

Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa

– uppföljning av landstingens insatser 2012

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-097-8
Artikelnr 2013-9-14

Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2013

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att följa upp den förstärkta vårdgarantin för att förbättra tillgängligheten till insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast 15 september 2013. Uppföljningen baseras på en analys av utvecklingen av väntetider till barn- och ungdomspsykiatri, på redovisningar av insatser som landstinget lämnat till Socialstyrelsen samt på telefonintervjuer med samtliga landsting. Detta är den sjätte uppföljningen av tillgänglighetssatsningen som Socialstyrelsen presenterar.

Socialstyrelsen har också på regeringens uppdrag fördelat ett prestationsbaserat bidrag på 214 miljoner kronor till landstingen för 2012 för tillgänglighetssatsningen.

Rapporten har utarbetats av Ingrid Ström (projektledare), Thomas Malm och Louise Yngve. Charlotta Bjerhem har också medverkat. Statsbidraget har administrerats av Charlotte Fagerstedt. Ansvarig enhetschef för projektet har varit Ann Holmberg.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
Socialstyrelsen konstaterar sammanfattningsvis:	7
<i>Inledning</i>	9
Uppdraget	9
Bakgrund	9
Regeringens mål med tillgänglighetssatsningen	9
Villkor för 2012 års statsbidrag	10
Syfte och avgränsningar	11
Metod och genomförande	11
PRIO och andra nationella satsningar inom området psykisk ohälsa	12
PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016	12
Utbildnings- och kompetenssatsningar inom psykiatri	14
Beteckningar	15
<i>Väntetider till barn- och ungdomspsykiatri</i>	16
Inledning	16
Vad rapporteras in från barn- och ungdomspsykiatri?	16
Antal väntande till första besök 2010–2013	17
Måluppfyllelse enligt den förstärkta vårdgarantin	18
Måluppfyllelse 2012	19
Inrapportering inför statsbidrag 2013	20
<i>Statsbidragen 2007–2012</i>	23
Inledning	23
Ekonomisk uppföljning av 2007–2011 års statsbidrag	24
Fördelning av 2012 års bidrag	24
Landstingens erfarenheter av tillgänglighetssatsningen	25
Generella erfarenheter av tillgänglighetssatsningen	25
Vad är landstingens erfarenheter av den prestationsbaserade modellen för statsbidrag?	26
<i>Hur har landstingens verksamheter utvecklats?</i>	29
Inledning	29
Utvecklingen 2012–2013	29
Övergripande styrning av landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa	29
Rekrytering och bemanning	30
Hur är barn- och ungdomspsykiatri organiserad?	31
Privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri	32
Hur ser inflödet av patienter ut till BUP idag?	33

Ansvarsfördelning neuropsykiatriska utredningar	33
Heldygnsvård	34
Vilka insatser bedriver landstinget med syfte att förbättra tillgängligheten?	34
Verksamheter för ”unga vuxna”	35
Första linjens hälso- och sjukvård	36
Följer landstinget tillgängligheten till första linjen?	37
Samverkan med elevhälsan	37
<i>Diskussion</i>	39
Väntetiderna har inte förbättrats 2012–2013	39
Förbättrade mätningar av väntetider, men fortsatt utveckling behövs	40
Svårigheter att rekrytera på flera håll	41
Utmaningarna har inte blivit färre	41
Socialstyrelsen konstaterar sammanfattningsvis:	41
<i>Referenser</i>	43
<i>Bilaga 1. Väntetider till första besök BUP</i>	45
<i>Bilaga 2. Fördelning av statsbidrag 2012</i>	46
<i>Bilaga 3. Faktablad landstingens verksamheter</i>	47

Sammanfattning

Socialstyrelsen har perioden 2007–2012 fördelat 1,3 miljarder kronor till landstingen i syfte att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen har också varje år följt upp landstingens insatser och väntetidernas utveckling. Satsningen baseras på årliga överenskommelser om en förstärkt vårdgaranti mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

2012 klarade 13 av 21 landsting alla krav för att erhålla 2012 års statsbidrag. Fem landsting klarade inte målet att 90 procent av patienterna får komma på ett första besök inom 30 dagar. Sex landsting klarade inte målet att 80 procent av patienterna får komma på beslutad fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar. Dalarna, Gävleborg och Västerbotten klarade inga krav. Resultatet 2012 är sämre än resultatet för 2011. Den halvårsuppföljning som gjorts inför måluppfyllelsen i oktober 2013 tyder på ett resultat jämförbart med 2012 års resultat.

Flera landsting framför att statsbidraget är ett nödvändigt resurstillskott för att klara den förstärkta vårdgarantin. Många menar också att målet om ett första besök är bra. Samtidigt är flera landsting kritiska till ett ensidigt fokus på tillgänglighet snarare än kvalitet, och till målet om tillgänglighet till fördjupad utredning eller behandling. Flera är oroade över negativa effekter på behandlingsinsatser, särskilt för svåra och komplexa ärenden, som en följd av detta.

Utredningar och behandlingar av neuropsykiatriska tillstånd tar en stor del av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. Inget landsting uppger att inflödet av dessa patientgrupper minskat.

Alla landsting påtalar sårbarheten i bemanningssituationen inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Flertalet landsting har vakanser under året och svårigheter att rekrytera barnpsykiatriker, i synnerhet erfarna barnpsykiatriker. Erfarna psykologer och psykologer med psykoterapeutisk examen är också svåra att rekrytera. Även storstadslänen har dessa problem.

Landstingen står inför stora utmaningar för att klara tillgänglighet, bygga upp en första linjens hälso- och sjukvård för målgruppen och fortsatt upprätthålla en specialiserad barn- och ungdomspsykiatri.

Socialstyrelsen konstaterar sammanfattningsvis:

- Väntetiderna för BUP har inte förbättrats 2012–2013. I måluppfyllelsen 2012 klarade 13 av 21 landsting samtliga krav för den förstärkta vårdgarantin. Dalarna, Gävleborg och Västerbotten klarade inga krav. Resultatet 2012 visar sammantaget på ett sämre resultat jämfört med 2011. Resultatet för första halvåret 2013 tyder inte på någon förbättring.

