat projekt på vissa försummade områden. Dialogen mellan Regeringskansliet och SKL om medlen samt uppföljningar och redovisningar kan också ha främjat kunskapsutbytet på området.

Samspelet mellan statens och landstingens insatser ger dock anledning till eftertanke. Analysen i kapitel 4 tyder på att de tillfälliga statliga bidragen, i den mån de alls haft några nettoeffekter, tenderat att locka fram improviserade projekt som inte varit särskilt väl förankrade i den ordinarie verksamheten. De projekt som hade en sådan förankring var inte lika beroende av bidrag från staten. Resultaten bör ses mot bakgrund av att bidragen inom satsningen på psykiatri och socialtjänst (bidragstyp III) hade mycket kort planeringstid och att de statliga bidragen gavs utan krav på delfinansiering från bidragsmottagarnas sida.

STORA BELOPP FÖR STATEN BLIR SMÅ FÖR LANDSTINGEN

Inget av de undersökta bidragen tillförde några större resurser till psykiatri; beloppen motsvarade knappt mer än 4 procent av landstingens egna nettokostnader för specialiserad psykiatrisk vård under perioden. Detta kan verka förvånande med tanke på att de statliga satsningarna uppgick till flera hundra miljoner kronor, i något fall flera miljarder. Men då dessa medel fördelades mellan 21 landsting och över flera år blev beloppen små jämfört med landstingens egna satsningar. De satsningar som även gällde primärkommunerna delades mellan ännu fler verksamheter och fler aktörer. Till saken hör att ordet ”psykiatri” inte sällan används som sammanfattande benämning på alla former av vård och omsorg, boende och sysselsättning som riktas till personer med psykisk ohälsa.

³⁴⁰ Regeringens skrivelse 2008/09:185.

DEN STATLIGA MEDELSHANTERINGEN

Statens hantering av de större bidragen, det vill säga den nationella handlingsplanen och dess fortsättning (bidragstyperna I och II), saknade tydliga villkor och återrapporteringskrav. Tilldelningen av medel byggde på överenskommelser med Landstingsförbundet som landstingen inte var bundna av och medlen betalades ut genom det generella statsbidraget. De krav på uppföljningar som riktades mot landstingen utgick från landstingens egna planer och var inte styrda av någon övergripande struktur. De uppföljningar som gjordes av Socialstyrelsen kunde inte ge en tydlig och sammanfattande bild av de statliga bidragens resultat, eftersom landstingens rapportering brast i enhetlighet. De senare bidragstyperna (III och IV) har varit förknippade med tydligare villkor och uppföljningskrav men har presenterats på ett sätt som kan ha skapat överdrivna förväntningar på de statliga satsningarnas omfattning och ambitionsnivå.

RIKSREVISIONENS BEDÖMNING AV BIDRAGENS VERKAN PÅ PSYKIATRIN

De statliga bidragen till psykiatri har skapat uppmärksamhet, men några mer betydande effekter har inte kunnat spåras. Samtidigt har bidragen presenterats av regeringen som om de varit omfattande och betydelsefulla. Av Riksrevisionens intervjuer framgår att detta har riskerat att begränsa landstingens egna satsningar på just det område – psykiatrins resurser och verksamhet – som politiken avsett att stärka.

Landstingens egna satsningar på psykiatri och primärvård ökade enligt tillgänglig statistik i ungefär samma takt som deras satsningar på annan hälso- och sjukvård. De resursbrister som påtalats av Nationell psykiatrisamordning och de statliga prioriteringar som kom till uttryck i de särskilda bidragen till psykiatri gav således inga tydliga avtryck i landstingens egen resursfördelning, vare sig i positiv eller i negativ riktning.

Riksrevisionens övergripande slutsats är att statliga resurstillskott av det slag som granskats endast kan ha en marginell betydelse för psykiatrins resurser. För att uppnå mer betydande effekter behövs andra typer av statliga åtgärder som stöder psykiatri utan att försvaga landstingens ansvar.

11.3 Inriktningen av statens stöd till psykiatri

Riksrevisionen ifrågasätter inte att vården av psykiskt sjuka kan behöva stödjas med statliga medel. Riksrevisionen anser dock att det finns skäl att ifrågasätta den inriktning av statens stöd till vården av psykiskt sjuka som innebär att staten finansierar verksamhet i landstingen. Det finns en risk för att politisk energi binds vid åtgärder som varken tillhör statens primära ansvarsområden eller kan leda till långsiktiga lösningar.

PSYKIATRIN BÖR STÖDJAS LÅNGSIKTIGT MED ÅTGÄRDER SOM INGÅR I STATENS ANSVAR

Riksrevisionen vill peka på möjligheten att långsiktigt omfördela statliga medel till åtgärder som ligger inom statens ansvarsområden och som ur statens perspektiv är möjliga att styra och utvärdera. Belopp som framstår som marginella ur ett landstingskommunalt och verksamhetsmässigt perspektiv skulle kunna få en betydande verkan om de exempelvis ges till forskning och utbildning. Granskningen visar att det finns behov av sådana insatser. Särskilda anslag inom dessa områden skulle kunna göra både utbildningarna och verksamheten inom psykiatrin mer attraktiva och intresseväckande. Detta skulle i sin tur kunna få långsiktigt goda följder för kvaliteten i den psykiatriska vården.

Riksrevisionens uppfattning är således att staten bör omfördela sina insatser för psykiatrin. I stället för tillfälliga och kortsiktiga insatser som riktas till landstingen bör insatserna ha mer långsiktig karaktär och en tydligare koppling till det statliga åtagandet.

Riksrevisionens bedömning är att psykiatrins problem är av långsiktig natur och att uthålliga och sektorsövergripande åtgärder från statens sida är motiverade. Riksrevisionen anser att staten bör undvika att stödja psykiatrin på ett sätt som skapar oklarhet om ansvarsfördelningen mellan stat och landsting. Om det finns skäl att ändra ansvarsfördelningen mellan stat och landsting så bör detta ske på ett planerat, konsekvent och stadigvarande sätt.

11.4 Personal- och kompetensbehoven i psykiatrin

DET FINNS BRIST PÅ PSYKIATRER

Både Nationell psykiatrisamordning och ett antal remissinstanser, liksom Socialstyrelsen, har framhållit att det finns personalbrist och rekryteringsproblem inom psykiatrin. Samtidigt råder stor variation och flexibilitet i personalutnyttjandet, och olika personalgrupper kan till viss del ersätta varandra. Läkaren har dock en nyckelroll i kraft av sin långa utbildning och sina särskilda befogenheter.

