

Rätt insatser i rätt tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa

– Rapport S2007/5696/HS överlämnad till regeringen i december 2008





Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen för vård och socialtjänst
Ing-Marie Wieselgren
Tfn 08-42 77 92 Mobil 070-314 76 23

Rätt insatser i rätt tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa

Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) anser att gemensamma ansträngningar måste göras från alla berörda samhällsaktörer för att främja barn och ungdomars psykiska hälsa. I en överenskommelse med regeringen 070620, S2007/5696/HS åtog sig SKL att genomföra ett projekt i syfte att undersöka förutsättningarna för en förstärkt vårdgaranti. Tillgänglighet till Barn och Ungdomspsykiatri är bara en del i det som måste göras för att verka för en god psykisk hälsa hos barn och ungdomar. Alla barn och ungdomar ska leva i en situation där individen kan samspela med sina närmaste och samhället på ett sätt som främjar psykisk och fysisk hälsa. Denna rapport diskuterar därför vårdgarantin i ett större sammanhang.

Slutsatser:

- Arbetet med barn och ungas psykiska hälsa måste omfatta ett brett hälsofrämjande arbete, tidiga insatser för att möta psykisk ohälsa, utredning, behandling, habilitering och rehabilitering för allt från lindrig ohälsa till allvarliga psykiska sjukdomar.
- Utveckling av generella hälsofrämjande insatser, tidiga insatser till riskgrupper och insatser vid indikerade problem ska ske parallellt.
- Arbetet med tillgänglighet utifrån vårdgarantin, som är huvuddelen i denna rapport, omfattar bara insatser när det finns misstänkt ohälsa eller indikerade problem av psykiatrisk natur. Socialtjänst och skola spelar stor roll för den psykiska hälsan hos barn och ungdomar. Samverkan är av stor vikt.
- För att få en god tillgänglighet till rätt insatser behöver det finnas
 - en specialiserad nivå för allvarliga och eller komplicerade tillstånd,
 - en första linje för lindriga tillstånd och tidiga insatser samt
 - en baslinje med generella insatser som når alla.

- God tillgänglighet till specialistinsatser förutsätter att det finns
 - en specialistnivå med god kompetens och resurser att ta hand om allvarliga tillstånd, ge konsultationer, handledning och utbildning till andra aktörer och att delta med kunskap i det förebyggande arbetet
 - en första linje (för indikerade psykiska hälsoproblem) som kan bedöma och ge behandling till lindriga tillstånd när psykiskhälsa/sjukdom misstänks
 - en första linje och basnivå som kan ge tidiga insatser i situationer när barn och unga riskerar att utveckla psykisk ohälsa.

Definitionen av vad som är sjukvård, sociala insatser eller hälsoarbete är i vissa lägen svår och förebyggande insatser och vård går ibland in i varandra. Insatser som kan ses som sjukvårdande insatser vid ett psykiatriskt problem och stödjande insatser från skola, hälsovård, socialtjänst, sker ofta parallellt och behöver samordnas varför den sista nivån beskrivs både som första linje och basnivå.

Det finns i landet stora olikheter hur ansvarsfördelningen ser ut mellan olika huvudmän och verksamheter.

SKL anser att för att kunna uppnå en bättre tillgänglighet till barnpsykiatri behövs både en specialistnivå och en första linjes vårdnivå för barn och ungdomars psykiska ohälsa enligt ovan.

SKL anser att det i nuläget inte går att rekommendera ett sätt eller en modell för hur ansvarsfördelning och verksamheter ska utformas utan att det måste ske utifrån lokala förutsättningar och behov i kommuner och landsting.

SKL anser att kommuner och landsting behöver göra lokala överenskommelser och gemensamt planera hur behoven av insatser på specialistnivå, förstalinjesnivå och basnivå ska tillgodoses för att få ett effektivt resursutnyttjande.

SKL anser att en förändrad vårdgaranti för barn och ungdomars psykiska hälsa med kortade tidsgränser kan bidra till att utveckla en bättre tillgänglighet. För att få en förändring som märks i verkligheten måste ett förbättringsarbete ske med delmål. En fullt genomförd förändrad vårdgaranti till 0-7-30-30 dagar från nuvarande 0-7-90-90 kan vara möjlig först under 2011 för att gälla fullt ut 2012. Ett delmål med 0-7-30-90 kan successivt uppnås under 2009 för att gälla fullt ut från 2010 .

SKL anser att det behövs långsiktiga statliga satsningar på området med en inriktning som stimulerar gemensamma lösningar mellan olika verksamheter.

SKL anser att det behövs en samordning även på statlig nivå så långsiktiga mål och utformning av lagar och regelverk omfattar hela området, dvs skola, arbetsmarknad, socialförsäkring, vård och omsorg

SKL anser att det behövs satsningar på forskning och utbildning inom området.

Inledning

Överenskommelsen

I en överenskommelse med regeringen 070620, S2007/5696/HS åtog sig Sveriges Kommuner och Landsting att genomföra ett projekt i syfte att undersöka förutsättningarna för en förstärkt vårdgaranti. I uppdraget ingick att under 2007 göra en kartläggning och en beskrivning av nuläget, att se över behovet av gemensamma definitioner och begrepp och att presentera ett förslag om hur en förstärkt vårdgaranti kan se ut. Behov av förändringar och tidsplan för förstärkt vårdgarantiinförande redovisades i en delrapport i december 2007. Ytterligare en del i uppdraget var att ta fram kunskapsunderlag för arbete med enhetliga medicinska indikationer, här med betydelsen: vilka insatser borde erbjudas på vilken vårdnivå för olika problemområden inom barnpsykiatriområdet. Hela uppdraget avslutas med avrapportering december 2008.

Genomförande

Under 2007 skickades en enkät till alla verksamhetschefer i barnpsykiatri. Ett antal möten med företrädare för såväl kommun som landstingsverksamheter genomfördes. Under 2008 har fördjupade inventeringar och utvecklingsarbete gjorts. 19 län och regioner besökts. I de olika länen har företrädare för skola, skolhälsovård/elevhälsa, socialtjänst, barn och mödrahälsovård, primärvård, barnpsykiatri, habilitering och barnmedicin samlats. Tillsammans har man gått igenom vad som finns i länet vad gäller insatser till barn och unga för att främja psykisk hälsa och för att behandla psykiska problem. Vid samlingarna i de olika länen har också diskuterats vad som behöver göras för att förbättra insatserna till barn och unga. Diskussionsmöten har genomförts med de flesta aktuella intresseorganisationer som brukar, patient och anhörigorganisationer via NSPH, frivilligorganisationer som Rädda barnen, BRIS, yrkesorganisationer som de olika specialistläkar föreningarna (barnmedicin-, allmänläkar-, skolläkar, barnpsykiatriföreningen), övriga yrkesföreningar som psykolog, arbetsterapeut, vård-, skolledarförbundet mfl). Samlingar och avstämningar har skett med myndigheter som Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen (med IMS, UPP) Barnombudsmannen och med utredningar som Föräldrastödsutredningen, Utredningen om en översyn av aktivitetsersättningen, Barnskyddsutredningen.

För att identifiera aktuell kunskapsmassa och den rådande uppfattningen om vad som kan erbjudas på olika vårdnivåer när det gäller psykisk ohälsa hos barn och ungdomar har 5 arbetsgrupper, med personer från olika verksamheter, arbetet med olika problemområden. Den skriftliga dokumentation som grupperna presenterade i juni 2008 har funnits ute sedan hösten 2008 med möjlighet för alla att lämna synpunkter. Olika kapitel och frågeställningar har lämnats till olika experter och alla intresseorganisationer som tidigare inbjudits till diskussion har fått ut materialet för synpunkter. Detta arbete finns som en kunskapssammanställning som kommer att finnas tillgänglig på www.skl.se/psykiskhalsa

Bakgrund

Ökad psykisk ohälsa?

Många rapporter lyfter fram en alarmerande bild av ökad psykisk ohälsa bland barn och ungdomar i Sverige. Den statistik som finns, som med rätta kan beskrivas som bristfällig, visar att allvarliga psykiska sjukdomar inte har ökat men att den upplevda psykiska ohälsan är högre i många undersökningar. Dagens informationssamhälle ställer allt större krav på teoretisk kunskap och sociala färdigheter. Olika problem som försvårar inlärning och utvecklande av socialkompetens blir mer ödesdigra för barn och ungdomar. Vi har ett samhälle med tillgång till mer information och möjligheter än vi orkar hantera, vilket kan leda till stress. Höga krav på att lyckas och att ta vara på alla chanser innebär att även ungdomar i gynnade situationer upplever press. Samtidigt har vi en grupp ungdomar som inte ser några möjligheter och från början riskerar hamna utanför samhället. Barn och ungdomar med traumatiska upplevelser, uppväxt i socialt utsatta miljöer eller oviss tillvaro i samband flyktingsituation, arbetslöshet eller sjukdom i familjen, har en högre risk att drabbas av psykisk ohälsa.

Misslyckanden inom vård och omsorg?

