

# Delmål 1: Psykisk hälsa ses som en resurs för individen och samhället

Detta delmål genomsyrar övriga delmål och syftar till att öka fokus på att identifiera och stärka individens egna resurser och de faktorer i det omgivande samhället som stärker människors psykiska hälsa och psykiska välbefinnande. Det handlar om att rikta fokus på det som stärker människors hela livssituation och skapar mening och sammanhang, exempelvis ökat fokus på individers livsområden och vardagsarenor såsom bostad, skola, arbete och närmiljöer. Dessa arenor behöver utformas så att de främjar hälsan och stärker eller bibehåller människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Ökat fokus på dessa arenor och på faktorer som främjar psykiskt välbefinnande öppnar upp för insatser inom många olika samhällssektorer. Investeringar i insatser som främjar det psykiska välbefinnandet kan också stärka hela samhällets utveckling, både socialt och ekonomiskt.

Ett högt psykiskt välbefinnande i befolkningen är ett viktigt mål då det är en resurs som ger motståndskraft och minskar risken för psykisk ohälsa och som kan motverka eller lindra negativa effekter av psykiatriska tillstånd. Genom att betrakta psykisk hälsa som resurs betonas kvaliteter och förmågor som enskilda individer förfogar över. Det handlar om olika tillgångar, såväl materiella, sociala och existentiella, men även om psykologiska strategier som kan läras ut och utvecklas. Exempel kan vara känslor av trygghet och tillhörighet i världen som gör det möjligt för människor att känna mening med livet samtidigt som det stödjer förmågan att hantera kriser och tillvarons yttersta frågor.

Folkhälsomyndighetens analyser visar att det finns ett intresse hos allmänheten att lära sig mer om psykisk hälsa, sätt att förbättra sin hälsa och sätt att uttrycka hur man mår och känner. Med kunskap om vad psykisk hälsa och psykiskt välbefinnande är har individer bättre möjligheter att själv hitta strategier för att stärka hälsan och välbefinnandet. Samhällsaktörer kan tillhandahålla information och praktiska verktyg som individer själva kan tillägna sig för att stärka kunskapen, förståelsen och de färdigheter som behövs för att öka välbefinnandet och stärka motståndskraften mot psykisk ohälsa.

Vårt samhälle är föränderligt och övergripande samhällsförändringar och globala händelser ger förändrade förutsättningar för individers psykiska hälsa och välbefinnande och för hur insatser inom området ska utformas. Den digitala utvecklingen, demografiska förändringar, klimatförändringar och konflikter är 42 exempel på förändringar som enskilt och i kombination med varandra påverkar detta. Det behövs ytterligare kunskap om hur dessa förändringar påverkar den psykiska hälsan och välbefinnandet.

## Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om att psykisk hälsa ses som en resurs för individen och samhället fokuserar på följande insatsområden:

1. Stärka arbetet med att främja psykiskt välbefinnande.
2. Genomföra insatser för att stärka allmänhetens kunskaper om psykisk hälsa.
3. Öka kunskapen om globala samhällsförändringars påverkan på psykisk hälsa.

## Delmål 2: Ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet

En god psykisk hälsa byggs i stor utsträckning upp under barndomen och ungdomen. Under denna period utvecklas förmågor såsom att uttrycka och reglera känslor, att forma trygga sociala relationer och att utforska och lära sig saker. Barn och unga som växer upp med goda levnadsförhållanden har bättre förutsättningar för att utveckla psykiskt välbefinnande och minskad risk för psykisk ohälsa och suicid senare i livet. Därför är det viktigt att investera i barn och unga och ge dem bästa möjliga förutsättningar att få en trygg uppväxt och utvecklas, lära och må bra genom hela livet.

### Skydds- och riskfaktorer under uppväxten

Föräldrar som förmår att utöva ett gott föräldraskap är en viktig skyddsfaktor för barn (82). Det kan bland annat stärka barnens möjligheter att skapa goda relationer till andra senare i livet, vilket är viktigt för en god psykisk hälsa. Det är därför viktigt att föräldrar söker stöd när de behöver det och att stödet är lättillgängligt.

Risikfaktorer för psykisk ohälsa är bland annat att leva i ekonomisk utsatthet. Barn som gör det rapporterar oftare psykiska och psykosomatiska besvär. Andra riskfaktorer är att tidigt uppleva trauma, växa upp med konfliktfyllda föräldrarelationer eller utsättas för eller bevittna våld samt skadlig konsumtion av alkohol och narkotika eller psykisk ohälsa i hemmet.

### Förskolan och skolan som hälsofrämjande arenor

Viktiga hälsofrämjande arenor för barn och unga är förskolan och skolan. Barns psykiska hälsa och välbefinnande kan påverkas positivt av en hälsofrämjande förskola av hög kvalitet där det finns utrymme att bygga gemenskap och skapa en positiv atmosfär för lärande. Förskolan har också möjlighet att tidigt uppmärksamma barn vars hemmiljö brister på något vis eller barn med ogynnsam utveckling, och kan i ett tidigt skede ge särskilt stöd eller hänvisa vidare till hjälp och stödinstitutioner.

Fullgjord grundskola och gymnasieexamen är en av de viktigaste skyddsfaktorerna för god psykisk hälsa och goda livsmöjligheter i framtiden. Omvänt är svaga skolprestationer och skolmisslyckande riskfaktorer för psykisk ohälsa och suicid. Skolan ska arbeta för en utbildning av god kvalitet och för att ge alla elever likvärdiga möjligheter att utvecklas och lära. Skolan ska ta hänsyn till elevers olika behov och sträva efter att uppväga skillnader i elevernas förutsättningar för att tillgodogöra sig utbildningen. Det ska också enligt skollagen vara lika kvalitet på utbildningen.

I dag finns en spridning i skolors genomsnittliga resultat, som delvis har samband med att skolorna är segregerade efter både socioekonomisk och utländsk bakgrund bland eleverna. Sådan segregation kan leda till att vissa skolor får svårt att kompensera för elevers olika behov och förutsättningar.