- Landstingen ger fortsatt blandat ”ris och ros” för tillgänglighets-satsningen. Flera anser att statsbidraget är ovärderligt för att de ska kunna klara tillgängligheten, och flera menar att målet att inte behöva vänta länge på ett första besök är bra. Samtidigt uttrycker många landsting en oro över negativa effekter av målet om fördjupad utredning/behandling. Detta mål går ut över behandlingsinsatser och arbete med mer komplexa ärenden menar flera. Både landsting som klarat och landsting som inte klarat den förstärkta vårdgarantin uttrycker en oro över negativa effekter.
- Samlad kunskap om vårdresultat och andra kvalitetsaspekter saknas till stor del inom barn- och ungdomspsykiatri. Det måste anses centralt att detta område utvecklas. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utveckla grunddata och indikatorer för att följa och belysa kvalitet och effektivitet i vård och omsorg om barn och unga med psykisk ohälsa.
- Landstingen har fortsatta rekryterings- och bemanningsproblem. Alla landsting berörs. Nationella och regionala strategier behöver utvecklas för att snabbare få en förändring till stånd.

Inledning

Uppdraget

Regeringen gav 2012 Socialstyrelsen i uppdrag att fortsatt följa upp satsningen på den förstärkta vårdgarantin för att förbättra tillgängligheten för rätt insatser till barn och unga med psykisk ohälsa [1]. Socialstyrelsen ska i uppföljningen bland annat analysera hur landstingens satsningar påverkar tillgängligheten och väntetiderna för de patientgrupper som berörs. Uppföljning samt slutrapportering ska redovisas till Regeringskansliet senast den 15 september 2013.

I uppdraget ingick även att i december 2012 fördela ett prestationsbaserat bidrag om 214 miljoner kronor till landstingen för tillgänglighetssatsningen i enlighet med en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) [2].

Bakgrund

Socialstyrelsen har 2007–2011 årligen fått i uppdrag att fördela medel till landstingen i syfte att stödja huvudmännen i arbetet med att förbättra tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa. Inriktningen i regeringens satsningar har varierat något mellan åren. 2007 och 2008 års statsbidrag hade en bred inriktning och fördelades som generella stimulansbidrag till alla landsting.

2009 tecknade regeringen och SKL en överenskommelse om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa [3]. Statsbidragen har därefter varit prestationsbaserade och är kopplade till SKL:s databas Väntetider i vården. Bidragen har betalats ut efter prestation och har baserats på de resultat som respektive landsting har uppnått och som har påvisats genom data i SKL:s databas. Villkoren för de prestationsbaserade statsbidragen regleras i årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL där kraven för måluppfyllelse och andra krav vad gäller inrapportering fastställs.

Socialstyrelsen har årligen fått i uppdrag att på nationell nivå följa upp satsningen. Fem uppföljningar har hittills lämnats till regeringen [4-8].

Från 2012 ingår tillgänglighetssatsningen som en del av regeringens PRIO-satsning – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016 [9]. I överenskommelsen om PRIO-satsningen för 2013 har regeringen beslutat om en fortsättning av tillgänglighetssatsningen och ett prestationsbidrag om 180 miljoner kronor [10].

Regeringens mål med tillgänglighetssatsningen

I överenskommelsen om den förstärkta vårdgarantin förband sig landstingen att senast 2011, inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad

fördjupad utredning/behandling inom högst 30 dagar [3]. Överenskommelsen angavs gälla till och med 2012. Parterna avsåg att årligen revidera överenskommelsen efter då gällande förhållanden.

För att nå detta mål bör landstingen enligt överenskommelsen se över hur insatser för barn- och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom erbjuds och görs tillgängliga. Att ha en tillgänglig, kunskapsbaserad och väl utvecklad s.k. första linjens barn- och ungdomspsykiatri ger förutsättningar för den specialiserade, andra linjens barn- och ungdomspsykiatri att erbjuda korta väntetider för barn och ungdomar med svårare och mer komplicerade behov. God tillgänglighet till hälso- och sjukvård, i form av såväl förebyggande insatser som bedömning och behandling på första linjens hälso- och sjukvård eller specialistnivå utifrån bedömt behov, är en förutsättning för att kunna ge rätt insatser så tidigt som möjligt.

Villkor för 2012 års statsbidrag

I 2012 års överenskommelse används begreppet faktisk väntetid som grund för medelstilldelning [2]. Faktisk väntetid definieras som den tid som gått mellan beslut om remiss för första bedömning eller beslut om fördjupad utredning och behandling till den dag detta sker eller påbörjas. Avstämningar ska göras månadsvis hela året och öppet redovisas på SKL:s webbplats Väntetider i vården. 2012 års statsbidrag fördelas utifrån genomsnittliga resultatet för perioden januari 2012 till oktober 2012.

Faktisk väntetid introducerades i 2011 års överenskommelse. Avstämningsperiod var då det genomsnittliga värdet för september 2011 till oktober 2011 [11].

De väntetidsdata som utgör underlag för 2012 års överenskommelse ska omfatta alla barn och ungdomar 0–18 år som söker hjälp för psykisk ohälsa eller psykiska funktionsnedsättningar, definierat som tillstånd som ingår i definierade avsnitt av kapitel F i ICD-10 (International Classification of Diseases), med beslut om en första bedömning eller en fördjupad utredning eller behandling oberoende av om detta sker vid enhet som tillhör den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, annan verksamhet med uppdrag att bedriva specialiserad psykiatrisk vård eller andra enheter som utreder eller behandlar aktuella tillstånd.

Medlen ska fördelas till landstingen efter måluppfyllelse och befolkningensmängd enligt följande:

- 107 miljoner kronor fördelas till de landsting som når målet att minst 90 procent av barn och unga med beslut om en första bedömning inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa, har fått en första bedömning inom 30 dagar.
- 107 miljoner kronor fördelas till de landsting som når målet att minst 80 procent av barn och unga med beslut om en fördjupad utredning eller behandling inom den specialiserade barn och ungdomspsykiatri, eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa, har påbörjat fördjupad utredning behandling inom 30 dagar.

Syfte och avgränsningar

I överenskommelsen om den förstärkta vårdgarantin understryks vikten av rätt insatser på rätt nivå. Om god tillgänglighet till såväl förebyggande insatser, som bedömning och behandling på första linjens hälso- och sjukvård eller på specialistnivå utifrån bedömt behov.

Samlad kunskap om hur hela vårdkedjan (första linjen respektive den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri) ser ut för målgruppen har samlats nationellt. I 2012 års uppföljning genomfördes därför en kartläggning av landstingens verksamheter (uppdrag, ansvarsfördelning, utbud). I årets uppföljning ligger fokus på utvecklingen under det gångna året.