Tillkortakommanden hos hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola beskrivs ofta och vi frågar oss vad det är som är fel i dagens samhälle. Vi har det bättre än någonsin men mår psykiskt sämre än någonsin. Paradoxalt nog kan svaret vara att det är just så. Vi har framgångsrikt bekämpat kroppslig ohälsa, lever längre och fått möjlighet att ställa allt högre krav och förväntningar på livet. Internationella siffror visar att på listan över sjukdomsburda kommer psykiska sjukdomar allt högre upp i alla välutvecklade länder. Psykiska sjukdomar är på tredje plats, efter hjärt-kärl sjukdomar och cancer. Både EU och WHO spår att psykisk ohälsa kommer att kräva allt mer insatser. WHO konstaterar att arbete för att främja psykisk hälsa bör integreras i det ordinarie hälsoarbetet. Att den psykiska ohälsan tar större plats i ohälsotalen och att den rapporterade ökade ohälsan är en del i utvecklingen.

Svårt att hålla jämna steg med ökad kunskap och ökad efterfrågan

Kunskaperna och möjligheterna att behandla psykisk ohälsa har också ökat och sjukvården kan göra allt mer för att hjälpa människor. Gapet mellan den aktuella situationen och hur vi skulle vilja ha det, med tillgång till alla möjliga insatser och ett högt psykiskt välbefinnande har ökat. Trots mer och i genomsnitt bättre insatser från kommuner och landsting har utbudet av insatser inte kunnat hålla jämna steg med behov och efterfrågan.

Problem med tillgängligheten till barnpsykiatrien rapporteras från olika delar av landet och tillgänglig statistik visar tecken på att det finns barn och ungdomar som väntat länge på att bli mottagna inom BUP, se bilaga 1. Statistik och enkät till verksamhetscheferna visade att det är stora olikheter i hur insatserna till barn och

ungdomar med psykisk ohälsa är utformade runt om i landet men att barnpsykiatri generellt gör ganska mycket som borde kunna göras av förstalinjes vård. SKL konstaterade i delrapporten 2007 att en förutsättning för en fungerande specialistverksamhet är att det finns väl utbyggda förstalinjes-insatser och att förebyggande insatser och hälsofrämjande arbetssätt är väl utvecklade. Det fördjupade arbetet under året har ytterligare förstärkt den bilden.

Ökad efterfrågan och intensiva försök att öka tillgängligheten kan innebära en risk för att prioriteringen av barn och ungdomar med svåra problem tappas bort. Det finns en enighet om att allvarliga tillstånd ska prioriteras samtidigt framhålls att det är svårt att både öka tillgängligheten och att öka insatserna till dem med komplicerad problematik. Många uttrycker också att insatser till barn generellt bör vara prioriterat.

Både föräldrar och ungdomar själva beskriver att det när det handlar om lindrigare psykisk ohälsa känns för dramatiskt att gå till BUP. En första linjes verksamhet för barn och ungdomar med psykisk ohälsa skall kunna motsvara det behov av bedömning och behandling som behövs vid lindriga tillstånd.

Överväganden

Hinder och möjligheter i för att främja barn och ungdomars psykiska hälsa

Några frågeställningar har blivit tydliga under arbetet och diskuteras nedan:

- Vilka behov av förändringar är de viktigaste.
- Vilka problem och utmaningar lyfts fram av verksamheterna.
- Vilka goda erfarenheter finns och vilka strategier har potential att ge lyckade resultat.
- Behov av helhetssyn och behov av förändringar på olika nivåer.
- Hur kan ett samlat grepp åstadkommas i praktiken
- Vad kan och bör göras på olika nivåer

Samhällets strategier för att möta psykisk ohälsa måste utvecklas på olika nivåer .

Beskrivning av nuläget

Situationen ser olika ut i olika delar av Sverige. Behov och förutsättningar varierar och det är naturligt med en mångfald av lösningar. Samtidigt är det vissa teman som återkommer i stort sett över hela landet. Det finns en uppenbar spretighet och brist på samordning mellan olika verksamheter. Mycket aktiviteter pågår men ingår inte i ett större sammanhang. Det är stora variationer i vilka metoder och arbetssätt som används. Det finns otydligheter i ansvarsfördelning och uppdrag.

Även när det gäller mål och övergripande strategier är bilden splittrad. Det saknas systematisk utvärdering av resultat och uppföljning av kvalitet.

Tydlig första linje saknas

Det råder en gemensam uppfattning mellan företrädare för verksamheterna, tjänstemän och politiker i landstingen att BUP-verksamheterna ägnar sig åt första linjens vård i en allt för stor utsträckning. Det saknas en tydlig vårdnivå före specialistnivån. Primärvården är inte en tydlig första linjens nivå, som för övrig sjukvård, eller för psykisk ohälsa hos vuxna. För att BUP ska kunna vara en kompetent specialistverksamhet med tillräcklig kapacitet måste en förstalinje skapas/byggas ut/utvecklas. De aktörer som ska vara förstalinjes-vård måste ha tillräckliga resurser. Om tex primärvården ska vara denna första linje måste den förstärkas.

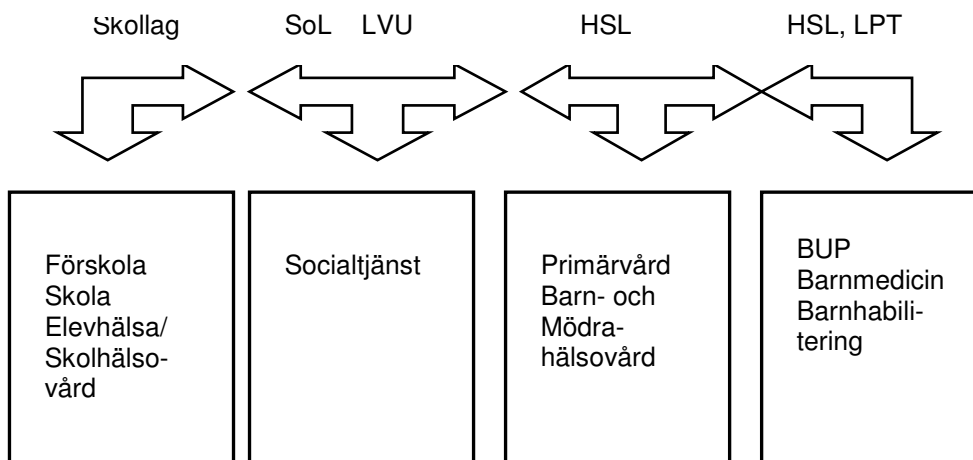
Behov av tillskott på kompetens

Generellt sett saknas tydlighet i vilken kompetens och kunskap som borde kunna erbjudas i första linjen. Primärvården och barnhälsovården behöver ökad barnpsykiatrisk kompetens och delvis även ökad barnkompetens. Skolhälsovården och elevvården eller elevhälsan (olika begrepp används) behöver ökad kompetens om hur psykisk hälsa kan främjas och hur riskfaktorer kan motverkas liksom tidig identifiering av psykisk ohälsa. Med ökad kompetens skulle dessa aktörer tillsammans kunna utgöra en första linje för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Ett närmare samarbete måste utvecklas mellan BUP, barnhälsovård och primärvård respektive skolhälsovård där BUP står för utbildning och konsultation.

Kommunicerande kärn

Förskola/skola, elevhälsa/skolhälsovård, socialtjänst, barnhälsovård, primärvård, barnpsykiatri och habilitering är kommunicerande kärn. För att inte i onödan sjukdomsförklara och psykiatisera barn och ungdomars problem behövs ett kraftfullt förebyggande arbete och ett bra utbud av tidiga insatser och första linjens behandling och stöd. Tillgängligheten till BUP måste därför ses i ett helhetsperspektiv och aktiviteter för att förbättra tillgängligheten bör ske i hela kedjan.

Fig 1



Kommunicerande kärl – tillgänglighet till specialistverksamhet är beroende av tillgängligheten i de övriga verksamheterna

Tillgänglighet och kompetent första bedömning

Tillgänglighet är centralt för barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Fördröjning av diagnos och insatt behandling eller träning kan påverka prognosen på lång sikt. Mer fokus behöver läggas på den initiala dialogen mellan den vårdsökande och professionen - hög tillgänglighet i betydelsen att snabbt få en kontakt och en tydlig struktur för denna behöver prioriteras och utvecklas. I denna initiala bedömningsfunktion måste finnas tillräckligt hög kompetens för att kunna ge en säker rådgivning och att vid behov kunna leda vidare till rätt vård. Det vill säga vid initial kontakt med första linjens vård bör det finnas personal med tillräcklig kompetens att kunna skilja på psykisk ohälsa och socialproblematik mm. Vid första bedömningen på specialistnivån ska personalen där ha tillräcklig kompetens för att kunna bedöma om patienten behöver specialistvård eller om det räcker med konsultation och rådgivning för att behandlingen ska kunna fortsätta i förstalinjen. Väntetider till första bedömning, liksom fördjupad utredning och behandling hos specialist, har förbättrats men är fortfarande orimligt långa. Väntetider till olika moment under utredning, eller till olika verksamheter, kan ge onödigt långa utredningstider.

Vårdgarantin

Den nationella vårdgaranti som infördes 2005 tydliggör vårdens åtagande gentemot patienten i samband med en beslutad behandling. Vårdgarantin innebär att det åligger landstingen att se till att vården erbjuder kontakt, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som patienten söker hjälp. Om kontakt med läkare erfordras ska väntetiden vara högst 7 dagar. Efter beslut om remiss ska ett besök inom den specialiserade vården kunna erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdatum. Efter beslut om behandling ska denna erbjudas inom högst 90

dagar.

Vårdgarantin reglerar inte *om* vård ska ges eller *vilken* vård som kan komma i fråga. Den reglerar *inom vilka tidsgränser* den vård ska erbjudas som vårdgivaren i samråd med patienten har beslutat om. Det är alltid gällande medicinska prioriteringar och indikationer för vård och behandling som ska utgöra grund för beslut och därmed utlösa vårdgarantin.