Elever med olika typer av funktionsnedsättningar eller psykiatriska tillstånd och svårare psykiska besvär möter olika utmaningar för sitt lärande i skolan, och det ökar risken för att de inte ska möta utbildningens mål. Skolan kan då behöva sätta in olika typer av stöd och åtgärder.

En utbildning som utformas hälsofrämjande och i enlighet med demokratiska värderingar och mänskliga rättigheter främjar trygghet och hälsa för barn och elever. Hälsofrämjande arbete i skolan kan handla om goda och tillgängliga lärmiljöer, stödjande och tillitsfulla relationer till skolpersonal och skolkamrater och positiva känslor av inflytande och delaktighet i det egna lärandet. Elevhälsan spelar en viktig roll för skolans hälsofrämjande arbete på individ-, grupp- och skolenhetsnivå. Skolans huvudman ska skapa förutsättningar för ett kontinuerligt hälsofrämjande och förebyggande utvecklingsarbete samt säkerställa en jämlik tillgång till elevhälsan och att de olika kompetenser som krävs finns tillgängliga.

Tiden i skolan medför mycket positivt men kan även ha negativ effekt på elevers självbild, hälsa och välbefinnande, exempelvis genom mobbning, skolstress och prestationskrav. Psykosomatiska symtom är till exempel vanligare bland elever som känner sig stressade av skolarbetet, än bland andra. Andelen som känner sig stressade har också ökat sedan 1990-talets slut, liksom andelen med psykisk ohälsa.

## Fritidsaktiviteter och internetanvändning

Fysisk aktivitet är bra för både den fysiska och den psykiska hälsan, eftersom det kan bidra till ökat välbefinnande och ge bättre sömn, koncentrationsförmåga och minne samt skydda mot ångest och depression. Barn och unga behöver få möjligheter att vara fysiskt aktiva och kreativa och att få utveckla sina sociala och kognitiva färdigheter. Trygga mötesplatser, och meningsfulla och samtidigt utmanande fritidsaktiviteter, bidrar till barns och ungas utveckling och ger möjlighet till social gemenskap med andra. Vissa barn saknar resurser av olika slag eller har särskilda behov, och kan därmed uteslutas från möjligheten att delta i 44 fritidsaktiviteter. Det påverkar förutsättningarna för att uppnå en god och jämlik hälsa för alla barn.

Barn och unga tillbringar en stor del av sin tid med digitala medier, såsom sociala medieplattformar och spel, och dessa är nu så integrerade i vardagen att de kan betraktas som digitala uppväxtmiljöer. Forskning tyder på att detta har både positiva och negativa hälsoeffekter. En negativ aspekt är att barn kan utsättas för innehåll som är skadligt genom att det exempelvis främjar osunda kroppsideal och självdestruktiva beteenden. Barn och unga med intellektuell eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning är särskilt sårbara och mer utsatta än andra barn. Ungas internetvanor påverkas dessutom av hur bra eller dåligt de mår. Till exempel tenderar unga personer med suicidtankar att söka mer efter skadlig information, såsom metoder för suicid, än efter sidor om hjälp och förebyggande insatser.

## Tillgång till information och stöd

I en nyligen genomförd kartläggning och intervjustudie med ett omfattande antal ungdomar lyfts behovet av lågröskelverksamheter dit de kan vända sig för att ventilera sin oro, diskutera valmöjligheter och strategier för att hantera vardagliga utmaningar och få bekräftelse på att man duger som man är. Ungdomsmottagningar och studenthälsan är exempel på sådana verksamheter. Studien visar också att det behövs bättre och mer tillgänglig information om vart man kan vända sig med olika frågor och vid psykisk ohälsa.

Det är också viktigt att barn och unga som mår dåligt uppmärksammas tidigt för att de ska få det stöd och den vård de behöver innan mer allvarliga besvär utvecklas. Stödet behöver ha ett helhetsperspektiv vilket förutsätter samverkan och samordning mellan bland annat skolan, socialtjänsten och hälso- och sjukvården. På så sätt kan kompetenser användas mer effektivt och fler få det stöd som de behöver.

## Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om ökade investeringar i barn och unga för en god psykisk hälsa genom hela livet fokuserar på följande insatsområden:

1. Stärka arbetet för en trygg uppväxt för alla barn.
2. Öka fokus på förskolan som hälsofrämjande arena.
3. Säkerställa likvärdiga möjligheter till lärande, utveckling och hälsa för alla barn.
4. Öka fokus på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i skolan.
5. Öka arbetet med en meningsfull fritid för barn och unga.
6. Säkerställa en säker och hälsofrämjande digital uppväxtmiljö.
7. Öka olika former av stödinsatser utifrån barns och ungas behov.
8. Stärka tidiga och samordnade insatser utifrån barns och ungas behov.

## Delmål 3: Ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa

Att ha ett arbete är viktigt för den psykiska hälsan, på flera sätt. Majoriteten behöver arbeta för att få inkomster och en god levnadsstandard. Genom arbete blir man också delaktig i samhället och kan känna social gemenskap och tillhörighet. Men dåliga arbetsförhållanden, brister i arbetsmiljön eller arbetslöshet ökar risken för psykisk ohälsa.

### Organisatorisk och social arbetsmiljö

Sambandet mellan den organisatoriska och sociala arbetsmiljön och den psykiska hälsan har konstaterats inom forskningen. Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön ska hanteras i det systematiska arbetsmiljöarbetet. En utvärdering av föreskrifterna om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) visar att de mottagits på ett positivt sätt men att tillämpningen av dem kommit olika långt. För att fortsatt utveckla den organisatoriska och sociala arbetsmiljön behövs kunskap om olika arbetsmiljöfaktorer med påverkan på psykisk hälsa. Sammanställningar visar att det finns kunskapsluckor som rör arbetsmiljöfaktorer och olika grupper men också kunskapsluckor av metodologisk art.

Brister i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön är betydande i kvinnodominerade branscher såsom vård, omsorg, utbildning och sociala tjänster. Ett exempel är höga krav i kombination med liten egen kontroll. Det är också dubbelt så vanligt att kvinnor utsätts för hot och våld på sina arbetsplatser, jämfört med män. Arbetsmiljöreglerna som rör kvinnodominerade branscher har blivit fler, men inom mansdominerade branscher är reglerna fortfarande fler och mer detaljerade. Det finns också ett behov av att öka kunskapen om vilken roll det obetalda hem- och omsorgsarbetet spelar för kvinnors högre sjukfrånvaro till följd av psykisk ohälsa.