Personalbristen i psykiatrin har länge varit mest uttalad när det gäller psykiatrer, i synnerhet i regioner utanför Stockholmsområdet. Utbildningen till läkare med specialisering inom psykiatri är också den längsta av de utbildningar som förekommer inom den psykiatriska vården. Det föreligger i dag en tydlig brist på psykiatrer i förhållande till landstingens efterfrågan. Tre fjärdedelar av landstingen (15 av 20 svarande) anser att efterfrågan är *mycket större* än tillgången på specialistläkare inom psykiatrin, medan de övriga anser att efterfrågan är *större* än tillgången. Även när det gäller blivande

specialister i psykiatri (ST-läkare) är efterfrågan större eller mycket större än tillgången, och detta i samtliga landsting. Tillgången på psykiatrer varierar också starkt mellan olika regioner. I Stockholm är antalet psykiatrer per 100 000 invånare tre gånger så stort som i norra och sydöstra Sverige. Det är osannolikt att hela denna skillnad kan bero på skillnader i befolkningens sjuklighet.

Bristen på psykiatrer har varit känd länge. Samma sak gäller bristen på allmänläkare. Att täcka denna brist genom invandring av läkare med utländsk utbildning är inte någon säker lösning på längre sikt. En sådan utväg innebär dessutom att Sverige utnyttjar andra länders utbildningsresurser.

KOMPETENSBEHOVEN I PSYKIATRIN ÄR INTE TILLRÄCKLIGT KLARLAGDA

Vi har valt att koncentrera utbildningsdelen av denna granskning till läkarutbildningen, men denna avgränsning betyder inte att övriga personalkategorier är oväsentliga. Avgränsningen har i första hand gjorts av resursskäl. Personal- och utbildningsproblemen i psykiatrin borde, enligt Riksrevisionens mening, göras till föremål för en mera omfattande analys än vad som varit möjligt i denna granskning.

Regeringen och Socialstyrelsen har under de senaste åren gjort en del för att förbereda olika utbildningsinsatser till personal inom psykiatrin, primärvården och socialtjänsten. Riksrevisionen har inte granskat dessa insatser men vill betona att åtgärder på utbildningsområdet – även vad gäller genomförande och finansiering – är lätta att motivera med hänsyn till det statliga ansvarsområdet.

11.5 Psykiatrin i läkarutbildningen

MER PSYKIATRI I LÄKARUTBILDNINGEN VORE BEFOGAD

Psykiatrin har ett begränsat utrymme i läkarutbildningen. Grundutbildningen för läkare innehåller krav på minst 4 veckors psykiatri (av 5 ½ år) och AT-tjänstgöringen innehåller krav på minst 3 månaders psykiatri (av 18–21 månader). Utbildningsvolymen framstår som mycket knappt tilltagen mot bakgrund av sjukdomsmönstret i befolkningen. Utökad kunskap i psykiatri för blivande läkare skulle ge alla läkare bättre möjligheter att möta patienter med psykisk ohälsa.

Utbildningsansvariga i psykiatri vid Karolinska institutet har vid intervjuer framhållit att det nuvarande decentraliserade utbildningssystemet, tillsammans med psykiatrins relativt svaga ställning inom den medicinska professionen, gör det svårt att öka utrymmet för psykiatri i läkarutbildningen. Statlig medverkan från central nivå bedömdes som nödvändig för att åstadkomma en förändring av psykiatrins roll i läkarutbildningen.

STATEN KAN ÖKA PSYKIATRINS ATTRAKTIONSKRAFT

Staten har flera möjligheter att både öka psykiatrins attraktionskraft för blivande läkare och förbättra kompetensen hos färdiga psykiatrer.

En möjlighet är att öka inslagen av psykiatri i grundutbildningen för alla läkare. Därmed skulle läkarutbildningens innehåll anpassas bättre till sjukdomsmönstret i befolkningen. Ytterligare en möjlighet är att utöka de blivande läkarnas AT-tjänstgöring i psykiatri, en väg som delvis används redan i dag och som kunde vidareutvecklas om den visar sig framgångsrik. Psykiatriinnehållet i såväl grundutbildningen som AT är möjligt att styra från statens sida genom de mål för läkarutbildningen som fastläggs av Socialstyrelsen.

Utbildningsdepartementet har här inväntat att en ökad statlig styrning av ämnesomfattningen i yrkesutbildningarna skulle innebära en återgång till ett oflexibelt system som snabbt blir förlegat. Riksrevisionen vill för sin del erinra om läkarutbildningens särart; läkare har en central ställning och unika befogenheter inom den offentligt finansierade vården. Det är mot den bakgrunden inte självklart att den grundläggande läkarutbildningen bör styras på samma sätt som annan högskoleutbildning.

När det gäller specialistutbildningen i psykiatri finns möjligheter att utveckla och utöka tillgången på teorikurser (SK-kurser) i psykiatri. Fortbildningen av färdiga psykiatrer skulle kunna stärkas med statligt finansierade fortbildningskurser och tjänstledighet för att genomgå sådana kurser. Regelräta krav på fortbildning kunde också övervägas.

Utökad forskning inom psykiatrin anses också kunna bidra till ökad dynamik inom den psykiatriska specialiteten och därmed locka nya läkare till området.

11.6 Läkarutbildningens organisation och dimensionering

STATEN HAR ETT OTYDLIGT INFLYTANDE ÖVER LÄKARUTBILDNINGEN

Ansvar för läkarutbildningen är delat på flera aktörer. Staten har finansieringsansvaret för den grundläggande läkarutbildning som leder till läkarexamen. Antalet antagna läkarstudenter styrs dock i viss mån av universiteten själva. Dessutom utövas inflytande av de sex landsting (de som har universitet med läkarutbildning) som, mot statlig ersättning i form av så kallade ALF-medel, bidrar med handledningsresurser för den kliniska delen av grundutbildningen. Detta inflytande tenderar att begränsa antalet studenter som antas till läkarutbildning. Studenternas efterfrågan är mycket större än antalet utbildningsplatser.

De två följande stegen i läkarutbildningen (AT och ST) består huvudsakligen av tjänster som finansieras av landstingen och styrs av statligt fastställda målbeskrivningar. Dimensioneringen av AT- och ST-tjänster styrs av vart och ett av landstingen, med större eller mindre samordning dem emellan. Legitimationen som följer på avslutad AT, liksom specialistbevisen som följer efter avslutad ST, utfärdas av Socialstyrelsen. Därmed uppträder staten som garant för läkares och specialisters kompetens, trots att staten har en mycket begränsad kontroll över de senare utbildningsmomenten.

Läkarutbildningens komplicerade struktur och finansiering har historiskt formats av starka professionella grupper men även varit föremål för politiska ställningstaganden. Så skedde exempelvis i samband med 1969 års läkarutbildningsreform då AT-tjänstgöringen infördes i syfte att sprida läkare över landet. Förändringar i läkarnas vidareutbildning har även gjorts senare. Någon *samlad* översyn av läkarutbildningens organisation och finansiering har inte gjorts under senare år.