För barn och ungdomar med psykisk ohälsa är det inte självklart hur vårdgarantin ska tillämpas. De första mätpunkterna 0 och 7, dvs kontakt med primärvården samma dag och vid behov besök hos läkare samma dag, är inte lika lättdefinierade när det gäller psykisk ohälsa hos barn. Det är inte självklart att det är i primärvården eller att det är hos läkare bedömning görs dag 7. Det kan vara lika relevant med annan kvalificerad personal.

Det är de två sista delarna, tid till besök i den specialiserade vården och tid till behandling, som i en skärpt vårdgaranti skulle kortas till 30 dagar. Vid vissa tillstånd t.ex. ADHD eller Autism behöver behandlingen föregås av en omfattande utredning. I andra fall kan en fördjupad utredning också innehålla behandlingsmoment. Den sista mätpunkter bör därför definieras som behandling/fördjupad utredning

Här beskrivs hur mätpunkterna kan definieras för psykisk ohälsa hos barn och ungdomar i en framtida vårdgaranti med kortare tidsintervall.

0 - Samma dag

Kontakt med förstalinjens vård kan vara:

- Telefonrådgivningsfunktion
- Samtal med personal i någon av basverksamheterna eller primärvården t.ex. skolsköterska, BVC-sköterska, personal vid ungdomshälsan osv

7- Inom en vecka

Bedömning hos läkare eller personal kvalificerad nog att göra bedömning av vårdbehov och möjlighet att få nödvändig insats inom första linjens vård

- Läkare eller psykolog i primärvården eller annan psykiatriskt specialistutbildad personal
- Läkare eller psykolog inom barnhälsovården eller skolhälsovården

30 – Inom 30 dagar

Bedömning och grundläggande utredning hos specialist (läkare eller annan specialkompetent behandlare som psykolog

30 – Inom 30 dagar

Behandling eller specialutredning/fördjupad utredning hos specialist

I nuläget rapporteras enbart "tid till besök" till väntetidsdatabasen. En utökad inrapportering med även tid till fördjupad utredning och behandling samt vad det är väntetiden gäller måste utvecklas.

Samverkan

Samarbetet med vårdgrannarna varierar mycket, från att i vissa landsting/regioner vara välutvecklat och reglerat i överenskommelser till att förekomma i begränsad omfattning. Fungerande samverkansmodeller med primärvården och vårdgrannarna är nödvändiga för att de barn och ungdomar som behöver insatser verkligen ska få tillgång till specialistvård hos BUP. För att samhället på allvar ska kunna möta barn och ungdomars behov av stöd för sin psykiska hälsa behövs insatser på många olika nivåer och med ett brett utbud av insatser. Det finns dock en uppenbar risk att en mängd initiativ och satsningar med goda intentioner utan samordning kan bli ineffektiva.

Hälsovård och primärvård

Den generella bilden av insatserna till barn och ungdom över landet är att det finns en väl utbyggd barnhälsovård med många kontakter med barn och föräldrar under de två första levnadsåren. Barnhälsovården har oftast ett ansvar upp till sex år men hur mycket hälsokontroller, föräldrastöd osv som finns varierar. Det finns exempel på familjecentraler som har ansvar upp till 12 år men det vanliga är till 6 år.r. Familjecentraler eller familjecentralsliknande verksamheter beskrivs som bra verksamhetsformer med klara fördelar genom att olika verksamheter finns integrerade och att de ger goda möjligheter för olika preventiva insatser. Det finns drygt 130 familjecentraler spridda över landet i de flesta länen av men de täcker bara delar av länen och inte alltid hela kommunerna.

Från sex år finns skolhälsovård för alla barn men omfattningen varierar. På många platser kallas verksamheten elevhälsa och har skolläkare, skolsköterska, skolkurator, skolpsykolog och specialpedagoger i nära samarbete men det förekommer också att man lyfter fram vikten av att skilja på skolhälsovården och elevvårdens uppdrag. Skolsköterska och skolläkare finns då ofta organisatoriskt i barnhälsovård eller primärvård men är stationerade på skolorna. Skolhälsovård och elevhälsovård är organiserad på en mängd olika sätt, allt från helt decentraliserat ute på enskilda skolor och under enskild rektor, till helt centralt placerade på kommun eller delvis i landstinget. Ofta finns flera nivåer med lokal skolhälsovård/elevhälsoteam på skolorna och mer centralt placerade resursteam för barn med särskilda behov. På några platser i landet finns till och med skolpsykiater. Mera sällan finns resurser i form av ex psykologer och specialpedagog som stödjer förskolans personal med konsultationer. Det ser ofta olika ut inom ett län. Tillgången på de olika kompetenserna varierar stort. Skolsköterska och skolläkare finns alltid men även för dessa yrkesgrupper kan antalet timmar per elev variera stort mellan olika skolor. Hur man ser på skolhälsovårdens uppdrag varierar också från att det bara handlar om hälsofrämjande insatser till att göra kvalificerade kartläggningar och utredningar och ge visst samtalsstöd.

Vilket ansvar primärvården har varierar också stort mellan olika län.

Den allmänna bilden är att primärvården möter barn med psykosomatiska besvär (som ont i magen, huvudvärk, trötthet) men att man inte anser sig ha resurser och kompetens att ta om hand barn och ungdomars psykiska ohälsa. Det är få remisser som går mellan primärvård och barnpsykiatri till skillnad från primärvård och vuxenpsykiatri.

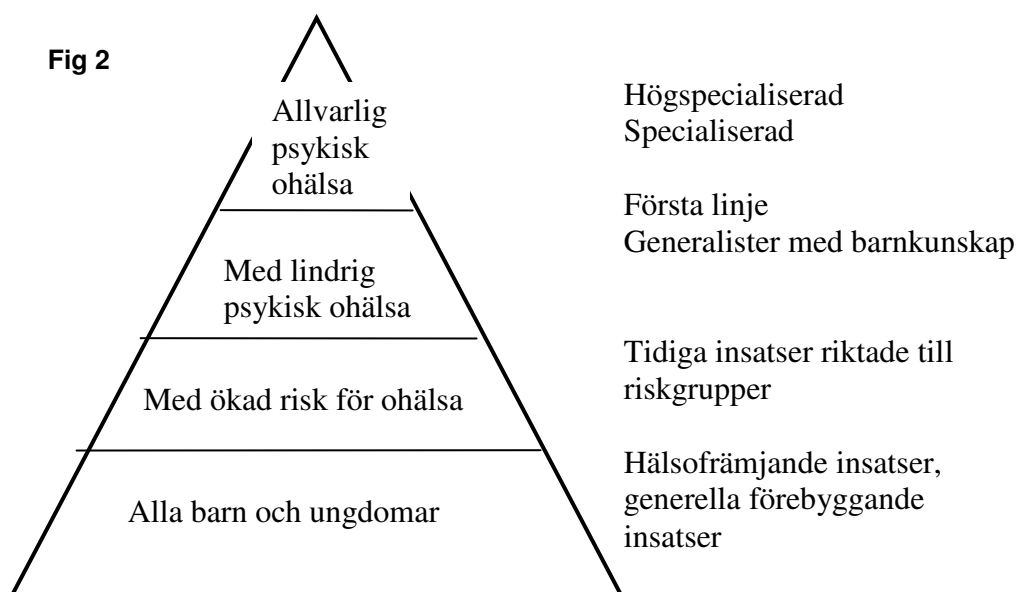
Ungdomsmottagningar lyfts fram som goda exempel och är verksamheter som når många ungdomar och som möter många med psykisk ohälsa. Hur mycket man gör behandlingsmässigt beror på hur verksamheterna är bemannade. Tillgång till kurator och psykolog spelar roll liksom vilket samarbete man har med textpsykiatri. Ungdomsmottagningarnas uppdrag och bemanning kan variera över ett län.

Specialistnivån

Även när det gäller specialistnivån är det stora skillnader över landet i organisation och var olika ansvar ligger. Ansvar för utredning av autism kan ligga på barnpsykiatri, barnmedicin eller barnhabiliteringen. Verksamheter inriktade till små barn och mödrar för att stödja anknytning finns oftast inom barnmedicin men kan också finnas på BUP. Hur utvecklad utredningsverksamheten är inom barnpsykiatrin och i vilken utsträckning det finns subspecialiserade verksamheter varierar. Slutenvårdsplatser, dvs heldygnsvård, finns inte längre inom barnpsykiatrin i alla landsting. Platser i annat landsting eller inom barnmedicin används då vid behov. Tillgången till olika yrkeskategorier, liksom kompetens varierar. I glesbygdslän är det svårt att hålla en bred och hög kompetens på små enheter. Förväntningarna på BUP och önskan om deltagande i olika samverkanssammanhang överstiger ofta kapaciteten hos denna lilla verksamhet som BUP är.

Behov och insatsnivåer

Det pågår en kraftig kunskapsstillväxt inom hälso- och sjukvård och möjligheterna att erbjuda effektivt stöd och framgångsrika behandlingar ökar. Utvecklingen innebär ökande krav på kunskap och färdigheter i basverksamheterna och i första linjens verksamheter. Generalistkunskap, helhetssyn och möjlighet att erbjuda adekvat hjälp i barns och ungdomars närmiljö och vardag är grundförutsättningar i de stora volymerna vård och stöd som efterfrågas. Vid svårare tillstånd, beroende på sjukdomens allvarlighetsgrad, komplicerande omständigheter och samsjuklighet eller vid mycket ovanliga tillstånd, behövs mer specialiserade utredningar och behandling. Det kan behövas samarbete mellan landsting och över kommungränser för att få tillgång till tillräcklig specialkunskap eller för att kunna erbjuda individuellt anpassade stöd och behandlingsupplägg vid vissa ovanliga tillstånd. Följande modell har använts i diskussionerna.