### Behov bland elever i vuxenutbildningen

Kommuner och folkhögskolor erbjuder vuxenutbildning som möjliggör vidare etablering i arbetslivet. Flera statliga utredningar har uppmärksammat att elevgruppen inom komvux förändrats, och studier visar att eleverna behöver mer stöd än förr, bland annat till följd av ett ökat antal elever till sfi (svenska för invandrare) och en ökning av antalet elever med bland annat kort utbildning, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, andra psykiatriska tillstånd, läs- och skrivsvårigheter eller andra inlärningssvårigheter samt tidigare skolmisslyckanden. Huvudmän har inte skyldighet att tillhandahålla elevhälsa inom komvux men kan välja att erbjuda sådana insatser. En kartläggning visar på att kommunerna har svårt att möta komvuxelevers behov, framför allt behovet av specialpedagogiska och psykosociala insatser. Behoven tangerar flera olika offentliga aktörers ansvarsområden.

## Utsatthet på arbetsmarknaden

Den tydligaste vattendelaren på svensk arbetsmarknad går mellan de som har en fullgjord gymnasieutbildning och de som saknar en sådan. Grupper med utsatt ställning på arbetsmarknaden är vid sidan av de som saknar fullgjord gymnasieutbildning personer födda utanför Europa, personer med en funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga och personer som är 55 år eller äldre. Bland unga som varken arbetar eller studerar finns en tydlig överrepresentation av ungdomar med låg utbildningsnivå, psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning men även utländsk bakgrund. Dessa unga lever ofta med ekonomisk utsatthet och har särskilt svårt att etablera sig i arbetslivet. Fullgjord gymnasieutbildning är en viktig faktor för att öka andelen som arbetar eller studerar.

## Arbete och funktionsnedsättning

Personer med funktionsnedsättning är en heterogen grupp inom vilken personer med psykiatriska tillstånd som påverkar arbetsförmågan ingår. Vissa har permanent nedsatt arbetsförmåga, oavsett stödinsats, medan andra kan ha full arbetsförmåga om de får lämpliga stödinsatser. Stöd och insatser är även viktiga för personer med psykiatriska tillstånd som redan har arbete. På grund av en upplevd okunskap i samhället i stort och hos arbetsgivare och kollegor är det många som väljer att inte berätta om sin funktionsnedsättning för sin arbetsgivare och på sin arbetsplats. Detta trots att en förutsättning för att få stöd, anpassningar och stödinsatser är att arbetsgivaren får kännedom om funktionsnedsättningen.

## Sjukskrivningar på grund av psykisk ohälsa

Sjukfrånvaro till följd av nedsatt arbetsförmåga på grund av psykiatriska diagnoser har ökat över tid. Kvinnor står för en stor del av denna sjukfrånvaro. Framför allt är det sjukfrånvaro på grund av stress som ökar, bland annat utmattningssyndrom. Psykiatriska diagnoser är förknippade med längre sjukskrivningar än de flesta andra sjukdomar och sjukfallslängden har ökat. Sjukförsäkringen och processen för att gå från en ersättning till arbete ska fungera likvärdigt för alla individer oavsett diagnos och samtidigt vara utformad utifrån den enskildes behov. Kunskaps- och forskningsläget kring olika aspekter runt psykisk ohälsa är svagt, inte minst gällande aspekter som samordning som är centrala för att sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen ska fungera väl. Bristande kunskaper inom dessa områden kan innebära att individer med psykiska besvär eller psykiatriska tillstånd inte får samma stöd och möjligheter som människor med andra typer av sjukdomar att kunna stanna kvar i arbete, återfå arbetsförmågan eller närma sig arbete om man har en utsatt position på arbetsmarknaden.

## Bemötande av personer med psykisk ohälsa

För personer som har psykiatriska tillstånd eller befinner sig i en psykiskt påfrestande situation är det viktigt att få ett professionellt bemötande i offentliga verksamheter. Anställda i dessa verksamheter behöver ha kunskaper och 47 kompetens om bemötande i syfte att anpassa arbetssätt och fysiska miljöer utifrån målgruppers behov. Kunskaper och kompetens om olika former av psykisk ohälsa och bemötande är också en förutsättning för goda arbetsförhållanden.

## Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om ett inkluderande och hållbart arbetsliv som främjar psykisk hälsa fokuserar på följande insatsområden:

1. Stärka arbetet för en god arbetsmiljö som främjar psykisk hälsa.
2. Öka stödet till elever i vuxenutbildningen.
3. Öka deltagandet i arbetslivet.
4. Öka kunskapen om stöd vid sjukdom och funktionsnedsättning.
5. Stärka det professionella bemötandet i offentliga verksamheter som möter personer med psykisk ohälsa.



## Delmål 4: Ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare

Information om samer togs bort.

Att vara delaktig i samhället och leva sitt liv i gemenskap med andra människor är en förutsättning för psykisk hälsa och välbefinnande, och omvänt riskerar psykisk ohälsa att minska delaktigheten i samhällslivet.

### Diskriminering och stigmatisering

Personer med psykiatriska tillstånd kan hindras från att vara fullt delaktiga i samhället på grund av de funktionsnedsättningar som tillstånden innebär samt stigmatisering och diskriminering. Forskning visar att det förekommer negativa attityder och diskriminerande beteenden gentemot personer med psykisk sjukdom, vilket kan hänga ihop med bristfälliga kunskaper om psykisk ohälsa och suicid i befolkningen.

Individer och grupper som upplever diskriminering har ökad risk för psykisk ohälsa. Att känna sig illa eller orättvist behandlad behöver inte handla om diskriminering i lagens mening, men om det händer upprepade gånger kan det sammantaget upplevas som diskriminering och utgöra hinder för inkludering och delaktighet i samhället. Även samhälleliga normer kan vara ett hinder för delaktighet och inkludering, exempelvis genom krav på hur kvinnor och män ska vara.