Analysen av väntetider är begränsad till de uppgifter som rapporteras till databasen Väntetider i vården. Detta innebär bland annat att väntetider för enskilda diagnosgrupper inte kan följas, inte heller väntetider för personer uppdelat på t.ex. kön eller ålder.

Uppföljningen av landstingens tillgänglighetssatsningar består av en översiktlig bedömning av de insatser landstingen redovisar för perioden våren 2012 till våren 2013. Det går däremot inte att bedöma hur enskilda satsningar påverkar tillgängligheten då effekten av dessa insatser inte kan särskiljas från andra pågående satsningar för målgruppen. Däremot redovisas hur landstingen själva uppfattar hur satsningen på den förstärkta vårdgarantin påverkat tillgänglighet och verksamheter för målgruppen.

Metod och genomförande

I årets uppföljning har följande områden belysts:

- analys av utvecklingen av väntetider till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri utifrån data i SKL:s väntetidsdatabas
- redovisning av landstingens erfarenheter av satsningen på den förstärkta vårdgarantin
- översiktlig bedömning av landstingens tillgänglighetssatsningar
- utvecklingen av landstingens verksamheter (uppdrag, ansvarsfördelning, utbud) för målgruppen med utgångspunkt i 2012 års kartläggning.

2012 års bidrag fördelades i december 2012. Fördelningen gjordes, i enlighet med villkoren i överenskommelsen mellan regeringen och SKL, med utgångspunkt från resultaten i databasen Väntetider i vården [2].

Uppföljningen baseras på en kombination av metoder som analys av data från SKL:s Väntetidsdatabas, frågeformulär samt besöks- och telefonintervjuer.

Uppföljningen av landstingens tillgänglighetsinsatser baseras på ett frågeformulär med öppna svar ställd till samtliga landsting. Redovisningen avser de insatser som landstingen genomfört 1 mars 2012 till 1 april 2013 med syfte att förbättra tillgängligheten för målgruppen samt landstingens erfa-

renheter av satsningen på den förstärkta vårdgarantin. Frågeformuläret skickades ut i början av april 2013.

Uppföljningen av landstingens verksamheter för barn och unga baseras på telefonintervjuer med företrädare för samtliga landsting. Intervjuerna genomfördes under april till juni 2013. Kontaktpersonerna som intervjuades var utsedda av landstingen. Dessa skulle ha god överblick över landstingens samtliga verksamheter på området. Fokus i intervjun var utvecklingen sedan förra årets kartläggning och omfattade såväl den s.k. första linjen och den specialiserade hälso- och sjukvården.

PRIO och andra nationella satsningar inom området psykisk ohälsa

PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012–2016

Regeringen beslutade 2012 om en handlingsplan för psykisk ohälsa för 2012–2016 [9]. Barn och unga är en av två prioriterade målgrupper i satsningen. En central del i PRIO är årliga överenskommelser med SKL om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa.

Flera sedan tidigare pågående satsningar har inlemmats i PRIO-satsningen.

Psynk – intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa

2011 tecknade regeringen och SKL en överenskommelse om en fortsatt satsning på att förbättra och samordna insatserna för att främja psykisk hälsa och effektivt möta och behandla psykisk ohälsa och psykisk sjukdom hos barn och unga [12]. Målet med satsningen, det s.k. Psynk-projektet, är att utforma och implementera effektiva strategier för hälsofrämjande insatser och erbjuda vård på rätt nivå för barn och unga med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Arbetet ska dels utgöra underlag för lokalt utvecklingsarbete för de kommuner och landsting som deltar direkt i arbetet, dels generera praktiskt fungerande modeller för hela riket vad gäller arbets- och samverkansmetoder avseende insatser för målgruppen. SKL ska slutredovisa projektet till regeringen senast 15 december 2014.

Satsningen är en fortsättning på det s.k. modellområdesprojektet som SKL bedrev 2009 – 2011. Modellområdesprojektet avrapporterades i januari 2012 [13].

Handlingsprogram för att utveckla kunskapen om och vården av unga med självskadebeteende

Regeringen och SKL tecknade hösten 2011 en överenskommelse att ta fram ett handlingsprogram för att utveckla kunskapen om och vården av unga med självskadebeteende. SKL ska slutredovisa uppdraget senast 1 oktober 2013 [14].

Tillgänglighet första linjen

SKL har fått statliga medel 2012 och 2013 för att bedriva ett antal pilotprojekt tillsammans med kommuner och landsting med syfte att pröva möjligheten att följa och mäta första linjens vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa [10]. I maj 2013 var ett tiotal piloter anmälda i landet.

Regeringens och SKL:s gemensamma inriktning är att 2014 koppla prestationsmål till tillgängligheten till första linjens vård och omsorg. Förslag på uppföljning och mätning som ska kunna genomföras 2014 ska lämnas till Socialdepartementet senast 15 november 2013. Projektet ska slutrapporteras senast i februari 2014.

Ledtider i vårdkedjan för barn och unga

I 2012 års tillgänglighetsöverenskommelse åtog sig SKL att genomföra ett antal pilotprojekt med syfte att kartlägga vårdprocesser och ledtider för att följa resultaten av genomförda insatser [2]. Målet var att hitta strategiska mätpunkter för uppföljning av ledtider och nyckeltal för vårdplaner. I 2013 års PRIO-överenskommelse har SKL åtagit sig att fortsätta detta arbete tillsammans med kommuner och landsting [10]. I mars 2013 fanns piloter igång i Västernorrland (Sundsvall/Härnösand), Stockholm (VO Sydvest), Östergötland (Linköping och Norrköping), Skåne (Malmö) och Västra Götaland (Kungälv). Lokala verksamhetschefer och enhetschefer för BUP, verksamhetsutvecklare m.fl. deltar i dessa piloter. Projektet ska slutrapporteras i februari 2014.

Tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa 2013

2013 ingår också den prestationsbaserade tillgänglighetssatsningen i PRIO-överenskommelsen [10]. Prestationsmål och inrapporteringsmodell är densamma som för 2012 med ett viktigt undantag. Landstingen måste 2013 utöver prestationsmålen kvalificera sig genom att klara de grundläggande kraven 1 och 2 i PRIO för att få ta del av prestationsbidraget. Bidraget för 2013 är på 180 miljoner kronor. 80 miljoner kronor ska fördelas till de landsting som når målet att minst 90 procent kommer på en första bedömning inom 30 dagar. 100 miljoner kronor fördelas till de landsting som når målet att minst 80 procent har påbörjat fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar.