Folkhälsoarbete riktat till alla barn

Den breda basen i aktiviteterna för att uppnå en god psykisk hälsa är generella, hälsofrämjande insatser till alla barn och ungdomar. Det kan handla om att främja psykisk hälsa med hjälp av:

- ökad kunskap om viktiga friskfaktorer
- stöd till föräldrar så att de kan stödja sina barns utveckling på bästa sätt
- en förskola och skola som stöder barnets sociala utveckling och skapar goda förutsättningar för kunskapsinhämtande och utvecklande av färdigheter
- goda miljöer för fritid och rekreation och möjlighet till delaktighet och gemenskap
- goda förutsättningar att komma in på arbetsmarknaden och kunna få en försörjning

En svårighet i det breda folkhälsoarbetet är att en del av de barn och familjer som bäst behöver stöd av olika anledningar inte nås. Genom att anpassa de hälsofrämjandeinsatserna till speciella grupper, eller till och med individanpassa, kan fler nås. Förebyggande insatser till personer i olika risksituationer kan vara en del i insatserna som ges när en person sökt hjälp för misstänkt psykisk ohälsa. Det kan då vara en hälso- och sjukvårdsinsats på förstalinje nivå

Vad kan erbjudas på olika nivåer?

Här följer en sammanfattning det som redovisas i den kunskapssammanställning som gjorts utifrån de olika gruppernas arbete.

Allmänna principer

- Att barn och föräldrar ska ha möjlighet att söka både till första linjens vård och till specialistvården. Att så mycket som möjligt av vård och stöd ska ske i barnets närmiljö, i samarbete med föräldrar, skola, socialt nätverk.
- Att problem ska ses i sitt sammanhang och att vård och stödinsatser ska eftersträva ett helhetsperspektiv.
- Att barnets/ungdomens funktionsförmåga blir viktig i bedömning av behov av insatser liksom i utvärdering av resultat. Kan barnet leka, fungera i sociala sammanhang, klara skolan, känna glädje och tillfredsställelse i livet?
- Att medicinska insatser inte kan lösa alla problem och det är viktigt att inte sjukdomsförklara livsproblem, sociala omständigheter, missförhållanden i miljön.
- Att specialistverksamheterna har fler uppdrag än att ta emot patienter för insatser på specialistnivå. De ska även vara konsulter till andra verksamheter och delta i diskussionen om utvecklingen av samhället i stort.
- Att evidensbaserade metoder är viktiga men idag finns inte vetenskap som täcker hela området. Erfarenhetsbaserade metoder och praxis måste då användas. Systematisk uppföljning av allt som görs viktigt för att få så hög kvalitet som möjligt och en kontinuerlig utveckling.
- Att det finns stort behov av forskning och utvärdering utifrån Svenska förhållanden.

Basnivå - Första linje – Specialist - Subspecialistnivå

Här beskrivs kortfattat vad som kan erbjudas vid olika problem inom området psykisk ohälsa. En utförlig beskrivning av vad som enligt aktuell kunskap och dagens erfarenheter bör kunna erbjudas på olika nivåer kommer att finnas presenterat i ett en kunskapssammanställning bilaga 3. www.skl.se/psykiskhalsa .

Basnivå

Förebyggande – Tidiga insatser

Föräldrar, förskole- och skolpersonal har i samspel med mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård, ungdomshälsa och primärvård en stor betydelse i det förebyggande arbetet. Tidiga insatser vid problem kan ibland vara svåra att skilja från generella hälsofrämjande insatser eftersom mycket av det som vi kan göra för barn och ungdomar med problem också är bra för alla barn.

Tillgång till information, enklare rådgivning, självhjälpsmaterial i tryck eller på nätet och självhjälpsgrupper kan på goda grunder utifrån erfarenhet anses vara viktigt och bör finnas lättillgängligt för alla. Skolpersonal och all personal i hälso-

och sjukvård, samt personal inom socialtjänsten som kommer i kontakt med barn och ungdomar bör veta var det finns information och rådgivning att få.

Anpassning av förskola, skola, arbetsliv och offentliga miljöer för barn och ungdomar med funktionsnedsättningar så att omgivningens krav och individens förutsättningar stämmer

Identifiera

Inom förskola, skola, barnhälsovård och skolhälsovård finns möjlighet att tidigt hitta barn som har tecken på psykisk ohälsa.

I skolan och i mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård, ungdomshälsa bör finnas kompetens att göra en första bedömning av om barnets problem i första hand är en fråga för skola, socialtjänst eller hälso- och sjukvård eller kunskap om vem som kan hjälpa till med bedömning (ex rådfråga specialpedagog eller psykolog med konsultationsansvar inom t ex. förskolan).

Basutredningar/kartläggningar, ofta i samband med elevvårdskonferenser i skolan, är ett exempel där en bred kartläggning ur pedagogiskt, psykologisk, socialt och medicinskt perspektiv sker.

Känna igen situationer som kan innebär risk för att ett barn ska fara illa, omsorgssvikt hos föräldrar, utsatta miljöer, traumatiserande händelser.

Veta när en anmälan till sociala myndigheter ska göras.

Övrigt

Personal i förskola och skola kan spela en roll i ett senare behandlingsarbete som en part som i samarbete med föräldrarna stöder barnet att genomföra en behandling. Förändringar i miljön eller bemötande hemma och i skola kan vara delar i behandlingen. Skolpersonal och föräldrar kan behöva information och handledning ibland tillsammans.

Första linje – hälso- och sjukvård

Det vill säga det som inte är specialistverksamhet (kan vara barnhälsovård, primärvård, familjecentraler, ungdomshälsa, skolhälsovård, mm)

Identifiera:

Barn med utvecklingsavvikelse som inte växer eller uppnår färdigheter som förväntat bör identifieras så tidigt som möjligt eftersom det, vid vissa tillstånd, finns möjlighet att klart förbättra prognosen med tidiga insatser.

Screening (eller medveten bedömning av om några tecken föreligger på psykisk ohälsa) bör ingå i det ordinarie hälsoprogrammet för barn vid kontroller 1,5 till 6 år vad gäller tecken på utvecklingsstörning, autismspektrumstörning, allvarlig ADHD, allvarligt normbrytande beteende.

När barn eller ungdomar inte når förväntad måluppfyllelse i förskolan, skolan, skolkar, mobbar eller blir mobbad, använder alkohol eller droger eller hamnar i

kriminalitet bör det finnas rutiner för att utesluta att det handlar om psykisk ohälsa.

Hälso- och sjukvård tillsammans med socialtjänst bör ha rutiner för uppsökande verksamhet när barn eller ungdomar mår psykiskt dåligt men inte själva söker hjälp.

Vid kroppsliga symtom som huvudvärk, ont i magen, sömnsvårigheter ska kompetens för att identifiera när orsaken är psykisk ohälsa finnas.

Känna igen situationer som kan innebära risk för att ett barn far illa och känna igen tecken hos ett barn som innebär att det kan misstänkas att barnet far illa eller varit utsatt för trauma, är traumatiserat. Veta när anmälan till sociala myndigheter ska göras.

Tecken på allvarlig psykisk sjukdom som schizofreni eller bipolär sjukdom (tonåringar) ska kunna kännas igen och sedan hänvisas/lotsas till specialistpsykiatri.

Utreda:

Grundläggande kartläggning av problematiken och beslut om huruvida fortsatta åtgärder behövs och i så fall var/vem som gör detta.

Vid misstänkta utvecklingsavvikelser, autismspektrumstörningar, ADHD, allvarligt utagerande beteende görs en grundläggande kartläggning med hjälp av standardiserade intervjuformulär och/eller skattningsinstrument för att avgöra stödbehov, eller behov av fördjupad utredning.

Vid misstänkt depression, ångeststörning, ätstörning eller missbruk, göra en grundläggande kartläggning, en klinisk bedömning om diagnos föreligger, och i så fall svårighetsgrad samt om det finns behov av bedömning av specialist.(Skattningsinstrument finns.)

Utreda och åtgärda

Depressioner hos tonåringar om de är lindriga och om de svarar på behandling. Med rådgivning, stöd och KBT behandling.

Ångest, lindriga tillstånd. Med rådgivning, stöd och KBT behandling, till föräldrar och barn. Webbaserade program finns.

Ätstörning lindriga ätstörningar utan medicinska komplikationer. Ex barn med matmotstånd med liten viktpåverkan. Stöd och rådgivning till föräldrar och barn.

Tics och Tourette, om lindriga som inte innebär ett hinder för barnet

Inlärningssvårigheter, koncentrationssvårigheter och ADHD. Lindrig tillstånd kan i nuläget erbjudas insatser på denna nivå. I framtiden kommer det troligen vara lämpligt att mer än lindiga tillstånd kan behandlas här. I varje fall uppföljning av mer komplicerad problematik och tex medicinering med

centralstimulantia eller liknande preparat som satts in av specialist kan följas upp på förstalinjes nivån under okomplicerade perioder.