### Socioekonomiska faktorer

Människors psykiska hälsa är ofta sämre ju lägre social position de har. Lägre social position medför oftare svårare livsvillkor. Särskilt utsatta grupper kan till exempel vara hbtqi-personer, personer med vissa funktionsnedsättningar, nationella minoriteter, asylsökande flyktingar och nyanlända migranter. Insatser för att förbättra den psykiska hälsan bör vara proportionella till de behov som finns i den aktuella gruppen.

### Ensamhet

Sociala relationer och socialt stöd är viktigt för en god psykisk hälsa, och många som saknar detta upplever ofrivillig ensamhet. Ensamhet kan göra att man känner sig otrygg, övergiven och nedstämd samt leda till sämre fysisk hälsa – samtidigt som fysisk ohälsa i sig kan vara en riskfaktor för ensamhet, särskilt för äldre. År 2022 uppgav nästan var fjärde person i befolkningen 16 år och uppåt att de besväras av ensamhet och isolering. Vanligast var det bland unga vuxna (16–29 år) och personer 85 år och äldre. Bland personer med psykiatriska tillstånd är ensamhet och isolering vanligare än bland befolkningen i övrigt. Ett skäl är en svagare anknytning till arbetsmarknaden och brister i tillgänglighet. Även hbtqi-personer uppger lägre socialt deltagande och en mer stillasittande fritid än befolkningen i övrigt.

## Civilsamhällets betydelse

I civilsamhällets organisationer och föreningar möts människor med olika bakgrund som delar gemensamma intressen, liknande erfarenheter eller utmaningar. Civilsamhället har en viktig roll i arbetet med att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa och suicid, bland annat genom att erbjuda olika former av medmänskligt stöd, tillgodose behov av social samvaro och meningsfull vardag och främja delaktighet i samhället hos personer med psykisk ohälsa och deras anhöriga eller andra närstående. Civilsamhället bidrar också till att utbilda och stärka människors fysiska och psykiska hälsa genom fysisk aktivitet. Patient och brukarföreningarna stärker och kompletterar vården och omsorgen och det övriga offentliga samhällets insatser för ökad delaktighet och inkludering.

## Närmiljöer och trygghet

Hur våra närmiljöer utformas är en viktig förutsättning för människors psykiska hälsa och välbefinnande. Faktorer som påverkar den psykiska hälsan positivt är tillgång till grönområden, naturvärden, samhällsservice, kollektivtrafik och möjligheter till fysisk aktivitet i vardagen. Välplanerade gemensamma närmiljöer 49 kan vidare bidra till kommunikation och social samverkan människor emellan vilket i sin tur kan stärka delaktighet och inkludering. Det är därför viktigt att planering och byggande av närmiljöer beaktar krav på tillgänglighet.

Att det finns olika aktiviteter och närvaro av olika aktörer och grupper i närområdena kan skapa trygghet. Omvänt kan otrygga närmiljöer påverka hälsan, tilliten och den sociala sammanhållningen negativt i ett närområde. Det är vanligare att kvinnor upplever otrygghet än män. Det är också vanligare att personer med funktionsnedsättning och hbtqi-personer uppger rädsla för att gå ut ensam jämfört med befolkningen i stort.

## Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om ett inkluderande samhälle med delaktiga invånare fokuserar på följande insatsområden:

1. Minska stigmatisering och diskriminering av personer med psykisk ohälsa.
2. Utveckla insatser för grupper med ökad risk för psykisk ohälsa.
3. Öka samisk delaktighet och inkludering.
4. Investera i sociala aktiviteter och socialt stöd.
5. Utveckla närmiljöer som främjar delaktighet och inkludering.

## Delmål 5: Vård och omsorg som möter individens behov

God vård och omsorg kännetecknas av effektiva vård- och stödinsatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap, ges i rätt tid och på lika villkor, fördelas på jämlika villkor och utformas utifrån personernas individuella behov, förutsättningar, egna önskemål och integritet. För att säkerställa en samordnad insats från olika sektorer och verksamheter behöver de ges samordnat och utnyttja tillgängliga resurser för att uppnå uppsatta mål. Insatser behöver vara säkra för individen och garantera rättssäkerhet genom att personer görs delaktiga i planeringen och genomförandet av insatserna.

### Ledarskapets betydelse för god vård och omsorg

Alla aspekter av god vård och omsorg påverkas av en rad organisatoriska förutsättningar som samspelar med varandra och påverkas dels av tillgängliga resurser men också bland annat av hur tillgängliga resurser är organiserade och hur effektivt de används, hur arbetsmiljöarbete och systematiskt förbättringsarbete i verksamheterna inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten bedrivs och hur kompetensutveckling och kompetensförsörjning säkerställs. Ledarskapet på olika nivåer har en avgörande roll för att förbättringsarbete bedrivs och för att förutsättningar för att tillhandahålla god vård och omsorg stärks.

### Tillgänglighet till vård och stöd vid psykisk ohälsa

Under flera decennier har antalet personer som fått vård för psykiatriska tillstånd ökat, framför allt barn och unga vuxna). Också kapaciteten att hantera psykiatriska tillstånd inom hälso- och sjukvården har ökat men långsammare än behoven av vård och behandling. Flera regioner rapporterar brist på specialister inom barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri liksom långa väntetider för vård och behandling.

Hur lätt det är att få kontakt med relevant yrkeskategori och att insatserna erbjuds i rimlig tid är en viktig aspekt av tillgänglighet till vård och stöd vid psykisk ohälsa. Uppföljningar av väntetider visar att relativt många barn, unga och vuxna inte fick medicinsk bedömning eller behandling inom vårdgarantins tidsgränser. Många upplever att deras hälsotillstånd försämrats på grund av att de behövt vänta på att inleda en vårdkontakt (136). Dessutom finns ojämlikheter i vården med geografiska skillnader i väntetider och tillgång till olika specialiteter och behandlingar. Det förekommer också skillnader i insatser som olika grupper i befolkningen får.