Utveckla grunddata och indikatorer

Socialstyrelsen fick 2012 i uppdrag av regeringen att utveckla grunddata och indikatorer för att följa och belysa kvalitet och effektivitet i vård och omsorg om barn och unga med psykisk ohälsa samt gruppen personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. En delrapport ska lämnas 15 september 2013 och uppdraget ska slutredovisas 15 mars 2015 [1].

Fortsatt arbete med kunskapsutveckling och stöd till implementering

Socialstyrelsen fick 2012 i uppdrag fortsätta arbetet med kunskapsutveckling och stöd till implementering av arbetet att identifiera, förebygga, ge tidigt stöd och behandla barn och unga som riskerar att utveckla svårare psykisk ohälsa. Inom ramen för detta uppdrag håller vägledningar för mödra- och barnhälsovården samt elevhälsan på att tas fram. Vägledningarna kommer att publiceras hösten 2013 [1].

Utbildnings- och kompetenssatsningar inom psykiatri

På regeringens uppdrag har Socialstyrelsen fördelat statsbidrag och följt upp satsningar som syftar till att öka tillgången på personal eller till att öka kompetensen hos redan befintlig personal inom psykiatrin. Satsningarna är inte direkt riktade mot barn- och ungdomspsykiatrin, men kan ändå i någon utsträckning komma barn- och ungdomspsykiatrin till del.

Fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare

I norra och sydöstra sjukvårdsregionerna pågår sedan 2008 ett projekt med statliga medel med syfte att öka antalet AT-läkare som väljer att specialisera sig inom psykiatri. Satsningen innebär att samtliga läkare som under perioden september 2008 till augusti 2014 söker allmäntjänstgöring (AT) i de två sjukvårdsregionerna ges möjlighet till fördjupad psykiatriutbildning under 2–3 månaders utvidgad AT inom psykiatrin. Preliminära resultat från Socialstyrelsens uppföljningar visar att satsningen har lett till mer utbildning inom psykiatri [15]. De visar också att en större andel av de läkare som valt den utvidgade tjänstgöringen inom psykiatri avser att fortsätta en karriär inom psykiatrin jämfört med de läkare som valt den ordinarie tjänstgöringen. Socialstyrelsen konstaterar samtidigt att antalet AT-läkare som tackar ja till erbjudandet är avsevärt färre än förväntat. En slutrapport ska lämnas i december 2014.

METIS-projektet

2007 startade det s.k. METIS-projektet (Mer teori i specialisttjänstgöringen) med syfte att utveckla och förstärka specialistkompetenskurserna (SK-kurserna) i psykiatri. Målet med satsningen är att öka antalet nyutfärdade specialistbevis inom psykiatri, främst genom att utveckla fler SK-kurser som bättre motsvarar efterfrågan. Den slutrapport som Socialstyrelsen lämnade i maj 2013 visade att METIS-projektet under 2007–2012 har uppfyllt målet att ta fram ett heltäckande utbud av kurser för ST-läkare i psykiatri. Samtidigt bedöms inte det antal kurser som erbjuds per år fullt ut motsvara efterfrågan. Trots att METIS-kurserna har hållits i samtliga sjukvårdsregioner, kan det konstateras att det råder en regional obalans i kursgivningen. Söktrycket var betydligt lägre till kurser i Norrlandsregionen [16].

De första METIS-kurserna hölls 2009 och kursutbudet var komplett 2012. Effekterna av projektet, i form av nyutfärdade specialistbevis, kan på så sätt inte mätas förrän tidigast 2014 och fullt ut först 2017. Socialstyrelsen anser dock att den ökade tillströmningen av ST-läkare till psykiatri från 2009 kan utgöra ett resultat av METIS-projektet [16].

Psykoterapeutisk kompetens

Socialstyrelsen har fördelat 15 miljoner kronor årligen till landstingen under 2009–2012 med syfte att stödja utvecklingen av psykoterapeutisk kompetens för befintlig hälso- och sjukvårdspersonal. Medlen var avsedda att finansiera utbildningsplatser för legitimationsgrundande psykoterapiutbildningar och påbyggnadsutbildningar för handledarkompetens inom psykoterapi. Det ansågs angeläget att öka tillgången till psykologisk behandling inom första linjens vård (t.ex. primärvården), inklusive kompetens för behandling av barn och unga med psykisk ohälsa. Slutrapporteringen från mars 2013 visar att knappt 240 anställda inom hälso- och sjukvården kommer att ha vidareutbildats. Framförallt inom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Socialstyrelsen konstaterar att behovet av psykoterapeuter inom landstingen är fortsatt stort, bl.a. mot bakgrund av stora pensionsavgångar [17].

Evidensbaserad psykologisk behandling

Socialstyrelsen har också fördelat 30 miljoner kronor 2011–2012 till landstingen för att stödja utbildning inom området evidensbaserad psykologisk behandling riktad till befintlig hälso- och sjukvårdspersonal. Uppdraget var en fortsättning på en treårig kompetenssatsning. Den slutrapport som lämnades i april 2013 visar att den största delen av satsningen har varit inriktad mot grundläggande psykoterapiutbildning med inriktning mot kognitiv beteendeterapi (KBT). Drygt 500 personer, merparten sjuksköterskor och socionomer/kuratorer, har utbildats inom ramen för satsningen. Knappt 20 procent av deltagarna har varit anställda inom barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård [18].

Beteckningar

I rapporten används beteckningen landsting även för Region Gotland, Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Landstingen benämns oftast med enbart den geografiska delen av namnet, exempelvis Kalmar i betydelsen Landstinget i Kalmar län.

I de överenskommelser och regeringsbeslut som kopplats till statsbidragen har begreppen första linjens hälso- och sjukvård (alternativt första linjens barn- och ungdomspsykiatri) och den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri använts. I denna uppföljning används begreppet första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa om verksamheter som mödrahälsovård, barnhälsovård, primärvård (vårdcentral, familjecentral), elevhälsa/skolhälsovård och ungdomsmottagning.

Väntetider till barn- och ungdomspsykiatri

Inledning

I uppföljningen av väntetider till barn- och ungdomspsykiatri har Socialstyrelsen använt de väntetidsuppgifter som finns tillgängliga i SKL:s databas Väntetider i vården (www.vantetider.se).