LÄKARUTBILDNINGENS LÅNGSIKTIGA DIMENSIONERING BRISTER

Dimensioneringen av den grundläggande läkarutbildningen styrs av många hänsyn, bland annat statsfinansiella ramar. Dimensioneringen påverkas även av de landsting som har universitetssjukhus och deras tillgång på handledningsresurser för den kliniska delen av läkarnas grundutbildning. Finansieringen via ALF-medel har också betydelse. Denna finansieringsform har kritiserats av olika skäl, bland annat för sin brist på transparens. De planeringsunderlag som presenterats av Högskoleverket respektive Socialstyrelsen spelar en mer underordnad roll för dimensioneringen. Socialstyrelsens så kallade Nationella planeringsstöd har i dag en oklar funktion.

Sedan lång tid tillbaka har alltför få läkare utbildats i Sverige. Andelen utlandsutbildade läkare har ökat starkt under senare år (från 25 till 65 procent av de nylegitimerade under perioden 1997–2007). Den ökning av läkarutbildningen som regeringen beslutat om de senaste åren är starkt försenad jämfört med tidigare redovisade planeringsunderlag, och den anses inte tillräcklig för att Sverige ska bli självförsörjande med läkare.

Detta ska ses mot bakgrund av att statliga beslut krävs för att anordna grundläggande läkarutbildning och mot bakgrund av att planeringsunderlagen från Högskoleverket sedan länge redovisat ett underskott på läkare. Även Socialstyrelsens underlag visar att det finns ett underskott på läkare, särskilt inom specialiteterna psykiatri och allmänmedicin. I den mån det finns en generell läkarbrist i landet blir denna särskilt märkbar inom just dessa specialiteter.

LANDSTINGENS ROLL I LÄKARUTBILDNINGEN ÄR MOTSÄGELSEFULL

Landstingens styrning av antalet ST-tjänster inom olika specialiteter följer inte alltid några långsiktiga vårdpolitiska prioriteringar. I vissa av de landsting vi besökt tillsätts ST-tjänster som följd av kortsiktigt motiverade initiativ från lokal verksamhetsnivå.³⁴¹ Därmed finns en risk för att landstingens långsiktiga behov av läkare inom olika specialiteter inte tillgodoses.

Landstingens ansvar för handledning av blivande läkare och specialister är komplicerat. Riksrevisionen vill särskilt framhålla följande:

- 1) Varje landsting har ett huvudmannansvar för hälso- och sjukvårdens försörjning med specialistutbildade läkare. Detta ansvar gäller inte bara den vård som bedrivs i landstingets egen regi utan även all annan vård inom länet. Styrningsförutsättningarna för personalförsörjningen ändras då vården privatiseras.
- 2) Det finns en konflikt mellan det enskilda landstingets kortsiktiga och långsiktiga intressen när det gäller läkarutbildning. Utbildning är en investering; den kostar handledningsresurser under den tid utbildningen pågår medan avkastningen i form av färdigutbildade läkare visar sig först senare. Detta skapar en risk för att utbildningsvolymen blir för liten.
- 3) Vissa landsting (inte alla) har stora möjligheter att rekrytera färdiga läkare och specialister från andra landsting, samt från utlandet. Detta minskar deras intresse för långsiktig utbildningsplanering. Landstingen i Norrland, som riskerar att förlora läkare genom utflyttning och har svårt att rekrytera söderifrån, tvingas "överutbilda" för att klara sin personalförsörjning. Utflyttningsregioner belastas härmed med ökade utbildningskostnader.
- 4) Alla landsting har inte samma utbildningsansvar. Ansvaret för handledning under grundutbildningen är störst i de landsting som har universitet som utbildar läkare (det är endast dessa landsting som mottar statlig ersättning i form av så kallade ALF-medel). Det är osäkert om handledningsresurserna är tillräckliga i dessa landsting.
- 5) I den del av hälso- och sjukvårdslagen som rör AT och ST talas det om kraven på *landstingen* i pluralis, trots att landstingen som kollektiv inte är en juridisk person. Lagstiftarens mening är här oklar.

MED NUVARANDE SYSTEM HAR VARKEN STATEN ELLER LANDSTINGEN MÖJLIGHETER ATT SÄKRA TILLGÅNGEN PÅ PSYKIATRER

Så som läkarutbildningens struktur ser ut i dag finns ingen möjlighet att säkra tillgången på läkare inom psykiatrin. Ansvarsfördelningen mellan regeringen, universiteten och landstingen är oklar och motsägelsefull.

³⁴¹ Se kapitel 9 i denna rapport.

Planeringssystemet är mycket osäkert. Detta har beskrivits i det föregående. Ytterligare två omständigheter bör framhållas.

Landstingen har ett ansvar för att förse vården med specialister, men staten har inget häremot svarande ansvar för att förse landstingen med personer med läkarexamen. Landstingens möjligheter att täcka sina behov när det gäller färdiga läkare och specialister inom olika grenar av vården förutsätter att läkarutbildningen vid universiteten håller en viss volym. Någon samordning mellan dimensioneringen av utbildningen vid universiteten och landstingens långsiktiga personalbehov har inte kunnat beläggas.

Statens styrning försvåras av att läkarutbildningen saknar en tydlig departemental förankring. Utbildningsdepartementet har ansvaret för läkarutbildningen vid universiteten. Men genom att varken allmäntjänstgöring (AT) eller specialisttjänstgöring (ST) är utbildningar i högskolelagens mening har banden till Utbildningsdepartementet brutits utan att Socialdepartementets ansvar har markerats. Den nuvarande ordningen går tillbaka på ett beslut som fattades av riksdagen år 1969. Den akademiska delen av utbildningen förkortades då med ett år till fem och ett halvt år och ersattes av AT i landstingens regi. Samtidigt betonades att hela utbildningen, även ST, skulle ses som en helhet och hållas samman av en övergripande planering där bland andra Socialstyrelsen hade en viktig roll. Denna del av reformen fick dock inget tydligt genomslag.

Dessa iakttagelser innebär inte att en stark planering och styrning skulle utgöra lösningen på problemet med att säkerställa ett tillräckligt antal specialister inom den psykiatriska vården. Riksrevisionen anser dock att iakttagelserna om läkarutbildningens struktur och nuvarande dimensioneringssystem tyder på att det finns ett behov av åtgärder på området.

11.7 Rekommendationer

INRIKTNINGEN AV DET STATLIGA STÖDET TILL PSYKIATRIN

Riksrevisionen anser att regeringen bör överväga att omfördela stödet till utveckling av vården av psykiskt sjuka. Tillfälliga resurstillskott bör ersättas med långsiktiga åtgärder som ligger inom det statliga ansvarsområdet och som stöder psykiatrin utan att försvaga landstingens ansvar. Sådana åtgärder, exempelvis utökad utbildning och forskning på psykiatris område, kan väntas få bättre verkningsgrad än tillfälliga resurstillskott till landstingen.

PSYKIATRIN I LÄKARUTBILDNINGEN

Riksrevisionen anser att regeringen bör överväga att förstärka läkarutbildningen i psykiatri. Särskilt vill Riksrevisionen peka på vikten av att läkarnas grundutbildning får ett större innehåll av psykiatri. Utökad forskning på området kan också öka psykiatrins attraktionskraft för blivande läkare. Riksrevisionen rekommenderar att regeringen tar initiativ till åtgärder på detta område.