Andra aspekter av tillgänglighet till vård och stöd avser att utbudet av insatser möter behoven, förtroende för personalen, tillgång till vårdpersonal med rätt kompetens och information som patienter kan komma över, förstå och använda i syfte att behålla, främja eller förbättra sin hälsa. Alla dessa aspekter är viktiga att beakta i arbetet med att

utveckla och stärka vården och omsorgen för personer med olika former av psykisk ohälsa.

## Personalens kompetens

Att personal har rätt kompetens för att kunna ge rätt vård- och stödinsatser är en grundläggande förutsättning för god vård och omsorg. Samsjuklighet mellan psykiatriska tillstånd och somatiska sjukdomar eller munhålets sjukdomar är vanligt, men många gånger förblir den upptäckt eller upptäcks i ett senare skede i ett sjukdomsförlopp. Flera grupper med svåra psykiatriska tillstånd får därför inte tillgång till de vårdinsatser de behöver i tid, riskerar att få sämre somatisk vård och lever i genomsnitt kortare än personer utan psykiatrisk problematik. Personer med olika former av, identifierad eller upptäckt psykisk ohälsa, kan ha kontakt med olika delar av hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten. Grundläggande kunskap om psykisk hälsa och ohälsa hos personal inom vård- och stödsystemets olika delar är viktigt för att bland annat kunna upptäcka somatiska sjukdomar hos personer med psykiatriska tillstånd liksom att upptäcka och vid behov beakta psykiska funktionsnedsättningar vid behandling av somatiska sjukdomar. Det är en viktig förutsättning för att personer ska få vård- och stödinsatser som möter deras behov.

## Inflytande för patienter, brukare och anhöriga eller andra närstående

Patienters och brukares möjligheter att påverka vården och omsorgen är viktigt på olika sätt. För att de som beslutar om eller utför vården och omsorgen ska kunna skapa god kvalitet och effektivitet i de insatser som ges behövs kunskap om målgruppernas behov och erfarenheter. Dialog med och feedback från patienter, brukare och anhöriga eller andra närstående skapar bättre förutsättningar för verksamheter att planera och genomföra insatser som utgår från patientens eller brukarens faktiska behov, vilket är mer effektivt än att utgå från behov tolkade av andra. Detta gäller såväl insatser till enskilda personer som förbättringsarbete på verksamhetsnivå. Att medverka i planering och genomförande samt få makt över beslut och insatser som rör det egna livet ökar patienternas och brukarnas självförtroende, förändrar självbilden och kan även leda till att professionella får en annan syn på patienterna och brukarna.

Makt och ansvar att påverka beslut som rör den egna livssituationen är viktiga faktorer för möjligheten att återhämta sig från psykisk ohälsa.

För att bedriva förbättringsarbete inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten som utgår från behov, upplevelser och erfarenheter från de som insatserna riktar sig till krävs att patienter, brukare och anhöriga eller andra närstående har inflytande på både policynivå och verksamhetsnivå, och att individen är delaktig i och kan påverka det stöd som ges. En rad olika metoder för brukarmedverkan prövas i nuläget runtom i landet och forskning pågår.

Uppföljning och utvärdering av insatser Behandlingar och stödinsatser till enskilda patienter och brukare följs upp och utvärderas i för liten utsträckning, vilket ger bristande kunskap om hur effektiva de är. Bristande kunskap om eventuella behandlingar eller stödinsatser som inte är effektiva hindrar att patienter erbjuds andra insatser som kan vara mer effektiva, eller kan innebära patientsäkerhetsrisker. Om till exempel en läkemedelsbehandling för ett psykiatriskt tillstånd inte har effekt eller ger svåra biverkningar kan sjukdomstillståndet förvärras, med ökad risk för suicid eller suicidförsök.

Bristande kunskap om effektivitet i och resultat av de behandlingar och stödinsatser som ges till enskilda patienter eller brukare medför också bristande kunskap om vårdens eller omsorgens kvalitet på verksamhetsnivå och kan hindra ett ändamålsenligt förbättringsarbete.

## Samverkan och samordning av vård- och stödinsatser

Vissa personer med psykiatriska tillstånd och en omfattande psykisk funktionsnedsättning har många gånger omfattande behov av vård- och stödinsatser från olika verksamheter inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt andra kommunala och statliga verksamheter. Vissa kan med hjälp av rätt insatser återhämta sig till stor del. För andra är de psykiatriska tillstånden kroniska och funktionsnedsättningarna bestående och resulterar i ett livslångt komplext behov av vård- och stödinsatser. Insatserna behöver då inriktas på att optimera personernas funktionsförmåga, att minska risken för att de skadar sig själva eller andra och att säkra deras inkludering och deltagande i samhället. Flera samtidiga 52 tillstånd, både psykiatriska och kroppsliga, är vanligt förekommande och bidrar, liksom exempelvis intellektuell funktionsnedsättning, beroendesjukdom eller skadligt substansbruk eller social utsatthet, ytterligare till komplexiteten i vård- och stödbehoven hos dessa personer. Komplexa vård- och stödssystem ställer krav på en välfungerande samverkan och samordning mellan olika delar av hälso- och sjukvården, socialtjänsten, i förekommande fall institutioner inom rättsväsendet samt civilsamhället.

En del personer med kognitiva svårigheter kan ha särskilt svårt att hantera samhällets vård- och stödssystem, som ställer höga krav på att fylla i olika blanketter, att förstå system, hantera stor mängd information och att själv söka hjälp hos rätt aktör. När samverkan och samordningen kring personer med behov, särskilt de med omfattande och komplexa behov, av vård- och stödinsatser från olika verksamheter, brister bidrar det ofta till att patienter och brukare får sämre vård och omsorg, en sämre upplevelse av samhällets stödinsatser eller att insatser helt uteblir.

Ett hinder för en effektiv samverkan, som kräver arbete över verksamhetsgränser, beskrivs vara att verksamheternas egna budgetmål många gånger står i konflikt med professionernas mål och etiska riktlinjer. Detta hindrar ett holistiskt arbetssätt och gör

det svårare för patienter och brukare att få vård och omsorg utifrån sina behov, samtidigt som vårdens och omsorgens medarbetare får sämre arbetsmiljö och arbetsklimat.