Omsorgssvikt. Stöd till föräldrar med lindrig omsorgssvikt eller när barn visar tecken på lindrig anknytningsstörning.

Beteendeproblem och normbrytande beteende, föräldrainterventioner: information, rådgivning, manualbaserade föräldraträningsprogram, information/undervisning riktat till barnet, manualbaserade träningsinsatser till barnet/den unge.

Riskbruk av alkohol och droger, manualbaserade tidiga insatser till föräldrar/familj och den unge själv. Provtagning och kontroller.

Specialistnivån

Utreda

Misstänkt utvecklingsavvikelse, autismspektrumstörning diagnostisk bedömning och bedömning av samsjuklighet, samt bedöma behandlings- och stödbehov.

ADHD och behov av medicinering eller annan specialistinsats

Depression hos barn under 13 år och allvarlig depression hos tonåring eller lindrig som ej blivit bättre efter 6-8 v behandling hos första linjen.

Ångeststörningar, ätstörningar av allvarlig form eller lindrig med kvarstående besvär trots insats av förstalinje.

Åtgärda

Depression alla slag hos barn under 13 år. Först stödsamtal till barn och familj, om ej tillräckligt KBT inriktad familjebehandling, ev kombinerat med läkemedel (SSRI). Depression av allvarligt slag hos tonåringar, med självskadande handlingar, lindriga depressioner som inte svarat efter 6-8 v behandling i första linje. Psykoterapi ev. kombination med SSRI-läkemedel, psykopedagogiskt familjestöd.

Ångesttillstånd medelsvår och svår. Med symtom som nedsätter funktionsförmågan och allvarligt påverkar livsföring. Tillstånd där insatser från första linjen inte gett behandlingsframgång. Vid omfattande ångestproblematik med ett flertal samtidiga ångestdiagnoser och/eller komplicerande samsjuklighet med ADHD, Tourettes syndrom eller Aspergers syndrom behövs specialiserad/subspecialiserad vård med kombination av behandling såsom KBT+SSRI+ familjebehandling, skolanpassningsåtgärder m.m.

Ätstörning allvarlig; ätstörningar med måttliga/allvarliga medicinska komplikationer. Barn som har en tillväxtpåverkan. Barn och tonåringar med diagnostiserad Anorexi, Bulemi eller Ätstörning UNS. Ungdomar med uttalad viktnedgång eller de som hetsäter och kräks.

Riskbruk av alkohol och droganvändning

Alkohol och droger vid låg ålder. Bruk/missbruk alkohol och/eller drogmissbruk trots första-linje insatser, samtidig psykisk sjukdom, tecken till självmedicinering.

Autismspektrumstörningar. För barn och ungdomar med autismspektrum tillstånd har i allmänhet barn- och ungdomshabiliteringen ett ansvar i fråga om behandling och BUP är ett komplement vid psykisk/psykiatrisk tilläggsproblematik.

Koncentrations- och inlärningssvårigheter mm

Allvarlig Tourette, kvarstående inlärningssvårigheter trots åtgärder, allvarlig ADHD, kvarstående koncentrationsproblem trots åtgärder.

Medicinering med centralstimulerande medel vid komplicerade fall självklart på specialistnivå men det kan vara möjligt att okomplicerad uppföljning av CS-medicinering kan ske i första linjen i framtiden.

Trots, aggressivitet och utagerande beteendeproblem där insatser på basnivån inte varit tillräckliga.

Barn som far illa Barn som lever i utsatt situation och/eller varit utsatt för traumatiserande händelse. Om barnet/ungdomen uppvisar allvarliga symtom och symtomen kvarstår trots att adekvata åtgärder vidtagits på basnivå, om barnets förmåga att fungera i vardagen är allvarligt påverkad. Vid tecken på samsjuklighet eller komplicerade utredningsärenden.

Komplicerade tillstånd Behandling som är komplicerad genom samsjuklighet, annan komplicerande problematik, eller när det finns risk för självdestruktivt beteende eller självmordsrisk, bör ske på specialistnivå.

Subspecialiserad verksamhet

För allvarliga tillstånd som är svårbehandlade eller ovanliga tillstånd som påträffas så sällan att det är svårt att upprätthålla en hög kompetens kan det behövas en subspecialistnivå.

Svårbedömd och terapistresistent ADHD som utgör ett allvarligt funktionshinder

Svårbedömd autismspektrumstörning, komplex och svårbedömd sammansatt problematik med självskadebeteende mm

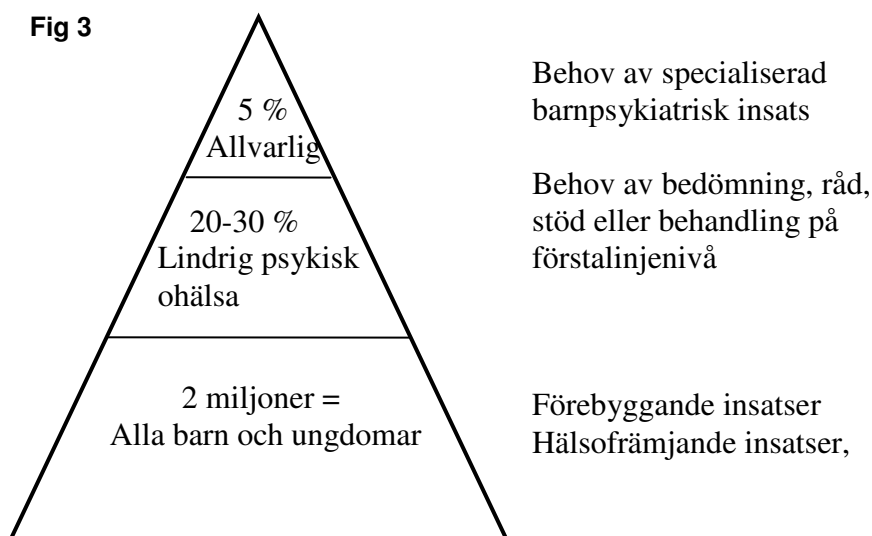
Allvarlig beteendeproblematik och aggressivitet som förvärras trots specialistinsats

Allvarliga depressions-, ångest-, ätstörningstillstånd kan i vissa fall vara av så svår art att det kan finnas behov av att det finns enheter med särskilt hög kompetens som kan fungera konsultativt. Subspecialiserad vård behövs för behandling av ungdomar med allvarligt självskadebeteende, som ofta har en samsjuklig depressiv och suicidal problematik

Schizofreni och bipolär sjukdom mm. pga. det är ovanliga tillstånd i unga år men sjukdomar med hög risk för kronisk utveckling

Sammanfattningsvis visar gruppernas arbete att aktuella erfarenheter talar för att det finns insatser för psykisk hälsa som kan erbjudas på olika nivåer. Det finns inga exakta siffror på hur många barn som behöver eller som får olika insatser mot psykisk ohälsa. Uppskattningsvis är alla barn är i behov av hälsofrämjande insatser, upp mot en tredjedel behöver någon hjälp för psykisk ohälsa och cirka fem procent har behov av åtgärder på specialistnivå.

Fig 3



För att bra och effektiva insatser ska kunna erbjudas på olika nivåer enligt ovan krävs att kompetens och resurser utvecklas så att de stämmer överens med det uppdrag som ska utföras. Då måste det finnas personal med rätt kompetens att tillgå och kunskap om vilka metoder som är effektivast.

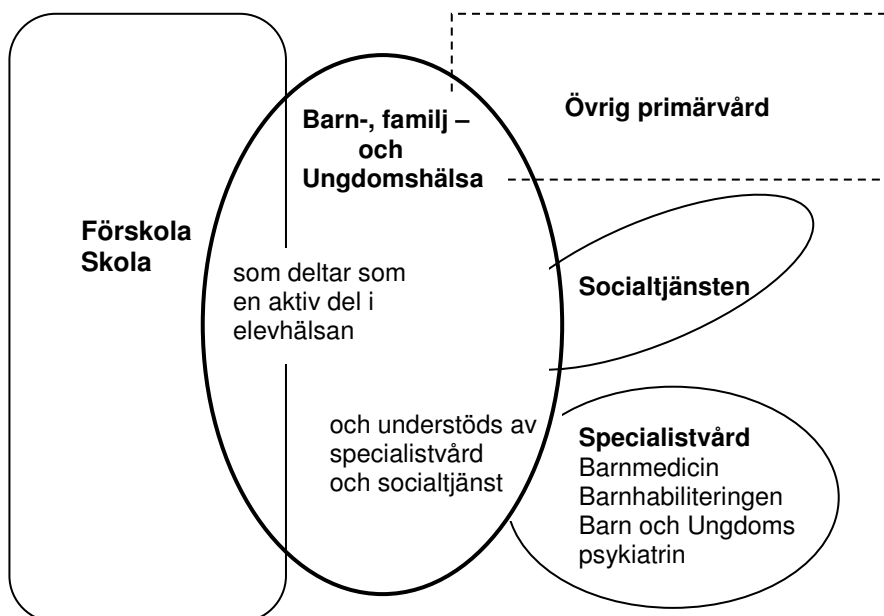
Modell för gemensamt uppdrag

Integrerad verksamhet i kommuner och landsting riktad till barn och unga.