Vad rapporteras in från barn- och ungdomspsykiatri?

I databasen "Väntetider i vården" finns *månadsvis* inrapporterat *antal väntande* på *ett första besök* till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Databasen visar väntetidsläge vid det aktuella mätdatumet varje månad. Även uppgift om *antal väntande längre än 90 dagar*, det vill säga den gräns som gäller för den nationella vårdgarantin redovisas samt uppgift om *antal patientvald väntan* och *antal medicinskt orsakad väntan*.

Den definition som gäller för begreppet frivilligt väntande eller patientvald väntan är: "Patienter som har väntat längre än vad vårdgarantins tidsgränser anger. Patienten är informerad och har aktivt avstått erbjudande om vård inom vårdgarantins tidsgräns" [19]. Definitionen för begreppet medicinskt orsakad väntan lyder: "Patienter där hälso- och sjukvårdspersonal bedömer och beslutar att patientens hälsotillstånd (av medicinska skäl) inte tillåter att planerat förstabesök/undersökning/behandling genomförs" [19].

I databasen finns också sedan 2009 inrapporterade uppgifter enligt överenskommelsen om den förstärkta vårdgarantin. Utöver *antal väntande till första besök* till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri finns här också *antal väntande till fördjupad utredning och behandling*. Dessa båda kategorier finns redovisade i antal väntande i intervall (0–30 dagar, 31–60 dagar etc.). Antal patientvald väntan finns inrapporterat i 30 dagars intervall från april 2010. I 2011 års överenskommelse infördes begreppet *faktiskt väntetid* och från augusti 2011 redovisas också faktiskt väntetid månadsvis till databasen.

Inrapporteringen har sedan 2010 succesivt utökats med väntetider från andra verksamheter än barn- och ungdomspsykiatri som har uppdrag inom området barn och unga med psykisk ohälsa. Enligt 2011 års överenskommelse ska väntetidsdata omfatta alla barn och unga 0–18 år som söker hjälp för psykisk ohälsa, med beslut om en första bedömning eller en fördjupad utredning/behandling oberoende av om detta sker vid enhet som tillhör den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri eller vid annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är i överenskommelsen definierad som tillstånd som ingår i kapitel F i den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10 (International Classification of Diseases) [11]. SKL

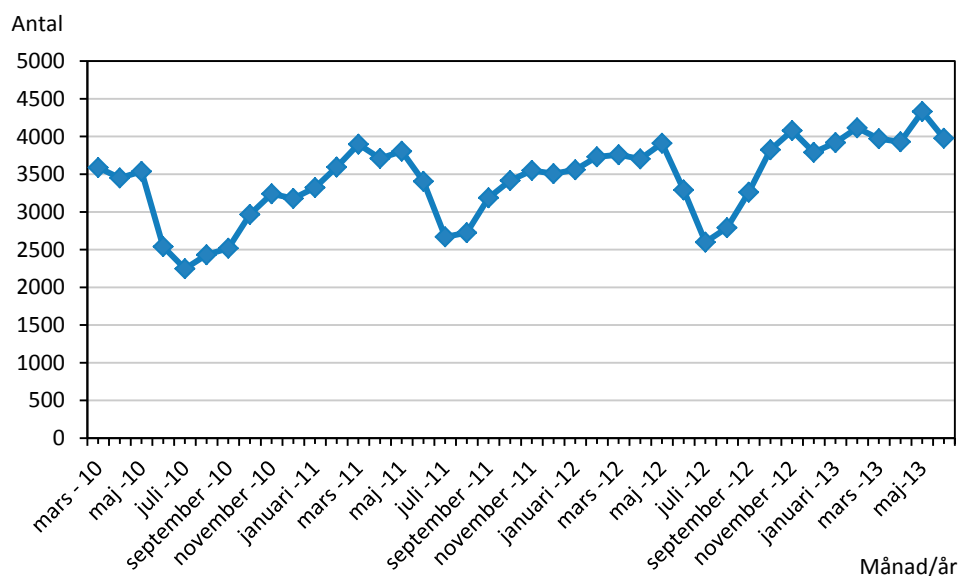
har i en särskild handledning i maj 2011 förtydligat vad och vilka som ska redovisa väntetidsdata enligt 2011 års överenskommelse.

I 2012 års överenskommelse har ytterligare förtydliganden införts. Enligt denna ska väntetidsdata omfatta alla barn och ungdomar 0–18 år som söker hjälp för psykisk ohälsa eller psykiska funktionsnedsättningar, definierat som tillstånd som ingår i definierade avsnitt av kapitel F i ICD-10, med beslut om en första bedömning eller en fördjupad utredning eller behandling oberoende av om detta sker vid enhet som tillhör den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, annan verksamhet med uppdrag att bedriva specialiserad psykiatrisk vård eller andra enheter som utreder eller behandlar aktuella tillstånd [2].

Antal väntande till första besök 2010–2013

Antal väntande på ett första besök till BUP har ökat något under treårsperioden mars 2010 till mars 2013. Under perioden mars 2012 till mars 2013 är det totala antalet barn och unga som väntar på första besök till barn- och ungdomspsykiatri i genomsnitt ca 3 600. Perioden mars 2011 till mars 2012 låg genomsnittet på ca 3 400 och under perioden mars 2010 till mars 2011 ca 3 100. I figur 1 redovisas utvecklingen månadsvis på riksnivå mars 2010 till juni 2013.

Figur 1. Antal väntande till besök till barn och ungdomspsykiatri (BUP), riket, mars 2010 – juni 2013.



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården.

I tabell 1, bilaga 1 redovisas uppgifter om antalet patienter som väntar på första besök till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri och andelen som väntat längre än 90 dagar, gränsen som gäller för den nationella vårdgarantin. Uppgifterna visas per landsting för mars månad under perioden 2010–2013. Dessutom visas uppgifter för maj 2013. I tabellen redovisas också andel patienter i kategorin ”patientvald väntan”.

Andelen som ”väntat längre än 90 dagar” har legat relativt konstant på mellan ca 0,5–2,5 procent i riket 2010–2012 med undantag av perioderna juli-september då andelen väntande legat högre. I mars 2013 ligger andelen i riket på 4,0 procent. Andel ”patientvald väntan” har ökat sedan våren 2011. I mars 2011 var andelen i riket 4,3 procent och i mars 2013 6,9 procent.