LÄKARUTBILDNINGENS ORGANISATION OCH DIMENSIONERING

Riksrevisionen anser att läkarutbildningens organisation och finansiering bör ses över för att skapa ökad tydlighet i ansvarsförhållanden, dimensionering, styrning och uppföljning. Även landstingens roll bör omfattas av en sådan översyn. Landstingens åligganden i samband med läkarnas specialistutbildning bör förtydligas, liksom Socialstyrelsens roll när det gäller det Nationella planeringsstödet. Riksrevisionen rekommenderar att regeringen tar initiativ till en översyn av dessa frågor.

Referenser

LITTERATUR

- Abbott, Andrew (1988) *The systems of Professions: An Essay on the Division of Expert Labour*. The University of Chicago Press.
- Anell, Anders (2004) *Struktur, resurser, drivkrafter – sjukvårdens förutsättningar*. Studentlitteratur 2004.
- Anell, Anders (2007) "Varför är det så svårt att styra sjukvården?: Medicinsk specialisering och professionens intressen". I Blomqvist (2007).
- Anjou, Leif (2008) *Politisk styrning av kommunal tjänsteproduktion i egen regi: En flerfallsstudie av sjukvård och äldreomsorg*. Företagsekonomiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Blomqvist, Paula, red. (2007) *Vem styr vården?: Organisation och politisk styrning inom svensk sjukvård*. SNS Förlag.
- Bülow, Per (2004) *Efter mentalsjukhuset: En studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården*. Institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings universitet.
- Carlberg, Ingrid (2008) *Pillret*. Norstedts.
- Cederqvist, Jane, red. (2008) *Recept för vården: Om effektivitet i sjukvården och äldreomsorgen*. SNS Förlag.
- Cullberg, Johan (1988) *Dynamisk psykiatri*. Natur & Kultur.
- Cullberg, Johan (2000) *Psykos: Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv*. Natur & Kultur.
- Cullberg, Johan (2007) *Mitt psykiatriska liv*. Natur & Kultur.
- Esping, Hans (1994) *Ramlagar i förvaltningspolitiken*. SNS Förlag.
- Fries, Liv; Helgesson, Claes-Fredrik och Fernler, Karin (2007) "Mer än en litteraturöversikt: Evidensbaserade kunskapssammanställningar som regelsättande". I Helgesson och Fernler (2007).
- Fernler, Karin och Helgesson, Claes-Fredrik, red. (2007) *Kloka regler?: Kunskap i regelsamhället*. Studentlitteratur.

- Fernler, Karin; Sjögren, Ebba och Helgesson, Claes-Fredrik (2008) "Utan tvivel är man inte klok – kunskapsstyrningens problem". I Helgesson och Winberg (2008).
- Helgesson, Claes-Fredrik och Winberg, Hans, red. (2008) *Detta borde vårddebatten handla om*. IFL och EFI vid Handelshögskolan i Stockholm
- Hollander, Anna (1995) *Rättighetslag i teori och praxis*. Iustus förlag.
- Hubicka, Beata (2009) *Characteristics of Drunk Drivers in Sweden: alcohol problem, detection, crime records, psychosocial characteristics, personality traits and mental health*. Avhandling vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.
- Ihse, Ingemar (2008) "Sjukvårdens utveckling är dess största utmaning". I Cederqvist (2008).
- Johansson, Per Magnus (1999) *Freuds psykoanalys: Arvtagare i Sverige*. Daidalos.
- Johnsson, Lars-Åke (2002) *Patientsäkerhet och vårdkvalitet i hälso- och sjukvården*. Thomson fakta, 2:a uppl.
- Jonsson, Pia Maria; Agardh, Emilie och Brommels, Mats (2006) *Hälso- och sjukvårdens strukturreformer: Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien*. Ansvarskommitténs skriftserie.
- Jönsson, Bengt, m.fl. (2004) *Hälsa, vård och tillväxt*. Välfärdspolitiska rådets rapport, SNS.
- Karlsson, Lars (2003) *Konflikt eller harmoni?: Individuella rättigheter och ansvarsutkrävande i svensk och brittisk sjukvård*. CEFOS.
- Kragh, Jesper Vaczy, red. (2008) *Psykiatriens historie i Danmark*. Hans Reitzels Forlag.
- Liss, Per-Erik (2003) *Bedömning av behovet av läkare och sjuksköterskor: Teoretiska grunder*. Tema Hälsa och samhälle, Linköpings universitet.
- Luttenberger, Franz (1988) *Freud i Sverige*. Carlssons.
- Moberg, Åsa (2005) *Vara anhörig: Bok för anhöriga till psykiskt sjuka*. Bokförlaget DN.
- Qvarsell, Roger (2007) "Den svenska sjukvårdens organisation i ett historiskt perspektiv". I Blomqvist (2007).
- Riving, Cecilia (2009) *Icke som en annan människa: Psykisk sjukdom i mötet mellan psykiatri och lokalsamhället under 1800-talets andra hälft*. Gidlunds.
- Siverbo, Sven (2007) "Drivkrafter bakom nya organisationsmodeller". I Blomqvist (2007).
- Sunnqvist, Charlotta (2009) *Life Events, Stress and Coping*. Lund University.
- Svenaesus, Fredrik (2008) *Tabletter för känsliga själar*. Nya Doxa.

LAGAR, FÖRORDNINGAR OCH MYNDIGHETSFÖRESKRIFTER

Förordning (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Förordning (2007:603) om intern styrning och kontroll.

Förordning (2007:976) med instruktion för Rättsmedicinalverket.

Förordning (2007:1019) med instruktion för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Förordning (2007:1202) med instruktion för Socialstyrelsen.

Förordningen (2007:1214) med instruktion för Statens folkhälsoinstitut.

Förordning (2007:1233) med instruktion för Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Förordning (2007:1293) med instruktion för Högskoleverket.

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) (HSL).

Högskoleförordning (1993:100).

Högskolelag (1992:1434).

Kommunallag (1991:900).

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Lag (1996:1059) om statsbudgeten (budgetlagen).

Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS).

Myndighetsförordning (2007:515).

Socialtjänstlag (2001:453) (SoL).