### **Närståendes situation**

Anhöriga och närstående till personer med psykiatriska tillstånd eller suicidalitet utför många gånger ett stort och krävande arbete som innefattar praktiska, organisatoriska och emotionella utmaningar, särskilt om välfärdens insatser inte fungerar som de ska eller inte är samordnade. De anhörigas eller andra närståendes ansvar kan också bli för tungt, upplevas som ofrivilligt och på sikt inverka negativt på livet, den fysiska och psykiska hälsan, ekonomin och livskvaliteten. Barn är i detta sammanhang en särskilt utsatt grupp. I en svensk studie från 2013 hade närmare åtta procent av alla barn en förälder som minst en gång innan barnet fyllt 18 år hade vårdats inlagd på sjukhus på grund av psykisk sjukdom eller substansberoende. Det var betydligt vanligare att föräldrarna haft psykisk ohälsa eller problem med alkohol eller narkotika som har varit mindre allvarlig och inte medfört sjukhusinläggning.

## **Psykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård**

Under perioden 2017–2021 ökade antalet individer under 18 år som vårdats i barnoch ungdomspsykiatrisk heldygnsvård. Det finns skillnader mellan regionerna i vilken vård som erbjuds i den psykiatriska heldygnsvården och hur ofta man använder sig av psykiatrisk tvångsvård, vilken kvalitet den håller och hur vården upplevs av patienterna (166). Personer som tvångsvårdas för skadligt bruk eller beroende har ofta också stora psykiatriska vårdbehov som inte tillgodoses inom ramen för den vård som ges i dag. Vårdkedjan mellan insatser som ges före, under och efter vårdtiden brister ofta.

Heldygnsvård, särskilt när det sker med tvång, kan vara en svår upplevelse för patienten. Många känner sig otrygga på psykiatriska avdelningar, upplever att hot och våld är vanligt förekommande samt tycker att reglerna är oflexibla och att relationen mellan patient och personal fungerar dåligt. Sådana upplevelser kan hindra patientens återhämtning och öka människors misstro mot vården. För personalen kan hot, våld och dåliga relationer mellan patienter och personal vara en allvarlig arbetsmiljöfråga som kan öka risken för långa sjukskrivningar och hög personalomsättning.

Kvinnor, och främst de under 25 år, utsätts oftare än män för de mest integritetskränkande tvångsåtgärderna såsom fastspänning och medicinering mot sin vilja, och kvinnor har en mer negativ upplevelse av sin vård än män. Beskrivningarna gäller även för barn och unga som vårdas med tvång på Statens institutionsstyrelses särskilda ungdomshem. Det är även känt att det förekommer kränkningar, våld och övergrepp mot och mellan ungdomar på hem för vård och behandling (HVB) – där barn och unga med funktionsnedsättningar är överrepresenterade.

## Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om vård och omsorg som möter individens behov fokuserar på följande insatsområden:

1. Stärka ledarskapet på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
2. Säkerställa grundläggande kunskap om psykisk ohälsa och suicidalitet i alla delar av hälso- och sjukvården, tandvården och socialtjänsten.
3. Öka patient- och brukarinflytande i vården och omsorgen.
4. Stärka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet i hälso- och sjukvården liksom socialtjänsten.
5. Förbättra tillgängligheten till vård och omsorg och göra den mer jämlik.
6. Utveckla och öka uppföljning och utvärdering av insatser till patienter och brukare.
7. Stärka en effektiv samverkan som har individens behov i centrum.
8. Stärka och öka stödet till anhöriga eller andra närstående till personer med psykiatriska tillstånd.
9. Säkra en trygg och meningsfull heldygnsvård och tvångsvård som främjar återhämtning.

## Delmål 6: Stärkt suicidpreventivt arbete

Suicid och suicidförsök är folkhälsoproblem som kräver uppmärksamhet och insatser av många aktörer och på alla samhällsnivåer. Varje år dör omkring 1 200 54 personer av suicid i Sverige. Ytterligare omkring 300 fall brukar registreras där det fanns misstanke om suicid men där avsikten inte kunnat styrkas. Runt 70 procent av de som dör i suicid är män. År 2022 fick drygt 6 600 personer i befolkningen (10 år och äldre) sjukhusvård till följd av ett suicidförsök eller annan avsiktlig självdestruktiv handling.

Suicidtalet i Sverige var som högst under 1970-talet och har sedan dess minskat, men minskningen har avtagit på senare år. Dessutom har suicidtalerna ökat bland unga vuxna det senaste decenniet, och det är en ökad andel flickor och unga kvinnor som vårdas för självskador, framför allt läkemedelsförgiftningar.

Som redan konstaterats har psykisk hälsa och suicid många gemensamma skydds- och riskfaktorer. Därför är hela strategin relevant för området suicidprevention. Under delmålet om stärkt suicidpreventivt arbete läggs fokus på insatser som mer specifikt är riktade mot att förebygga suicid.

Risikfaktorer och förebyggande arbete En betydande andel av de som försökt ta sina liv har i olika studier konstaterats ha drabbats av depression, ångesttillstånd, schizofreni eller andra psykiatriska tillstånd. Bakom en suicidhandling behöver dock inte ett psykiatriskt tillstånd ligga till grund, utan andra kriser kan vara en utlösande faktor. Somatiska tillstånd som för med sig ett betydande lidande kan leda till suicidhandlingar, som till exempel diabetes, cancer och kronisk smärta. Svåra livshändelser såsom konflikter i familjen, trauman, förlust av arbete och ekonomiska svårigheter såsom överskuldsättning, ofrivillig ensamhet och bristande socialt nätverk samt nedsatt beslutsfattande, liksom ett stort antal riskbeteenden är exempel på icke-kliniska faktorer som kan bidra till att en person upplever sin situation som hopplös.