Variationen mellan landstingen är fortsatt stor vad gäller både antal som väntar samt andel som ”väntat längre än 90 dagar” och andel ”patientvald väntan”. Västerbotten som har haft problem med tillgängligheten under flera år ligger fortsatt högt vad gäller andel som ”väntat längre än 90 dagar”. Andelen ligger i snitt på 28 procent under perioden mars 2012 till mars 2013. Andelen ”patientvald väntan” har däremot sjunkit i Västerbotten. Värmland har sedan december 2012 problem med tillgängligheten. Andelen som ”väntat längre än 90 dagar” i Värmland ligger i snitt på ca 30 procent under perioden december 2012 till maj 2013. Även Dalarna uppvisar en hög andel som ”väntat längre än 90 dagar” i mars 2013 men inte under några andra månader.

Den skillnad i antal väntande på första besök mellan framförallt Stockholm och de två andra storstadslänen Skåne och Västra Götaland som konstaterades i de senaste två årens uppföljningar kvarstår. Skillnaden kan inte enbart förklaras av skillnader i befolkningsmängd. Stockholm hade 1632 barn som väntade på besök i mars 2013, Västra Götaland hade 396 barn och Skåne 499 barn.

Stockholm har haft den högsta andelen ”patientvald väntan” i riket sedan mars 2011 och andelen har ökat. Antalet patienter i kategorin ”patientvald väntan” i Stockholm i maj 2013 utgör 88 procent av samtliga i denna kategori på riksnivå.

Måluppfyllelse enligt den förstärkta vårdgarantin

I överenskommelsen om den förstärkta vårdgarantin förband sig landstingen att senast 2011, inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar [3].

Som beskrivits inledningsvis introducerades begreppet *faktisk väntetid* som grund för medelstilldelning i överenskommelsen för 2011 års statsbidrag. Som prestationskrav ställdes att minst 90 procent får en första bedömning (besök) inom 30 dagar, och att minst 80 procent har påbörjat fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar.

Samma villkor gäller även för 2012 års statsbidrag med den skillnaden att avstämningsperioden sattes till det genomsnittliga resultatet för perioden januari 2012 till oktober 2012.

Resultatet för 2011 års statsbidrag blev att 14 av 21 landsting klarade båda målen. Två landsting, Dalarna och Västerbotten klarade inte målet att 90 procent av patienterna får komma på ett första besök inom 30 dagar. Sex landsting Halland, Kronoberg, Kalmar, Stockholm, Västerbotten och Västmanland klarade inte målet att 80 procent av patienterna får komma på beslutad fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar. Västerbotten klarade inget av målen.

Måluppfyllelse 2012

2012 klarade 13 av 21 landsting samtliga krav för att erhålla statsbidraget. Fem landsting, Dalarna, Gävleborg, Värmland, Västerbotten och Örebro klarade inte målet att 90 procent av patienterna får komma på ett första besök inom 30 dagar. Sex landsting Dalarna, Gävleborg, Halland, Kronoberg, Stockholm och Västerbotten klarade inte målet att 80 procent av patienterna får komma på beslutad fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar. Dalarna, Gävleborg och Västerbotten klarade inget av kraven.

Utfallet 2012 visar sammantaget på ett sämre resultat jämfört med 2011 års måluppfyllelse.

*Tabell 2. Måluppfyllelse BUP, genomsnitt januari – oktober 2012. Genomförda första besök inom högst 30 dagar samt start av fördjupad utredning/behandling inom högst 30 dagar. Resultat i procent.**

Landsting	Genomförda första besök	Start av fördjupad utredning eller behandling
	Inom 30 dagar, andel i procent	Inom 30 dagar, andel i procent
Stockholm	91	68
Uppsala	95	93
Södermanland	95	99
Östergötland	99	98
Jönköping	91	94
Kronoberg	90	65
Kalmar	99	97
Gotland	97	99
Blekinge	98	98
Skåne	90	92
Halland	96	72
V. Götaland	92	86
Värmland	69	94
Örebro	85	85
Västmanland	96	87
Dalarna	63	77
Gävleborg	84	70
Västernorrland	91	95
Jämtland	95	98
Västerbotten	32	33
Norrbottn	91	89
Riket	88	79

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården.

* Resultatet har beräknats enligt följande: Antalet genomförda första besök inom 30 dagar dividerat med totalt antal genomförda första besök respektive fördjupad utredning/behandling exklusive patientvald väntan.

Dalarna, Halland, Kronoberg, Stockholm och Västerbotten har inte lyckats med full måluppfyllelse de senaste två åren.

Västerbottens låga resultat har uppmärksammats vid de senaste uppföljningarna. Landstingets revisorer uppmärksammade också detta i februari 2012. De förklaringar som då gavs var bland annat läkarbrist, hård arbetsbelastning, inte ändamålsenliga lokaler samt att behov fanns av att se över arbetsformer och rutiner [20]. I augusti 2013 beslutade landstinget att stänga den barn- och ungdomspsykiatriska vårdavdelningen i Umeå en månad. Enligt landstingets pressmeddelande beror stängningen på omfattande arbetsmiljöproblem. Problem som omfattar lokaler, bemanning och organisation.

Inrapportering inför statsbidrag 2013

Mätning av faktisk väntetid ligger även till grund för 2013 års statsbidrag för tillgänglighetssatsningen [10]. Rapportering och redovisning sker på samma sätt som 2012. 2013 måste dock två grundkrav för hela PRIO-satsningen vara uppfyllda för att kunna få ta del av det prestationsbaserade bidraget.

*Tabell 3. Genomförda första besök inom högst 30 dagar. Barn- och ungdomspsykiatri. Januari– juni 2013. Resultat i procent.**

Genomförda första besök inom 30 dagar andel i procent						
Landsting	2013					
	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni
Stockholm	89	96	90	88	92	92
Uppsala	76	93	95	87	88	85
Södermanland	90	95	93	96	90	91
Östergötland	96	98	98	95	92	92
Jönköping	87	100	96	98	99	99
Kronoberg	87	95	100	100	100	100
Kalmar	91	96	98	97	95	98
Gotland	100	97	100	97	92	100
Blekinge	95	99	100	97	100	100
Skåne	85	94	91	89	95	90
Halland	73	96	94	96	88	96
V. Götaland	83	91	89	87	90	88
Värmland	27	55	40	44	35	21
Örebro	92	98	95	88	96	94
Västmanland	99	99	99	98	98	100
Dalarna	44	47	37	56	48	51
Gävleborg	81	91	93	95	95	97
Västernorrland	80	92	95	97	94	96
Jämtland	81	96	100	97	95	98
Västerbotten	47	44	47	40	35	42
Norrbottn	83	92	91	86	90	90
Riket	84	92	89	86	88	87

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården.