Redan Barnpsykiatri utredningen SOU:1998:31 och även Nationell psykiatrisamordning SOU 2006:100 framhöll behovet av samlade insatser för barn och ungdomar. I flera utredningar och i Socialstyrelsens i rapport med uppdrag att stärka barnkompetensen (S 97/6801/S) föreslogs försöksverksamhet där barnhälsovård och skolhälsovård samordnas. Det finns samstämmiga önskemål om integrerade verksamheter och många beskrivningar av framgångsrika exempel. De exempel som finns är dock lokala, dvs de omfattar bara en del av ett län eller en kommun eller så handlar det om en specifik åldersgrupp eller problemområde.

Fig 5

Sammanhållen och integrerad verksamhet i kommuner och landsting riktad till barn och unga.



Barn- och familjehälsan och Ungdomshälsan skulle kunna bestå av det som i dag är Mödrahälsovård, Barnhälsovård, Familjecentraler, Ungdomsmottagningar, Skolhälsovård och delar av primärvården.

Gemensamma nationella modeller?

För att göra det enkelt för användarna och möjligt för de olika huvudmännen att skapa likvärdiga insatser borde det finnas liknande strukturer runt om i länen och i landet. Svårigheterna uppstår när man ska konkretisera hur dessa strukturer ska vara uppbyggda och hur lagstiftningen ska vara utformad. Eftersom det handlar om i varje fall tre olika verksamheter: Hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola som styrs av tre olika lagstiftningar, måste uppdragen vara reglerade så att de täcker helheten, ger incitament till gemensamma verksamheter och tydlighet i ansvarsgränser.

SKL har funnit att det i nuläget inte går att föreslå en självklar modell för ett gemensamt uppdrag. Olikheter i hur kommuner och landsting löst detta är så stora att det finns en risk att idag välfungerande verksamheter slås sönder vid införande av nya modeller. Det finns heller inga självklara lösningar då alla olika modeller har nackdelar.

Organisatoriska modeller är sällan lösningen på alla problem men samtidigt är det

uppenbart att bristen på en samordnad organisation och det delade ansvaret mellan olika verksamheter med olika lagstiftning är i dag ett hinder. Många diskussioner kring olika modeller har därför förts under året och här beskrivs ett par olika alternativa sätt att tänka kring samordning av verksamheterna. På alla nivåer, dvs. med politiker, tjänstemän och verksamheterna framhålls behov av samordning och en organisation av verksamheterna så att insatserna till barnen hålls samman. Många pekar på att det inte finns någon som har ansvar för att samordna och att det finns behov av ett uttalat ansvar. Däremot är det olkärt om ansvaret ska ligga på en vem det då skulle vara eller om det kan fungera om alla har ett ansvar..

Modellförslag

Framför allt två alternativ har väckt intresse:

Utgångspunkterna i båda är

- en sammanhållen barn- och ungdomshälsa med ett tydligt familjeperspektiv
- hälsofrämjande och förebyggande insatser sida vid sida med indikerade insatser för barn med eller med risk att utveckla psykisk ohälsa.
- ett uppdrag som innebär att alla barn oavsett bostadsort, skolform osv erbjuds likvärdiga hälsofrämjande insatser och hälso- och sjukvård.
- flexibla åldersgränser
- tydlig intention att förebyggande och tidiga insatser ska finnas i barn och föräldrars närmiljö, vara lättillgängligt och inte sjukdomsförklara livsproblem
- att det ska finnas möjlighet till alternativa lösningar och möjlighet för barn och föräldrar att välja var man vill söka hjälp för sina problem. Särskilt för ungdomar kan det vara viktigt att det finns möjlighet att välja om hjälpen söks via skola eller sjukvård och med eller utan föräldrar.
- båda modellerna förutsätter en utbyggnad av förstalinjes insatserna
- att förändringar och förtydliganden behövs i flera lagar

Model 1:

Sammanhållen barn och ungdomshälsa för både kroppslig och psykisk hälso- och sjukvård, fig 5

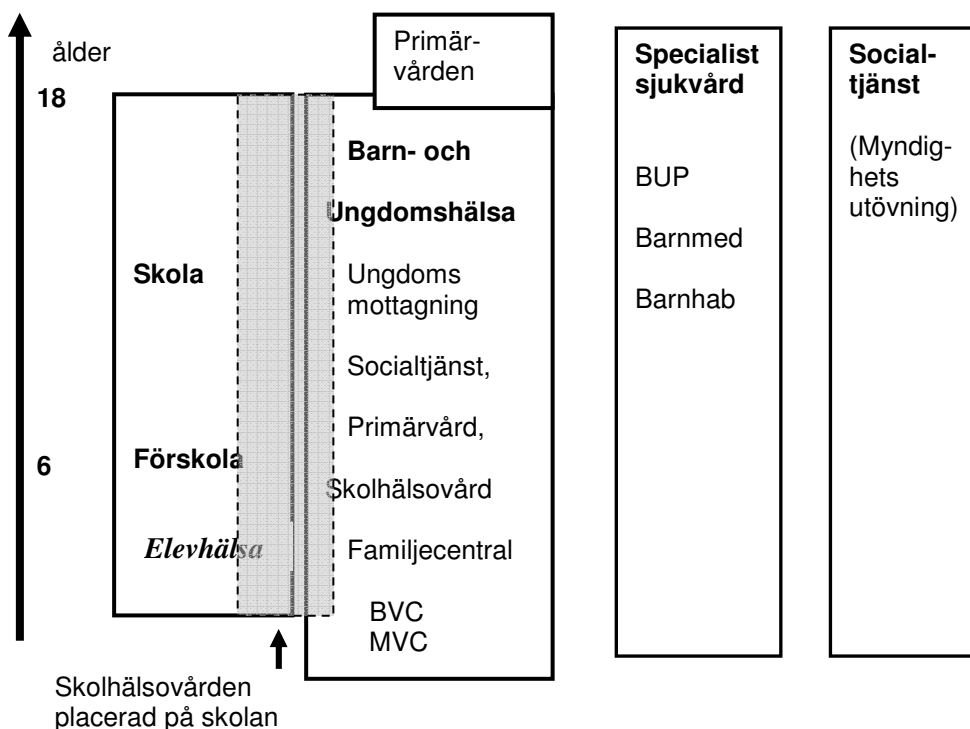
Alla hälsofrämjande stödande och sjukvårdande insatser på första linjes nivå samlas i en barn- och ungdomshälsa där primärvård, barnhälsovård, skolhälsovård, socialtjänstens råd och stöd osv samordnas och gärna samlokaliseras. Det skulle innebära att dagens familjecentraler och ungdomsmottagningar med viss utvidgning skulle passa in i detta koncept. Skolhälsovården skulle höra till denna organisation och ha i uppdrag att finnas tillgängliga ute på alla skolor med alla kompetenser som behövs för hälsofrämjande insatser, för utredning och vissa stödinsatser. Tillsammans med skolans elevvård kan man bilda elevhälsoteam ute på skolorna.

I denna barn- och ungdomshälsa fullgör landstingen sitt ansvar att erbjuda: hälsofrämjande insatser för blivande mödrar och barn och ungdomar, hälso- och sjukvård för såväl kroppsliga som psykiska problem med behov av medicinska insatser. (Primärvårdens uppdrag enl HSL 5§: grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.)

Socialtjänsten kan delta med sin råd och stödverksamhet. Socialtjänstens myndighetsutövande del finns i nära samverkan och kan kopplas in i aktuella fall.

Specialistverksamheter som barnmedicin, Barnpsykiatri och Barnhabilitering finns tillgängliga för konsultationer och bidrar med handledning och utbildning.

Fig 5. Sammanhållen barn och ungdomshälsa för både kroppslig och psykisk hälso- och sjukvård



Fördelar med detta är

- att det är lätt för föräldrar och barn att veta vart man ska vända sig
- att det underlättar ett helhetsperspektiv på barns hälsa oavsett ålder, typ och svårighetsgrad av besvär
- att hälsofrämjande insatser av generell typ som vänder sig till alla finns sida vid sida med förebyggande insatser och första linjes vård vilket minskar risken för stigmatisering
- att psykiska och fysiska problem behandlas på samma ställe eftersom det ofta finns samsjuklighet
- specialistverksamheterna har en part att samverka med och bistå med konsultation

Nackdelar:

- att barn och föräldrar får olika hälsoenheter att gå till.
- att det blir en organisation med relativt stor medicinsk tyngd
- att det blir en samverkansgräns i skolan mellan elevvården och den pedagogiska personalen och den skolhälsovård som finns på skolan men organisatoriskt hör till Barn- och Ungdomshälsovården
- risk att de sjukvårdande insatserna tar över på bekostnad av hälsofrämjande insatser

Model 2:

Sammanhållen barn- och ungdomshälsa för hälsofrämjande insatser, fig 6

Alla de hälsofrämjande och stödjande verksamheterna sk basverksamheterna samlas i en barn- och ungdomshälsa med enbart ett hälsofrämjande och förebyggande uppdrag.

Mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård plus elevvård (elevhälsa) och socialtjänstens råd och stöd samordnas och gärna samlokaliseras. Det skulle innebära att dagens familjecentraler och ungdomsmottagningar skulle passa in i detta koncept.