Som tidigare konstaterats finns också ojämlikheter mellan olika grupper i samhället när det kommer till förhöjd suicidrisk, där risken för suicid är högre i socialt mindre gynnande grupper, såsom de med sämre socioekonomisk status och lägre utbildningsnivå. Suicidpreventivt arbete innefattar därför att både skapa förutsättningar för goda livsvillkor och trygga miljöer, främja psykiskt välbefinnande och förebygga psykisk ohälsa, och att snabbt fånga upp personer i svåra livssituationer så att de får lämpligt stöd, samt arbeta för att stärka människors förmåga att hantera motgångar och svåra omständigheter i livet. Genomgående kräver det suicidförebyggande arbetet både engagemang och samverkan såväl inom olika verksamheters organisationer som mellan dem och med andra aktörer.

Insatser inom hälso- och sjukvård I alla delar inom hälso- och sjukvården finns patienter med risk för suicid. En tredjedel av alla som tar sitt liv har en pågående kontakt med den psykiatriska vården, men betydligt fler har haft kontakt med övrig hälso- och sjukvård.



Alla delar av vården och omsorgen behöver därför ha kunskap om suicidalitet, 55 suicidprevention och om hur individer med sårbarhet i form av riskfaktorer för suicid kan bemötas.

Likaså är det viktigt att individuellt utformade insatser sätts in så tidigt som möjligt vid tecken på psykisk ohälsa. Detta för att förebygga utveckling av, försämring eller återinsjuknande i ett psykiatriskt tillstånd eller annat som kan medföra risk för suicidalitet. Även om det inte går att förutsäga vem som kommer att genomföra suicid eller ett suicidförsök, finns det vissa riskgrupper som vården behöver ha särskild kunskap om för att kunna minska risken. De inkluderar individer som tidigare genomfört suicidförsök, individer med självskadebeteende, patienter som skrivits ut från psykiatrisk heldygnsvård med eller utan tvång, individer med skadligt bruk- och beroendeproblematik, individer med psykossjukdom eller bipolär sjukdom, individer med depression, efterlevande till individer som genomfört suicid, äldre män med svagt socialt nätverk, individer med svår somatisk sjukdom och hbtqi-personer.

## Förhindra den suicidala processen

En person som överväger suicid är ofta ambivalent och intensiteten i måendet varierar över tid. För en del kan en suicidhandling vara överlagd och planerad medan för andra oplanerad och impulsiv. Forskning visar att en betydande andel allvarliga suicidförsök sker med kort tid mellan tanke, suicidplan och suicidförsök. Det uppskattas att vid cirka 50 procent av suicidförsöken har den akuta suicidkrisen varit så kort som 10–15 minuter. Andra studier visar även att en stor andel, upp till 90 procent av personerna som genomfört ett suicidförsök men överlevt, dör av andra orsaker än suicid senare i livet. Det visar att det är möjligt att avbryta eller fördröja den suicidala processen, antingen igenom minskad tillgång till metoder och medel för suicid, eller genom mänsklig kontakt under den akuta suicidala krisen. Insatser som skapar skyddande miljöer och begränsar tillgången till metoder och medel för att genomföra suicidala handlingar, innebär ökad möjlighet till att den akuta krisen går över och individen kan få stöd och hjälp. Eftersom en suicidal kris både är allvarlig och livshotande behöver personen tillgång till stöd och hjälp snabbt, genom medmänsklig kontakt eller ett professionellt omhändertagande. Insatser som ges av berörda samhällsaktörer (såsom larmcentral, polis, ambulanssjukvård, psykiatriska vårdresurser och kommunal räddningstjänst) måste vara samordnade.

Internationell forskning visar att det oftast är polisen som larmas ut vid akuta suicidala handlingar eller när en person hotar att ta sitt liv. En del personer kan dock uppleva det som stigmatiserande att bli mött av polisen i en sådan krissituation. Det finns begränsad forskning om hur professioner utöver polis och ambulanspersonal kan vara involverade i akuta suicidärenden, men på många håll i Sverige finns eller utvecklas mobila enheter för prehospital akutsjukvård för patienter med psykisk ohälsa.

## Stigmatisering

En stor utmaning i det suicidpreventiva arbetet är att suicid ofta omgärdas av tystnad och rädsla, vilket kan hindra både medmänskligt och professionellt stöd. Det förekommer också stigmatisering av personer med psykiatriska tillstånd och suicidalitet. Det kan förvärra tillståndet och öka risken för suicid. Samtidigt kan suicidalitet och suicid ligga till grund för stigmatiserande attityder, hos allmänheten och professionen och den drabbade kan dessutom själv börja tro på omgivningens fördomar, så kallad självstigmatisering. För att minska stigmatisering och tystnaden runt suicid behövs kunskapshöjande insatser riktade både till allmänheten och professionen om suicid och suicidalitet och insatserna behöver involvera personer med egen erfarenhet av suicidalitet. Hur olika medier skriver om suicid och suicidalitet kan också påverka allmänhetens kunskap och attityder till suicid och suicidalitet. En oaktsam rapportering i media om en känd persons suicid, eller om det tillvägagångssätt som användes, kan leda till en ökning av suicid i befolkningen.

## Stöd till efterlevande

En förlust genom suicid kan vara särskilt komplex och traumatisk för de efterlevande, och sorgprocessen försvåras ofta ytterligare av det tabu som finns runt suicid. För de närstående kan förlusten leda till både sämre psykisk hälsa och högre suicidrisk. Efterlevande till personer som dött i suicid är därför en särskilt viktig grupp att uppmärksamma och att erbjuda stöd till denna grupp kan ses som en del i det suicidpreventiva arbetet. Många upplever att deras behov av vård och stöd inte alltid tillgodoses. Utveckling av strukturerade arbetssätt för att stödja efterlevande pågår men det är ojämlikt i landet och en stor del av stödet utgörs fortfarande av civilsamhällets frivilliga insatser. Det saknas också forskning om förebyggande insatser och effekter av insatser som är specifikt riktade till efterlevande efter suicid.

## Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om ett stärkt suicidpreventivt arbete fokuserar på följande insatsområden:

1. Minska sociala och ekonomiska riskfaktorer kopplade till suicid.
2. Säker vård och omsorg vid risk för suicid.
3. Samordna insatser vid akuta suicidala händelser.
4. Minska åtkomst till metoder och medel för suicid.
5. Minska stigmatisering och öka kunskaper om suicid och suicidalitet.
6. Stärk stödet till efterlevande efter suicid.