* Resultatet har beräknats enligt följande: Antalet genomförda första besök inom 30 dagar dividerat med totalt antal genomförda första besök respektive fördjupad utredning/behandling exklusive patientvald väntan.

I tabell 3 och tabell 4 redovisas de resultat som går att läsa av i databasen ”Väntetider i vården” för perioden januari – juni 2013. Resultatet för de fyra månaderna juli – oktober återstår innan den slutliga avläsningen för 2013 års måluppfyllelse sker.

Som framgår av tabell 3 visar mätningen under januari – juni 2013 på ett ungefärligt jämförbart resultat med mätningen av måluppfyllelsen för 2012. Värmland, Dalarna och Västerbotten uppvisar fortsatt stora svårigheter med måluppfyllelse.

*Tabell 4. Start av fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar. Barn- och ungdomspsykiatri. Januari– juni 2013. Resultat i procent.**

Start av fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar, andel i procent						
Landsting	2013					
	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni
Stockholm	71	79	71	73	81	78
Uppsala	79	95	96	96	97	96
Södermanland	97	97	99	99	100	100
Östergötland	96	100	98	98	97	100
Jönköping	100	100	87	97	97	88
Kronoberg	53	72	57	40	60	33
Kalmar	100	96	91	100	89	100
Gotland	85	100	97	89	100	100
Blekinge	96	100	98	97	100	93
Skåne	93	96	97	98	95	96
Halland	59	69	83	67	86	71
V. Götaland	85	91	91	88	87	89
Värmland	29	100	10	14	0	22
Örebro	90	93	99	93	97	95
Västmanland	90	93	90	97	91	96
Dalarna	67	75	55	29	32	48
Gävleborg	76	89	88	76	74	86
Västernorrland	93	95	92	96	90	93
Jämtland	95	95	100	96	90	100
Västerbotten	13	23	27	28	47	50
Norrbottn	77	87	80	90	72	86
Riket	79	86	81	80	84	84

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården.

* Resultatet har beräknats enligt följande: Antalet genomförda första besök inom 30 dagar dividerat med totalt antal genomförda första besök respektive fördjupad utredning/behandling exklusive patientvald väntan.

Resultatet vad gäller start av fördjupad utredning eller behandling för perioden januari–juni 2013 visar också på ett jämförbart resultat med måluppfyllelsen för 2012, se tabell 4.

Flera av de landsting som hade problem att klara målet att påbörja beslutad fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar, har fortsatt svårigheter första halvåret 2013. Värmland har tillkommit och landstinget uppvi-

sar nu stora problem även vad gäller måluppfyllelse av beslutad påbörjad utredning eller behandling.

Statsbidragen 2007–2012

Inledning

Socialstyrelsen har under perioden 2007–2012 fördelat sammanlagt 1,3 miljarder kronor till landstingen med syftet att stödja landstingens arbete med att förbättra tillgängligheten för barn och unga med psykisk ohälsa.

Statsbidragen för 2007 och 2008 baserades på en fördelningsnyckel där landstingen tilldelades medel utifrån antalet barn och unga i åldern 0–20 år. Från 2009 och framåt har statsbidraget varit prestationsbaserat. Den prestationsbaserade modellen innebär att de landsting som inte klarat de uppsatta målen gått miste om hela eller delar av statsbidraget som då istället har fördelats till övriga landsting.

Tabell 5. Fördelning av statsbidragen 2007–2012, per landsting och totalt. Miljoner kronor, avrundade tal.

Landsting	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Totalt
Stockholm	45,42	46,08	48,06	24,00*	24,96*	27,76*	216,28
Uppsala	7,79	7,78	7,91	9,19	9,93	10,43	53,03
Södermanland	6,26	6,24	6,42	7,41	7,99	8,39	42,71
Östergötland	9,89	9,88	10,19	11,77	12,65	13,25	67,63
Jönköping	8,23	8,22	8,03	9,23	9,92	10,36	53,99
Kronoberg	4,23	4,24	2,16*	5,04	2,21*	2,43*	20,31
Kalmar	5,33	5,27	5,59	6,40	2,79*	7,14	32,52
Gotland	1,35	1,32	1,37	1,57	1,69	1,76	9,06
Blekinge	3,41	3,38	3,65	4,20	4,50	4,67	23,81
Skåne	27,44	27,57	29,34	34,02	36,74	38,56	193,67
Halland	7,19	7,17	7,08	8,20	3,61*	3,98*	37,23
Västra Götaland	36,19	36,12	37,46	43,27	46,66	48,88	248,58
Värmland	6,20	6,12	6,54	7,50	8,02	4,78*	39,16
Örebro	6,46	6,41	3,29*	0,00*	8,25	4,94*	29,35
Västmanland	5,83	5,79	6,00	2,96*	3,04*	7,82	31,44
Dalarna	6,41	6,32	3,34*	7,60	4,82*	0,00*	28,49
Gävleborg	6,24	6,19	6,60	7,58	8,11	0,00*	34,72
Västernorrland	5,51	5,45	5,81	6,66	7,11	7,40	37,94
Jämtland	2,90	2,87	3,03	3,47	3,71	3,86	19,84
Västerbotten	6,01	5,96	6,18	7,10	0,00*	0,00*	25,25
Norrbotten	5,74	5,65	5,96	6,82	7,30	7,60	39,07
Totalt	214	214	214	214	214	214	1 284

*Landstinget har inte uppfyllt alla krav för att få ta del av statsbidraget och har gått miste om hela eller del av statsbidraget

I tabell 5 redovisas hur mycket statsbidrag respektive landsting fått under 2007–2012. Västerbotten har vid två tillfällen inte klarat kraven och då inte fått något statsbidrag. Dalarna, Gävleborg och Örebro har inte klarat kraven vid ett tillfälle och inte fått något statsbidrag. Dalarna och Örebro har enbart klarat ett krav och därmed fått reducerat statsbidrag vid ytterligare två tillfällen. Även Halland och Västmanland har enbart fått reducerat statsbidrag vid två tillfällen. Kronoberg och Stockholm har fått reducerat statsbidrag vid tre tillfällen. Kalmar och Värmland har fått reducerat statsbidrag vid ett tillfälle.