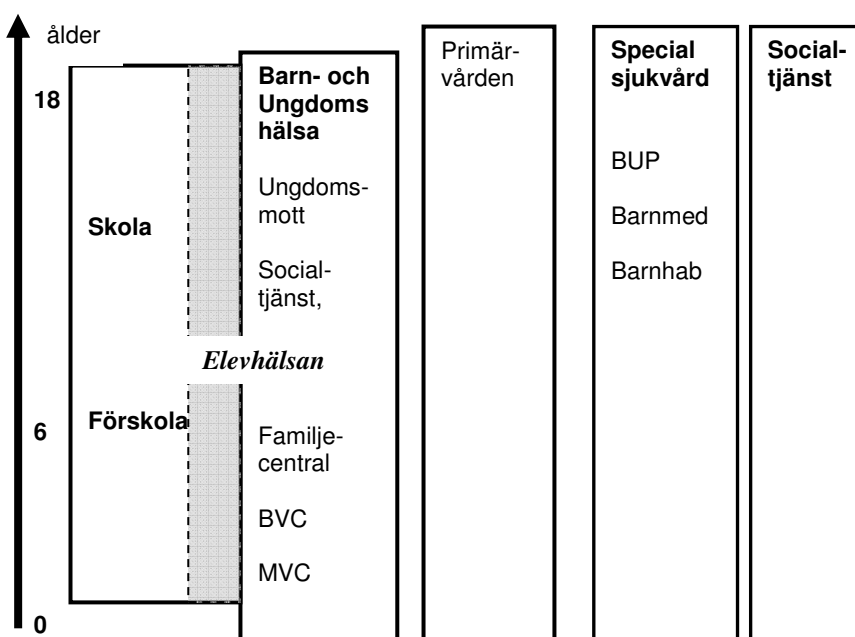
I denna barn- och ungdomshälsa fullgör landstingen sitt ansvar att erbjuda: hälsofrämjande insatser för blivande mödrar och barn och ungdomar. Landstingets uppdrag att erbjuda medicinska insatser för sjukdomar inklusive psykisk ohälsa fullgörs inom primärvården.

Socialtjänsten kan delta med sin råd och stödverksamhet.

Socialtjänstens myndighetsutövande del finns i nära samverkan och kan kopplas in i aktuella fall.

Specialistverksamheter som barnmedicin, Barnpsykiatri och Barnhabiliteringen finns tillgängliga för konsultationer och bidrar med handledning och utbildning.

Fig 6 Sammanhållen barn- och ungdomshälsa för hälsofrämjande insatser



Fördelar med detta är

- att det underlättar ett helhetsperspektiv på barns hälsa oavsett ålder
- hälsan betonas
- att hälsofrämjande insatser lyfts fram och behöver inte konkurrera med sjukvårdsinsatser
- tydligt ansvar för hälsofrämjande och förebyggande insatser i närhet till förskola och skola
- att psykiska och fysiska problem behandlas på samma ställe i primärvården eftersom det kan finns samsjuklighet
- samma instans, dvs primärvården, har ansvar för hela familjens ohälsa

Nackdelar:

- Hälsoinriktade insatserna skils från första linjens vårdinsatser vilket innebär att synergieffekter mellan barn och ungdomshälsan och primärvården försvåras
- Svårare att hålla kompetens kring att känna igen och tidigt identifiera ohälsa
- Större tröskel att söka hjälp då det inte är ett välkänt ställe, där alla varit, som erbjuder hjälp med ohälsa
- Risk för bristande barnkompetens i primärvården och inte samma möjlighet att upprätthålla igenkännande av normalprocesser i utvecklingen hos barn.
- Specialist verksamheterna måste samverka både med primärvård och barn och ungdomshälsan
- Svårare för specialistverksamheterna som är förhållandevis små att vara konsulter åt både barn och ungdomshälsan och primärvården

Modell 3

Psykisk ohälsa och kroppslig ohälsa i olika organisationer

Även en tredje modell har diskuterats där ansvaret för psykisk och kroppslig sjukvård för barn och ungdomar delas upp. För den kroppsliga ohälsan skulle då primärvården ha ansvar medan ansvaret för förstalinje insatser vid psykisk ohälsa skulle då vila på den samlade Barn- och ungdomshälsan. Denna modell liknar modell 2 men Barn och ungdomshälsan har då även ett sjukvårdsansvar. Den stora nackdelen med denna modell är att kroppsliga och psykiska besvär delas upp på ett sätt som inte stämmer med hur problemen uppträder i verkligheten.

Slutsatser:

- Arbetet med barn och ungas psykiska hälsa måste omfatta ett brett hälsofrämjande arbete och tidiga insatser för att möta psykisk ohälsa, allt från lindrig ohälsa till allvarliga psykiska sjukdomar samt uthålliga, anpassade och effektiva insatser för att minska konsekvenserna av allvarliga psykiska sjukdomar och funktionshinder.
- Utveckling av generella hälsofrämjande insatser, tidiga insatser till riskgrupper och insatser vid indikerade problem ska ske parallellt.
- Tillgänglighet utifrån vårdgarantin omfattar bara insatser när det finns misstänkt ohälsa eller indikerade problem av psykiatrisk vilket bara speglar en del av samhällets insatser för barn och ungdomars psykiska hälsa. Socialtjänsten och skolan har insatser på olika nivåer som spelar stor roll för den psykiska hälsan. Samarbete och integrerade verksamheter är nödvändigt för goda resultat och effektivt resursutnyttjande.
- För att få en god tillgänglighet till rätt insatser behöver det finnas
 - en specialiserad nivå för allvarliga och eller komplicerade tillstånd,
 - en första linje för lindriga tillstånd och tidiga insatser samt
 - en baslinje med generella insatser som når alla.
- God tillgänglighet till specialistinsatser förutsätter att det finns
 - en specialistnivå med god kompetens och resurser att ta hand om allvarliga tillstånd, ge konsultationer, handledning och utbildning till andra aktörer och att delta med kunskap i det förebyggande arbetet
 - en första linje (för indikerade psykiska hälsoproblem) som kan bedöma och ge behandling till lindriga tillstånd när psykiskohälsa/sjukdom misstänks
 - en första linje och basnivå som kan ge tidiga insatser i situationer när barn och unga riskerar att utveckla psykisk ohälsa.

Definitionen av vad som är sjukvård, sociala insatser eller hälsoarbete är i vissa lägen svår och förebyggande insatser och vård insatser går ibland i varandra. Insatser som kan ses som sjukvårdande insatser vid ett psykiatriskt problem och stödjande insatser från skola, hälsovård, socialtjänst sker ofta parallellt och behöver samordnas varför den sista nivån beskrivs både som första linje och basnivå.

Det finns stora olikheter i landet kring hur ansvarsfördelningen ser ut mellan olika huvudmän och verksamheter.

SKL anser att för att kunna uppnå en bättre tillgänglighet till barnpsykiatri behövs både en specialistnivå och en första linjes vårdnivå för barn och ungdomars psykiska ohälsa enligt ovan.

SKL anser att det i nuläget inte går att rekommendera ett sätt eller en modell för hur ansvarsfördelning och verksamheter ska utformas utan att det måste ske utifrån lokala förutsättningar och behov i kommuner och landsting.

SKL anser att kommuner och landsting behöver göra lokala överenskommelser och gemensamt planera hur behoven av insatser på specialistnivå, förstalinjesnivå och basnivå ska tillgodoses för att få ett effektivt resursutnyttjande.

SKL anser att en förändrad vårdgaranti för barn och ungdomars psykiska hälsa med kortade tidsgränser kan bidra till att utveckla en bättre tillgänglighet. För att få en förändring som märks i verkligheten måste ett förbättringsarbete ske med delmål. En fullt genomförd förändrad vårdgaranti till 0-7-30-30 dagar från nuvarande 0-7-90-90 kan vara möjlig att uppnå tidigast under 2011. Ett delmål med 0-7-30-90 kan successivt uppnås under 2009 för att gälla fullt ut från 2010.

SKL bedömer att det är möjligt att under 2009 utveckla en mätfunktion för väntetid till behandling och fördjupad utredning i väntetidsdatabasen.

SKL anser att vårdgarantin, och dess mätningar av tillgänglighet, bara är ett sätt att stödja god utveckling och att det är viktigt att skapa incitament för såväl tidiga insatser som för att barn och ungdomar med svår problematik prioriteras.

SKL anser att det behövs långsiktiga statliga satsningar på området med en inriktning som stimulerar gemensamma lösningar mellan olika verksamheter.

SKL anser att det behövs en samordning även på statlig nivå så långsiktiga mål och utformning av lagar och regelverk omfattar hela området, dvs skola, arbetsmarknad, socialförsäkring, vård och omsorg

SKL anser att det behövs satsningar på forskning och utbildning inom området. Grundutbildningarna på olika nivåer måste svara mot verksamheternas behov och på ett bra sätt förbereder för arbete i skola, vård och omsorg när det gäller att möta behoven hos barn och ungdomar med psykisk ohälsa samt att främja psykisk hälsa.

SKL anser att det behövs stöd kring vilka metoder och arbetsätt som är effektiva samt insamling av data som stöder användbara nationella jämförelsedata.

Bilaga 1

Aktuell statistik och uppgifter från enkät till verksamhetscheferna:

Inledningsvis kan konstateras att det endast i ringa utsträckning finns officiell statistik som kan fungera som stöd för planering och utvecklingsarbete inom området barn- och ungdomars psykiska hälsa.

Landstinget

Öppen och slutenvård Barn- och Ungdomspsykiatri

Från officiella databaser kan fås fram att det 2006 fanns 2 169 309 personer som var 0-19 år i Sverige. BUP tog emot 535 000 besök varav 78 400 läkarbesök i medeltal ca 15% (lokala variationer mellan 7%-26%) och 456 600 besök hos annan personalkategori. Det fanns 208 vårdplatser inom BUP. Antalet vårdtillfällen var 2 523 men det saknas uppgift om hur många barn det handlar om och vilken vårdform (HSL eller LPT).