## Delmål 7: Stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention

Kunskapsutveckling kan ske på många olika sätt. Vi utvecklar kunskap genom forskning, användande av ny kunskap och nya tekniker och innovationer. Kunskapsutveckling sker också genom dialog och samverkan mellan olika aktörer och mellan olika länder. Ofta sker kunskapsutveckling integrerat genom att forskningsbaserad kunskap ligger till grund för ett arbete eller en verksamhet och förenas med de erfarenheter och kunskaper som redan finns i verksamheten. För alla delmål behövs en stärkt kunskapsutveckling.

### Behov av mer forskning

Forskningen har betydelse för tillgången till evidensbaserade metoder inom hälsooch sjukvård och socialtjänst men också för förståelsen av hur olika livsomständigheter påverkar människors liv och hälsa. Psykisk hälsa och suicid påverkas av många faktorer på olika nivåer, så forskningen behöver ha motsvarande bredd med både grundforskning, behovsmotiverad forskning och forskningsbaserad innovation. Det är också centralt att stimulera till tvärasektoriell, tvärvetenskaplig och praktikinära forskning med främjande och förebyggande ansats eller behandlande och rehabiliterande ansats. Forskning som grund för kunskapsutveckling behöver ha långsiktiga och stabila förutsättningar för planering och genomförande samtidigt som det behöver finns flexibilitet att hantera nya behov. Det nationella forskningsprogrammet om psykisk hälsa är ett tioårigt forskningsprogram som drivs av Forte. Forskningsprogrammet har en forskningsagenda som ska stärka förutsättningarna för att forskningen som finansieras med medel från programmet matchar kunskapsbehoven inom det aktuella fältet.

### Samspel mellan forskning, policy och praktik

Forskning kan bidra till utveckling av policy och praktik för att möta olika samhällsutmaningar. Hur forskningen utformas, bedrivs och kommuniceras har betydelse för om och hur den används utanför akademien. Det behövs därför ett ökat samspel mellan policy, praktik och forskning. Vidare behövs öppen tillgång till vetenskapliga publikationer för att resultaten ska användas av andra forskare men också av myndigheter och andra organisationer.

### Datakällor och uppföljning

För att kunna följa utvecklingen av psykisk hälsa och suicid i befolkningen är det viktigt med tillgängliga och tillförlitliga datakällor.

Barn och unga är prioriterade grupper i strategiförslaget, men möjligheten att på nationell nivå följa utvecklingen av deras psykiska hälsa är idag begränsad. Undersökningen Skolbarns hälsovanor är en av få nationellt regelbundna

undersökningar som inkluderar barns psykiska hälsa. Den genomförs dock enbart vart fjärde år och gäller bara barn i tre åldrar (11, 13 och 15 år). Det är viktigt att kunna följa den självskattade hälsan bland barn i fler åldrar och med tätare 58 intervall.

Det genomförs heller ingen undersökning bland elever i särskola eller anpassad skola. Deras fysiska och psykisk hälsa och deras levnadsvillkor går därför inte att mäta. Vidare behövs bättre data om unga vuxna och deras självskattade psykiska hälsa eftersom det är den grupp som i minst utsträckning besvarar enkäter.

Det behövs också bättre möjligheter att följa hälsan hos personer med olika funktionsnedsättningar, och att även synliggöra och använda de data som samlas in om dessa målgrupper. I de flesta undersökningar går det inte heller att följa personer med kognitiva nedsättningar, såsom intellektuell funktionsnedsättning och autism, eftersom de har svårt att besvara en standardiserad enkät och utgör för små grupper för att fångas i slumpmässiga urval. Den psykiska hälsan hos andra grupper är också svåra att följa i statistiken, till exempel nationella minoriteter, nyanlända och hbtqi-personer.

Merparten av all behandling för lätta och medelsvåra psykiatriska tillstånd sker i primärvården, men det finns inget sammanhållet register för primärvården som gör det möjligt att följa upp vården på nationell nivå. Det befintliga patientregistret omfattar dessutom endast besök hos läkare, men psykiatrisk vård kan även ges av bland annat psykolog, sjuksköterska, sjukgymnast eller kurator.

## Utveckling av digitala verktyg

Digitala verktyg kan göra det lättare att bibehålla psykiskt välbefinnande och förebygga psykiska besvär, exempelvis genom att stötta i egenvård och med skyddsfaktorer såsom sömn, stresshantering och fysisk aktivitet. Många personer med psykisk ohälsa behöver insatser från olika aktörer, och digitala verktyg kan underlätta samordningen.

Digitaliseringen har kommit olika långt inom olika delar av området psykisk hälsa och i olika delar av landet.

## Internationellt samarbete

Psykisk ohälsa har återkommande lyfts som ett prioriterat område av flera internationella organ, däribland WHO, OECD, FN och EU, och länge pekats ut som en av de stora framtidsutmaningarna. Psykisk hälsa är således en global angelägenhet, och det behövs ett aktivt engagemang i policyutveckling och internationellt kunskaps- och erfarenhetsutbyte för att öka takten i utvecklingsarbetet. Till exempel är det viktigt med kunskapsspridning och innovation mellan statliga, regionala och lokala aktörer liksom civilsamhället i Sverige och deras motsvarigheter i andra länder. Eftersom många aktörer också har ansvar utifrån olika forskningsområden, sektorsansvar och politikområden finns behov av en större samverkan och tydligare rollfördelning i det internationella arbetet, något som den tidigare nationella samordnaren också lyft i SOU:2018:90.

## Insatsområden

Vi föreslår att arbetet för att nå delmålet om stärkt kunskapsutveckling inom området psykisk hälsa och suicidprevention fokuserar på följande insatsområden:

1. Forskning för kunskapsutveckling i alla delmål.
2. Närmare koppling mellan forskning, policy och praktik.
3. Förbättra möjligheterna till uppföljning.
4. Utveckling av digitala verktyg för individer och samhällsaktörer.
5. Utöka det internationella samarbetet och kunskaps- och erfarenhetsutbytet.