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2005:11) *Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS.*

Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2006:12) *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.*

RIKSDAGSTRYCK

- Prop. 1969:35, *Angående vidareutbildning och fördelning av läkare m.m.*; SU 83.
- Prop. 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdsdrag, m.m.*; SoU 1981/82:381.
- Bet. 1991/92:SoU6 *Hälso- och sjukvård.*
- Prop. 1993/94:218 *Psykiskt stördas villkor.*; 1993/94:SoU28.
- Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
- Prop. 1997/98:5 *Läkarnas vidareutbildning.*; 1997/98:SoU8.
- Prop. 1997/98:109 *Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.*; 1997/98:SoU22.
- Prop. 1999/2000:1 UO 16.
- Prop. 1999/2000:79 *Från patient till medborgare.*; 1999/2000:SoU14.
- Prop. 1999/2000:149 *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.*; 2000/01:SoU5.
- Prop. 2007/08:1 *Budgetpropositionen för 2008.*
- Prop. 2007/08:70 *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården.*
- Prop. 2008/09:1 *Budgetpropositionen för 2009.*
- Prop. 2008/09:50 *Ett lyft för forskning och innovation.*; 2008/09:UbU4.
- Prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrirfrågor m.m.*
- Regeringens skrivelse 2008/09:185 *En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning.*

KOMMITTÉDIREKTIV

- Dir. 2007:39 *Utredning av den kliniska forskningens behov och villkor samt förslag till åtgärdsplan.*
- Dir. 2007:57 samt dir. 2007:171 *Patientsäkerhet och tillsyn m.m.*
- Dir. 2007:90 *Patientens rätt i vården.*
- Dir. 2007:91 *Nya former för stöd till kunskapsutvecklingen inom socialtjänsten.*
- Dir. 2008:93 *Översyn av den psykiatriska tvångsvårdsdragstiftningen.*

SOU OCH DS

SOU 1967:51 *Läkares grundutbildning och vidareutbildning.*

SOU 1984:63 *Homosexuella och samhället.* Utredningen om homosexuellas situation i samhället.

SOU 1992:73 *Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda.* Slutbetänkande av Psykiatriutredningen.

Ds 1994:57 *Den framtida efterfrågan på läkare m.m.*

SOU 1989:29 *Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet.* Utredningen rörande driftersättningar till undervisningssjukhus.

Ds 1999:44 *Den ljusnande framtid är vård. Om vård och omsorg – en arbetsmarknad i utveckling.*

SOU 1999:66 *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården.* Slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000.

SOU 1999:66 *God vård på lika villkor? – om statens styrning av hälso- och sjukvården.* Bil. 2-6, Underlag till slutbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation – HSU 2000.

SOU 2002:3 *Psykisk störning, brott och ansvar.* Psykansvarskommittén.

SOU 2004:100 *Tillsyn: Förslag om en tydligare och effektivare offentlig tillsyn.* Slutbetänkande av Tillsynsutredningen.

Ds 2005:7 *lakttagelser om landsting.* Kansliet för samverkan med kommuner och landsting (KOMSAM), Finansdepartementet.

SOU 2006:77 *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa: Analyser och förslag till åtgärder.* Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa.

SOU 2006:91 *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare.* Nationell psykiatrisamordning.

SOU 2006:100 *Ambition och ansvar: Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder.* Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning.

SOU 2007:10 *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft.* Slutbetänkande av Ansvarskommittén.

SOU 2007:12 *Hälso- och sjukvården.* Sekretariatsrapport nr 2, Ansvarskommittén.

SOU 2007:81 *Resurser för kvalitet.* Slutbetänkande av Resursutredningen.

SOU 2007:82 *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*. Slutbetänkande av Utredningen om tillsynen inom socialtjänsten.

SOU 2008:7 *Världsklass!: Åtgärdsplan för den kliniska forskningen*. Delbetänkande av Utredningen av den kliniska forskningen.

SOU 2008:77 *Möjlighet att leva som andra: Ny lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning*. Slutbetänkande av LSS-kommittén.

SOU 2008:117 *Patientsäkerhet: Vad har gjorts? Vad behöver göras?* Patientsäkerhetsutredningen.

SOU 2009:43 *Ett lyft för sjukvården*. Slutbetänkande av Utredningen av den kliniska forskningen.

RAPPORTER FRÅN NATIONELL PSYKIATRISAMORDNING

En översiktlig genomgång av dagsläget inom svensk psykiatri. PM 2004-06-10. Nationell psykiatrisamordning.

S 2003:9. *I begynnelsen var organisationen... Rehabilitering till arbete för personer med psykiska funktionshinder – hinder och möjligheter*. Nationell psykiatrisamordning.

Rapport 2006:2. *Utveckling av vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare – ett diskussionsunderlag om ansvar och organisation*. Nationell psykiatrisamordning.

Rapport 2006:3. *Långsiktighet, samordning och engagemang – en strategi för statlig styrning på psykiatrins område*. Nationell psykiatrisamordning. Rapport

Rapport 2006:4. *Vad kostar vård och stöd för personer med psykiskt funktionshinder?* Nationell psykiatrisamordning.

Rapport 2006:5. *Vad är psykiskt funktionshinder?: Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder*. Nationell psykiatrisamordning.

REMISSYTTRANDEN

Remissyttranden med anledning av betänkandena SOU 2006:100 och SOU 2006:91.

RIKSREVISIONEN (RIR) OCH RRV

RRV 2003:14, *Att styra genom att komma överens. En granskning av utvecklingsavtalets förutsättningar för att vara ett effektivt styrmedel.*

RiR 2004:9, *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård.*

RiR 2006:5, *Länsstyrelsernas tillsyn av överförmyndare.*

RiR 2007:1, *Statlig tillsyn av bostad med särskild service enligt LSS.*

RiR 2007:16, *Regeringens uppföljning av kommunernas ekonomi.*

RiR 2007:23 *Statens insatser vid anmälningar av vårdskador.*

Psykiatrireformen. Förstudie 2003-06-15. Dnr 31-2004-0715, RiR.

Statsbidragen till sjukvården – en analys av Dagmarreformen m.m. Förvaltningsrevisionen utreder Fu 1991:3, RRV.

Stöd och service till personer med funktionshinder. Förstudierapport 22 oktober 2004, dnr 31-2004-0809, RiR.

RAPPORTER FRÅN SOCIALSTYRELSEN

1999

Välfärd och valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, Socialstyrelsen 1999:1.

2002

Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2002. Socialstyrelsen.

2003

Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – en översyn. Socialstyrelsen 2003.

Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan och dess möjliga samband med brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet. Skrivelse till regeringen 2003-10-16, dnr 00-5240/2003, Socialstyrelsen.

2004

Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut.

Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Handbok för handläggning, Socialstyrelsen.

2005

Folkhälsorapport 2005. Tematisk översikt och analys, Socialstyrelsen.

Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004. Tillsynsåterföring, Socialstyrelsen.

Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport. Uppföljning och utvärdering, Socialstyrelsen 2005.

Perspektiv på... Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn, Socialstyrelsen och länsstyrelserna, Socialstyrelsen 2005.

2006

Det lönar sig – ekonomiska effekter av verksamheter med personligt ombud. Socialstyrelsen och Länsstyrelsen i Skåne län, 2006.

Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom: En sammanställning av systematiska översikter. Socialstyrelsen 2006

Nationellt kunskapscentrum för tidiga insatser till barn och unga som löper risk att drabbas av psykisk ohälsa – förslag till arbetsuppgifter och organisation. Skrivelse, december 2006, Socialstyrelsen.