Från den enkät som SKL gjorde till verksamhetscheferna i psykiatri:

Uppskattningsvis hade lite knappt 100 000 personer kontakt med BUP under året vilket är ca 5% av barn och ungdomar. Stora variationer anges från 2 till över 10%.

Det finns inga enhetliga siffror kring hur många barn som kan anses ha behov av insatser från BUP men uppskattningsvis brukar anges att 5-10% av barn och ungdomar har så allvarliga psykiska problem att de behöver expert hjälp.

45% av verksamhetscheferna uppger att i deras verksamhet är det högst 20% av patienterna som träffade läkare medan 45% anger att det är 30% eller fler som träffar läkare. De flesta verksamhetscheferna anser att 30-40% eller mer än 40% behöver träffa läkare.

Verksamhetscheferna anser att det finns barn som borde få träffa BUP men som inte gör det. Deras bedömning är att detta beror på bristande resurser vilket kan ses som ett förväntat svar men till lika stor del anges att det beror på fördomar, att barn eller föräldrar inte är motiverade, stora geografiska avstånd och att det saknas uppsökande verksamhet.

Av enkätsvaren från verksamhetscheferna framgår också att många anser att BUP's uppdrag behöver förtydligas. Mer än hälften uppger att man idag ägnar 30 % eller mera av sin verksamhet åt första linjens vård, där siffror på så mycket som 80 – 90% förekommer. På frågan om hur stor andel av verksamheten som **borde** ägnas åt första linjens vård uppger 82 % av verksamhetscheferna; 0 – 20 %.

I enkäten säger vidare 63 % av de svarande att man definierar 0 – 10 % av sin verksamhet som hög specialiserad. Önskvärt vore att 25 % eller mera av verksamheten var hög specialiserad enligt 45 % av verksamhetscheferna. Av dessa svar kan man dra slutsatsen att BUP-verksamheterna ägnar sig åt första linjens

vård i en utsträckning som man inte anser önskvärd. En förskjutning mot mer specialiserad och högspecialiserad vård är ett tydligt önskemål från verksamhetscheferna.

Kriterierna för när BUP tar emot och när patienter avvisas eller hänvisas till annan vårdgivare varierar. Vissa verksamheter har operationaliserade kriterier medan andra avgör mer efter en allmän bedömning. Flera uppger att man blivit striktare på att det ska röra sig om allvarlig barnpsykiatrisk problematik och tydlig funktionsnedsättning. Verksamhetscheferna anger att resursbrist hos andra aktörer som skola, skolhälsovård, primärvård gör att BUP får ärenden som man anser egentligen skulle hanteras av andra. När barn och ungdomar hänvisas vidare är det oftast till skolhälsovården eller socialtjänsten men sällan till primärvården.

De vanligaste remittenterna är enligt uppgift, skolan, socialtjänsten och barnhabiliteringen. Det kommer mycket få remisser från primärvården. Den absolut största andelen söker BUP direkt utan remiss (upp till 80-90 %, enligt uppgift i vissa landsting/regioner).

Väntetider

Det saknas statistik på hur många och vilka som avvisas eller hänvisas vidare. Landstingen mäter hittills endast hur många som väntar på att bli mottagna inom BUP. Siffrorna för april 2007 (där 20 landsting/regioner redovisade) visade att totalt 504 barn/ungdomar hade väntat mer än 90 dagar på att bli mottagna. För oktober var motsvarande siffra 706 barn/ungdomar när 21 landsting svarat med en total svarsfrekvens om 81%. Siffrorna har varierat mellan månaderna under året men rör sig mestadels mellan 500 - 1000 personer när alla landsting rapporterar. Väntetiderna varierar mycket inom de 21 landstingen/regionerna i landet. I april hade 35 % av samtliga rapporterande enheter en väntetid på högst 4 veckor. I september-oktober var siffran 39 %. I april rapporterade med andra ord 65 % av enheterna längre väntetider än 30 dagar till besök/bedömning (7 % angav en väntetid på 13 veckor eller mera). I september-oktober är motsvarande siffror 61% - längre väntetid än 30 dagar och 7,5 % anger en väntetid på mer än 13 veckor. Det finns i väntetidsdatabasen inte uppgifter om vad som är orsaken till besöket och väntetid till behandling rapporteras ej. I enkäten till verksamhetscheferna ställdes därför frågan hur långa väntetider BUP har till olika utredningar och behandlingar och vilka de vanligaste orsakerna är till väntetiderna. Väntetiderna till utredning och behandling menar man i första hand beror på hög ärendebelastning. Väntetider till läkemedelsbehandling beror på bristande tillgång till läkartider.

Till KBT/kognitiv behandling uppger merparten av de svarande att väntetiden uppgår till 9 - 12 veckor eller mera. Även till annan individualterapi eller familjeterapi är väntetiderna i flertalet fall 9 - 12 veckor.

Av svaren framgår att mer än 50 % av verksamhetscheferna uppger en väntetid på 12 veckor eller mera till neuropsykiatriska utredningar.

Kostnader

Kostnaderna för barnpsykiatri är svåra att få fram då fyra landsting inte kan

uppge eller inte svarat. Sju landsting kan inte uppge en nettokostnad för slutenvården inom barnpsykiatri. Med hjälp av andra data kan kostnaden uppskattas till drygt 2 miljarder vilket skulle betyda att barnpsykiatrins andel av hela kostnaden för den psykiatriska specialistvården ökat från ca 10% till 15%.

Socialtjänsten

Från Socialstyrelsens statistik kring insatser från socialtjänsten finns uppgifter om barn och ungdom som får insatser enligt SoL eller LVU.

Heldygnsinsatser

Under år 2006 påbörjade ungefär 7 700 barn och unga heldygnsinsatser enligt SoL och/eller LVU. Av dem var cirka 5 300 barn och unga nytillkomna, dvs. de hade inte erhållit någon av de redovisade heldygnsinsatserna under föregående fem år. Den 1 november hade cirka 14 900 barn och unga heldygnsinsats.

Drygt 20 700 barn och unga hade heldygnsinsats någon gång under år 2006.

Av de cirka 14 900 barn och unga som erhöll heldygnsinsats den 1 november hade ungefär 10 100 vård med stöd av SoL, cirka 4 600 barn och unga fick vård enligt LVU och cirka 200 barn och unga var omedelbart omhändertagna enligt LVU.

Familjehem var den vanligaste placeringsformen bland barn och unga med vård enligt SoL eller LVU den 1 november 2006. Närmare 80 procent av de SoL-vårdade och omkring 65 procent av de LVU-vårdade barnen och ungdomarna var familjehemsplacerade den dagen.

Öppenvårdsinsatser

Ungefär 28 100 barn och unga hade en eller flera av de redovisade öppenvårdsinsatserna den 1 november 2006.

Av de tre SoL-insatserna var behovsprövat personligt stöd den öppenvårdsinsats som flest barn och unga berördes av år 2006. Cirka 22 800 barn och unga fick den insatsen någon gång under året. Ungefär 21 800 barn och unga hade kontaktperson/-familj och cirka 8 600 deltog någon gång under år 2006 i strukturerade öppenvårdsprogram.

För 30-50% av insatserna anges den unges beteende som orsak för övriga brister i miljön.

Det finns ingen statistik över hur många av de barn och ungdomar som får insatser från socialtjänsten som har psykiska problem men detta plus data från undersökningar utförda av SiS gör att man kan uppskatta att minst en tredjedel har allvarliga psykiska problem.

Kostnaderna för Socialtjänstens insatser för heldygnsvård och öppenvård till barn och unga uppgick 2006 till drygt 11 miljarder.

Rätt insatser i rätt tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa

Utredningen "Rätt insatser i rätt tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa" är resultatet av en överenskommelse med regeringen där Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har åtagit sig att genomföra ett projekt i syfte att undersöka förutsättningarna för en förstärkt vårdgaranti. SKL anser att gemensamma ansträngningar måste göras från alla berörda samhällsaktörer för att främja barn och ungdomars psykiska hälsa.

Alla barn och ungdomar ska leva i en situation där individen kan samspela med sina närmaste och samhället på ett sätt som främjar psykisk och fysisk hälsa. Rapporten diskuterar därför vårdgarantin i ett större sammanhang. Arbetet med barn och ungas psykiska hälsa måste omfatta både ett brett hälsofrämjande arbete och insatser för att möta psykisk ohälsa, allt från lindrig ohälsa till allvarliga psykiska sjukdomar.

Utveckling av generella hälsofrämjande insatser, tidiga insatser till riskgrupper och insatser vid indikerade problem ska ske parallellt. För att få en god tillgänglighet till rätt insatser bör det finnas tre nivåer;

- en specialiserad nivå för allvarliga och eller komplicerade tillstånd
- en första linje för lindriga tillstånd och tidiga insatser samt
- en baslinje med generella insatser som når alla.

Läs mer på hemsidan www.skl.se/psykiskhalsa

TRYCKSAKER FRÅN SVERIGES KOMMUNER OCH LANDSTING

BESTÄLLS PÅ WWW.SK.LSE ELLER PÅ

TFN 020-31 32 30, FAX 020-31 32 40.

ISBN 978-91-7164-457-2



118 82 Stockholm, Besök Hornsgatan 20
Tfn 08-452 70 00, Fax 08-452 70 50
info@skl.se, www.skl.se