Psykiatri och socialtjänst för personer med psykisk sjukdom och/eller psykiskt funktionshinder. Lägesbeskrivning, Socialstyrelsen, 2006.

Uppföljning av överenskommelser om en fortsatt satsning för utveckling av primärvård, äldreomsorg och psykiatri. Delrapport, Socialstyrelsen 2006.

2007

Baspersonalens kompetens. Förslag till kompetensförstärkningar i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Kunskapsöversikt, Socialstyrelsen 2007.

Hälso- och sjukvårdsinsatser för psykiskt funktionshindrade i hem för vård eller boende (HVB). 2007.

Nationell strategi för en evidensbaserad praktik för vuxna personer med psykisk sjukdom eller funktionshinder. Socialstyrelsen 2007.

Nationella kvalitetsregister inom psykiatrin – Socialstyrelsens förslag till utveckling. Skrivelse, Socialstyrelsen 2007.

Prioriteringar i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens analys och slutsatser utifrån rapporten "Vårdens alltför svåra val?" Socialstyrelsen 2007.

Satsning på psykiatri och socialtjänst 2005–2006. Socialstyrelsens uppföljning. Socialstyrelsen 2007.

Själv mord 2006 anmälda enligt Lex Maria. En sammanställning av de beslut som har fattats t.o.m. mars 2007. Socialstyrelsen 2007.

Skrivelse till regeringen angående bristen på specialister i psykiatri. Socialstyrelsen Dnr 52-11235/2007. 2007-12-07.

Socialstyrelsens stöd till utvecklingen inom den psykiatriska hälso- och sjukvården samt till kommunernas verksamheter för personer med psykiska funktionshinder. Socialstyrelsen 2007.

Webbaserad utbildning för personal inom landstingens psykiatriska verksamheter. Socialstyrelsen 2007.

2008

Beskrivning av vårdutnyttjande i psykiatri. En rapport baserad på hälsodata-registren vid Socialstyrelsen. Lägesrapport, Socialstyrelsen 2008.

Folkhälsa och sociala förhållanden. Socialstyrelsen 2008.

Läkarnas specialiseringstjänstgöring: Föreskrifter och allmänna råd, Målbeskrivningar 2008, Socialstyrelsen.

Satsning på landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa 2007. Uppföljning, Socialstyrelsen 2008.

Sjukdomar i slutet vård 1987–2007. Socialstyrelsen 2008.

Tillgång på: specialistläkare 2006. Socialstyrelsen, 2008.

Tvångsvården 2008: Sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008. Socialstyrelsen 2008.

Uppföljning av den nationella vårdgarantin. Socialstyrelsen 2008.

Uppföljning av överenskommelserna om en fortsatt satsning på primärvård, äldre vård och psykiatri. Slutrapport, Socialstyrelsen 2008.

Årsrapport NPS 2008. En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Socialstyrelsen 2008.

Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Socialstyrelsen 2008.

2009

Folkhälsorapport 2009.

METIS-projektet: Uppföljning SK-kurser i psykiatri år 2008, Socialstyrelsen 2009.

Nytt om NU!

Årsrapport NPS 2009: En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad. Socialstyrelsen 2009.

RAPPORTER FRÅN ÖVRIGA MYNDIGHETER OCH ORGANISATIONER

ALF-avtalet: Resurser – samverkan, fördelning. (2002) Publicerad av utredningen ALF-TUA-förhandlingen. Utbildningsdepartementet.

Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna (2008) Samnordisk arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor (SNAPS).

Effekter av psykosociala insatser för personer med schizofreni eller bipolär sjukdom. En sammanställning av systematiska översikter. (2006) Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete vid Socialstyrelsen (IMS).

Effektiviseringsstrategier i landstingen. En beskrivning av arbetet med att skapa bättre resultat med tillgängliga resurser. (2006) SKL.

Har Poliser rätt förutsättningar att bemöta psykiskt sjuka? En undersökning bland 2024 poliser. (2008) Polisförbundet, Exquiro Market Research.

Hur går det med den nationella handlingsplanen? – en uppföljning av Läkarförbundet. (2003) Sveriges Läkarförbund.

Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden. Ett planeringsunderlag inför läsåret 2008/09. (2008) Rapport 2008:2 R, Högskoleverket.

Högskoleutbildningarna och arbetsmarknaden. Ett planeringsunderlag inför läsåret 2009/10. (2009) Rapport 2009:5R, Högskoleverket.

Modeller för styrning. Förslag om hur staten kan styra kommuner och landsting. Rapport 2005:2, Statskontoret.

Nationell psykiatrisamordning. Varför brister samarbetet kring psykiskt funktionshindrade? PM 2005-04-04.

Psykiaters liv och arbetssituation. (2008) Enkätstudie. Sveriges kommuner och landsting, SKL och Sveriges Läkarförbund.

Reglering och andra styrmedel. En studie av hur staten styr kommuner och landsting (2005) Statskontoret 2005:28.

Slutrapport Psykiatrins ansikten. (2009) Svenska Läkaresällskapet.

Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2006 (2007) Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2007 (2008). Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Statsbidragen till kommuner och landsting. (2003) En kartläggning och analys. Statskontoret 2003:5.

Till Exempel. Åtta sätt att möta psykisk ohälsa. (2007) Av Hans Nordén. Sveriges kommuner och landsting (SKL).

The Depression Report. (2005) London School of Economics.

ST-utbildning och handledning – ”Nu går den mesta tiden åt till enbart produktion”. SYLF:s ST-enkät 2008. (2008) Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF).

Tillgänglighet till insatser för att möta psykisk ohälsa hos barn och ungdomar. (2007) Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor (2007) Högskoleverket, Rapport 2007:23 R.

Vårdens alltför svåra val? Kartläggning av prioriteringsarbete och analys av riksdagens principer och riktlinjer för prioriteringar i hälso- och sjukvården. (2007) Rapport 2007:2, PrioriteringsCentrum.

Verksamhetsanknutna statsbidrag till kommuner och landsting. En studie av hur bidragen följs upp och utvärderas. (2007) Rapport 2007:17, Statskontoret.

Är depression en klassfråga? (2008) Folkhälsoinstitutet.

RAPPORTER FRÅN LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av avtal om läkarutbildning och forskning. (2008) Umeå universitet och Västerbottens läns landsting, framtagen på uppdrag av Västerbottens läns landstings revisorer. Granskningsrapport nr 01/2008.

Granskning av utbildning och personalförsörjning med avseende på ST-läkare (2007) Landstingsrevisionen i Uppsala läns landsting.

Granskning av Landstingets läkarförsörjning och utbildning av specialistläkare (2007) Granskningsrapport nr 02/2007, Landstingsrevisionen inom Västerbottens läns landsting.

Styrning av läkar- och sjuksköterskeförsörjning i Stockholms län. (2009) Projekt-rapport nr 26/2008, Landstingsrevisionen i Stockholms läns landsting.

INTERNT UNDERLAGSMATERIAL

Dittmer, Cecilia (2009-01-26) *Den statliga dimensioneringen av läkarutbildningen. Från 1960-talet fram till i dag.* Intern PM, Riksrevisionen.

Dittmer, Cecilia (2008-12-08) *Sammanfattande PM baserad på underlag från landstingsrevisionen i fem län.* Intern PM, Riksrevisionen.

ARTIKLAR I DAGSPRESS OCH FACKPRESS

Tidigare utgivna rapporter från Riksrevisionen

2003	2003:1	Hur effektiv är djurskyddstillsynen?
2004	2004:1	Länsplanerna för regional infrastruktur – vad har styr prioriteringarna?
	2004:2	Förändringar inom kommittéväsendet
	2004:3	Arbetslöshetsförsäkringens hantering på arbetsförmedlingen
	2004:4	Den statliga garantimodellen
	2004:5	Återfall i brott eller anpassning i samhället – uppföljning av kriminalvårdens klienter
	2004:6	Materiel för miljarder – en granskning av försvarets materielförsörjning
	2004:7	Personlig assistans till funktionshindrade
	2004:8	Uppdrag statistik – Insyn i SCB:s avgiftsbelagda verksamhet
	2004:9	Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård
	2004:10	Bistånd via ambassader – en granskning av UD och Sida i utvecklingssamarbetet
	2004:11	Betyg med lika värde? – en granskning av statens insatser
	2004:12	Höga tjänstemäns representation och förmåner
	2004:13	Riksrevisionens årliga rapport 2004
	2004:14	Arbetsmiljöverkets tillsyn
	2004:15	Offentlig förvaltning i privat regi – statsbidrag till idrottsrörelsen och folkbildningen
	2004:16	Premiepensionens första år
	2004:17	Rätt avgifter? – statens uttag av tvingande avgifter
	2004:18	Vattenfall AB – Uppdrag och statens styrning
	2004:19	Vem styr den elektroniska förvaltningen?
	2004:20	The Swedish National Audit Office Report 2004
	2004:21	Försäkringskassans köp av tjänster för rehabilitering
	2004:22	Arlandabanan – Insyn i ett samfinansierat järnvägsprojekt
	2004:23	Regelförenklingar för företag
	2004:24	Snabbare asylprövning
	2004:25	Sjukpenninganslaget – utgiftsutveckling under kontroll?
	2004:26	Utgift eller inkomstavdrag? – Regeringens hantering av det tillfälliga sysselsättningsstödet
	2004: 27	Stödet till polisens brottsutredningar
	2004:28	Regeringens förvaltning och styrning av sex statliga bolag
	2004:29	Kontrollen av strukturfonderna
	2004:30	Barnkonventionen i praktiken

- 2005 2005:1 Miljömålsrapporteringen – för mycket och för lite
- 2005:2 Tillväxt genom samverkan? Högskolan och det omgivande samhället
- 2005:3 Arbetslöshetsförsäkringen – kontroll och effektivitet
- 2005:4 Miljögifter från avfallsförbränningen – hur fungerar tillsynen
- 2005:5 Från invandrapolitik till invandrapolitik
- 2005:6 Regionala stöd – styrs de mot ökad tillväxt?
- 2005:7 Ökad tillgänglighet i sjukvården? – regeringens styrning och uppföljning
- 2005:8 Representation och förmåner i statliga bolag och stiftelser
- 2005:9 Statens bidrag för att anställa mer personal i skolor och fritidshem
- 2005:10 Samordnade inköp
- 2005:11 Bolagiseringen av Statens järnvägar
- 2005:12 Uppsikt och tillsyn i samhällsplaneringen – intention och praktik
- 2005:13 Riksrevisionens årliga rapport 2005
- 2005:14 Förtidspension utan återvändo
- 2005:15 Marklösen – Finns förutsättningar för rätt ersättning?
- 2005:16 Statsbidrag till ungdomsorganisationer – hur kontrolleras de?
- 2005:17 Aktivitetsgarantin – Regeringen och AMS uppföljning och utvärdering
- 2005:18 Rikspolisstyrelsens styrning av polismyndigheterna
- 2005:19 Rätt utbildning för undervisningen – Statens insatser för lärarkompetens
- 2005:20 Statliga myndigheters bemyndiganderedovisning
- 2005:21 Lärares arbetstider vid universitet och högskolor – planering och uppföljning
- 2005:22 Kontrollfunktioner – två fallstudier
- 2005:23 Skydd mot mutor – Läkemedelsförmånsnämnden
- 2005:24 Skydd mot mutor – Apoteket AB
- 2005:25 Rekryteringsbidrag till vuxenstuderande – uppföljning och utbetalningskontroll
- 2005:26 Granskning av Statens pensionsverks interna styrning och kontroll av informationssäkerheten
- 2005:27 Granskning av Sjöfartsverkets interna styrning och kontroll av informationssäkerheten
- 2005:28 Fokus på hållbar tillväxt? Statens stöd till regional projektverksamhet
- 2005:29 Statliga bolags årsredovisningar
- 2005:30 Skydd mot mutor – Banverket
- 2005:31 När oljan når land – har staten säkerställt en god kommunal beredskap för oljekatastrofer?

- 2006 2006:1 Arbetsmarknadsverkets insatser för att minska deltidsarbetslösheten
- 2006:2 Regeringens styrning av Naturvårdsverket
- 2006:3 Kvalitén i elöverföringen – finns förutsättningar för en effektiv tillsyn?
- 2006:4 Mer kemikalier och bristande kontroll – tillsynen av tillverkare och importörer av kemiska produkter
- 2006:5 Länsstyrelsernas tillsyn av överförmyndare
- 2006:6 Redovisning av myndigheters betalningsflöden
- 2006:7 Begravningsverksamheten – förenlig med religionsfrihet och demokratisk styrning?
- 2006:8 Skydd mot korruption i statlig verksamhet
- 2006:9 Tandvårdsstöd för äldre
- 2006:10 Punktskattekontroll – mest reklam?
- 2006:11 Vad och vem styr de statliga bolagen?
- 2006:12 Konsumentskyddet inom det finansiella området – fungerar tillsynen?
- 2006:13 Kvalificerad yrkesutbildning – utbildning för marknadens behov?
- 2006:14 Arbetsförmedlingen och de kommunala ungdomsprogrammen
- 2006:15 Statliga bolag och offentlig upphandling
- 2006:16 Socialstyrelsen och de nationella kvalitetsregistren inom hälso- och sjukvården
- 2006:17 Förvaltningsutgifter på sakanslag
- 2006:18 Riksrevisionens årliga rapport
- 2006:19 Statliga insatser för nyanlända invandrare
- 2006:20 Styrning och kontroll av regeltillämpningen inom socialförsäkringen
- 2006:21 Finansförvaltningen i statliga fastighetsbolag
- 2006:22 Den offentliga arbetsförmedlingen
- 2006:23 Det makroekonomiska underlaget i budgetpropositionerna
- 2006:24 Granskning av Arbetsmarknadsverkets interna styrning och kontroll av informationssäkerheten
- 2006:25 Granskning av Migrationsverkets interna styrning och kontroll av informationssäkerheten
- 2006:26 Granskning av Lantmäteriverkets interna styrning och kontroll av informationssäkerheten
- 2006:27 Regeringens uppföljning av överskottsmålet
- 2006:28 Anställningsstöd
- 2006:29 Reformen av Försvarets logistik – Blev det billigare och effektivare?
- 2006:30 Socialförsäkringsförmåner till gravida – Försäkringskassans agerande för en lagenlig och enhetlig tillämpning
- 2006:31 Genetiskt modifierade organismer – det möjliga och det rimliga
- 2006:32 Bidrag som regeringen och Regeringskansliet fördelar

- 2007 2007:1 Statlig tillsyn av bostad med särskild service enligt LSS
- 2007:2 The Swedish National Audit Office – Annual report 2006
- 2007:3 Regeringens beredning och redovisning av skatteutgifter
- 2007:4 Beredskapen för kärnkraftsolyckor
- 2007:5 Regeringens skatteprognoser
- 2007:6 Vägverkets körprov – lika för alla?
- 2007:7 Den största affären i livet – tillsyn över fastighetsmäklare och konsumenternas möjlighet till tvistelösning
- 2007:8 Regeringens beredning av förslag om försäljning av sex bolag
- 2007:9 Säkerheten vid vattenkraftdammar
- 2007:10 Regeringens styrning av informationssäkerhetsarbetet i den statliga förvaltningen
- 2007:11 Statens företagsbefrämjande insatser. När de kvinnor och personer med utländsk bakgrund?
- 2007:12 Hur förbereds arbetsmarknadspolitiken? En granskning av regeringens underlag
- 2007:13 Granskning av Årsredovisning för staten 2006
- 2007:14 Riksrevisionens årliga rapport
- 2007:15 Almi Företagspartner AB och samhällsupdraget
- 2007:16 Regeringens uppföljning av kommunernas ekonomi
- 2007:17 Statens insatser för att hantera omfattande elavbrott
- 2007:18 Bilprovningen och tillgängligheten – Granskning av ett samhällsupdrag
- 2007:19 Tas sjukskrivnas arbetsförmåga tillvara? Försäkringskassans kontakter med arbetsgivare
- 2007:20 Oegentligheter inom bistånd – Är Sidas kontroll av biståndsinsatser via enskilda organisationer tillräcklig?
- 2007:21 Regeringens analys av finanspolitikens långsiktiga hållbarhet
- 2007:22 Sambandet mellan utgiftstaket, överskottsålet och skattepolitiken – regeringens redovisning
- 2007:23 Statens insatser vid anmälningar av vårdskador – Kommer patienten till tals?
- 2007:24 Utanförskap på arbetsmarknaden – Funktionshindrade med nedsatt arbetsförmåga
- 2007:25 Styrelser med fullt ansvar
- 2007:26 Regeringens redovisning av budgeteffekter
- 2007:27 Statligt bildade stiftelsers årsredovisningar
- 2007:28 Krisberedskap i betalningssystemet – Tekniska hot och risker
- 2007:29 Vattenfall – med vind i ryggen?
- 2007:30 Så förvaltas förmögenheten – fem stiftelsers kapitalförvaltning och regeringens roll som stiftare
- 2007:31 Budgetstöd genom bistånd – regeringens och Sidas hantering av en central biståndsform
- 2007:32 Försäkringskassans hantering av arbetsskadeförsäkringen

- 2008 2008:1 Pandemier - hantering av hot mot människors hälsa
- 2008:2 Statens insatser för att bevara de kyrkliga kulturminnena
- 2008:3 Staten och pensionsinformationen
- 2008:4 Regeringens redovisning av arbetsmarknadspolitikens förväntade effekter
- 2008:5 Högskolelärares bisysslor
- 2008:6 Regler och rutiner för indirekt sponsring inom SVT – tillräckligt för att säkerställa SVT:s oberoende?
- 2008:7 Statligt bildade stiftelser – regeringens insyn och uppföljning
- 2008:8 Dricksvattenförsörjning – beredskap för stora kriser
- 2008:9 Regeringen och krisen – regeringens krishantering och styrning av samhällets beredskap för allvarliga samhällskriser
- 2008:10 Riksrevisionens årliga rapport
- 2008:11 Tvärvillkorskontroller i EU:s jordbruksstöd
- 2008:12 Regeringens försäljning av åtta procent av aktierna i TeliaSonera
- 2008:13 Svenskundervisning för invandrare (sfi) – En verksamhet med okända effekter
- 2008:14 Kulturbidrag – effektiv kontroll och goda förutsättningar för förnyelse?
- 2008:15 Tillämpningen av det finanspolitiska ramverket – Regeringens redovisning i 2008 års ekonomiska vårproposition
- 2008:16 Sänkta socialavgifter – för vem och till vilket pris?
- 2008:17 Regeringens hantering av tilläggsbudgeten
- 2008:18 Avveckling av myndigheter
- 2008:19 Hög kvalitet i högre utbildning?
- 2008:20 Granskning av Årsredovisning för staten 2007
- 2008:21 Statens styrning av kvalitet i privat äldreomsorg
- 2008:22 Rekryteringen av internationella studenter till svenska lärosäten
- 2008:23 Statens insatser för ett hållbart fiske
- 2008:24 Stöd till start av näringsverksamhet – Ett framgångsrikt program
- 2008:25 Kasernen Fastighetsaktiebolag
- 2008:26 Utanförskap och sysselsättningspolitik – regeringens redovisning
- 2008:27 Delpension för statligt anställda – tillämpning och effekter
- 2008:28 Skyddat arbete hos Samhall – mer rehabilitering för pengarna
- 2008:29 Skyddet för farligt gods
- 2008:30 Tillämpningen av det finanspolitiska ramverket – regeringens redovisning i budgetpropositionen för 2009
- 2008:31 Svenska trygghetssystem utomlands – Försäkringskassans och CSN:s utbetalningar och fordringshantering.

2009	2009:1	Omställningskrav i sjukförsäkringen – att pröva sjukas förmåga i annat arbete
	2009:2	Försäkringskassans inköp av IT-lösningar
	2009:3	Skatteuppskov – Regeringens redovisning av bostadsuppskov och pensionssparavdrag
	2009:4	Swedfund International AB och samhällsuppdraget
	2009:5	En effektiv och transparent plan- och byggprocess? Exemplet buller
	2009:6	Energideklarationer – få råd för pengarna
	2009:7	Beslut om sjukpenning – har Försäkringskassan tillräckliga underlag?
	2009:8	Riksrevisionens årliga rapport
	2009:9	Regeringens försäljning av V&S Vin & Sprit AB

Beställning: publikationsservice@riksrevisionen.se