För dessa sammanlagt tio landsting som inte alltid klarat kraven för måluppfyllelse har detta inneburit att de gått miste om tillgänglighetsmedel. För enstaka landsting har det rört sig om betydande medel. Samtidigt har de landsting som klarat kraven fått extra tilldelning av medel då de resterande medlen fördelats till dessa. Skåne kan tas som exempel. De två första åren när fördelningsnycklen enbart baserades på befolkning erhöll Skåne drygt 27 miljoner kronor per år. 2012 får Skåne drygt 38,5 miljoner kronor eftersom åtta landsting missar hela eller delar av statsbidraget.

Ekonomisk uppföljning av 2007–2011 års statsbidrag

Våren 2013 uppger inget landsting att de har kvar medel från 2007 års statsbidrag. Två landsting uppger att de har kvar medel från 2008 års statsbidrag. Totalt rör det sig om ca 13 procent av statsbidraget på riksnivå. Landstingen uppger att medlen är in-tecknade för insatser. Tre landsting uppger att de har kvar medel från 2009 års statsbidrag. Uppskattningsvis rör det sig om totalt ca 18 procent av statsbidraget på riksnivå. Landstingen uppger att medlen är in-tecknade. Tre landsting uppger att de har oförbrukade medel från 2010 års statsbidrag. Det rör sig totalt om ca 16 procent av statsbidraget på riksnivå. Landstingen uppger att de har in-tecknat medlen för pågående eller planerade insatser. Nio landsting uppger att de har kvar medel från 2011 års statsbidrag. Totalt rör det sig uppskattningsvis om ca 47 procent av statsbidraget på riksnivå. Två landsting har kvar medel från både 2008, 2009, 2010 och 2011 års statsbidrag.

Sammanfattningsvis har landstingen kvar uppskattningsvis ca 202,9 miljoner kronor av de 1 070 miljoner kronor som fördelats under 2007–2011. Hur länge medlen kan användas har inte reglerats i regeringens tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa

De skäl som landstingen uppger till att medel från tidigare års statsbidrag finns kvar är bl.a. att flera av insatserna är långsiktiga fleråriga satsningar. Landstingen hanterar också långsiktiga satsningar på skilda sätt. Vissa landsting reserverar och periodiserar ”öronmärkta” medel över flera år. Medlen avropas allteftersom skilda aktiviteter kommer igång. Andra landsting hanterar statsbidraget årsvis. Ytterligare skäl till att medel inte förbrukats är rekryteringssvårigheter och vakanser.

Fördelning av 2012 års bidrag

Socialstyrelsen fördelade statsbidraget på totalt 214 miljoner kronor i december 2012 med utgångspunkt från resultaten i databasen Väntetider i vår-

den och i enlighet med villkoren i överenskommelsen mellan regeringen och SKL [2]. Samtliga landsting uppfyllde kravet att svarsfrekvensen för rapportering till väntetidsdatabasen ska uppgå till minst 95 procent under årets alla månader. Fördelningen av statsbidraget till de landsting som nådde upp till de uppsatta målen gjordes i relation till deras befolkningsandel. Fördelningen av statsbidraget per landsting återfinns i tabell 5 och i bilaga 2.

Landstingens erfarenheter av tillgänglighetssatsningen

Landstingen har årligen tillfrågats om sina erfarenheter av statsbidragen i Socialstyrelsens frågeformulär. I uppföljningen våren 2012 konstaterade Socialstyrelsen att landstingen fortsatt ger blandat ”ris och ros” för tillgänglighetssatsningen. Samtidigt som den sporrar till förbättringsarbete och verksamhetsutveckling medför ett ensidigt fokus på tillgänglighet att andra kvalitetsaspekter kommer i skymundan.

I årets uppföljning har alla landsting utom ett bidragit med sina erfarenheter av tillgänglighetssatsningen och hur de ser på den senaste prestationsbaserade modellen. Även under telefonintervjuerna har flertalet landsting lämnat synpunkter på tillgänglighetssatsningen. Det är vanligt att enskilda landsting tar upp både positiva och negativa erfarenheter. Många av de erfarenheter och synpunkter som landstingen tar upp i årets uppföljning har också framförts tidigare år.

I sammanställningen nedan kommer därmed tonvikten att ligga på de erfarenheter som antingen inte framförts tidigare eller som av landstingen mer ses som hinder för förbättring av verksamheten.

Generella erfarenheter av tillgänglighetssatsningen

Satsningen har gett fortsatt fokus i landstingen på barn och unga med psykisk ohälsa och landstingen ser detta som ett mycket angeläget område. Satsningen ger också en tydlig inriktning på nationella mål. Den prestationsbaserade ersättningen gör att det blir enklare och tydligare med målstyrning, och därmed att jobba med hög tillgänglighet menar några landsting.

Flera landsting tar upp att statsbidragen till stor del varit en förutsättning för att kunna förbättra tillgängligheten. ”Ovärderlig” och ”absolut förutsättning” nämns.

Verksamheter som står under ett högt tryck har genom medlen fått tillskott. Bemanning av vakanser, nyrekryteringar, hyrläkare och köp av utredningar nämns. Flera landsting uppger att statsbidraget möjliggjort personalförstärkningar som annars inte hade varit möjliga att finansiera. Utbildning och kompetensutveckling tas också upp som positiva och nödvändiga satsningar. Statsbidraget har använts till utbildning av psykologer och ST-läkare och landstingen hoppas därmed att säkerställa dessa kompetenser i länet.

Utveckling av vårdinnehåll, arbetssätt och verksamhetsstruktur nämns av flera landsting. Möjligheten att pröva nya lösningar tas upp av några.

Satsningen har också möjliggjort att förebyggande insatser, olika former av en första linje för barn och unga med psykisk ohälsa och mellanvård har

börjat utvecklats. Några tar också upp att de kunnat permanenta nya vårdformer och organisatoriska lösningar.

Flera landsting tar också upp att satsningen bidragit till en bättre samverkan mellan kommun och landsting.

Balans mellan krav på tillgänglighet och kvalitet?

Flera landsting återkommer till betoningen av kvantitet som en effekt av tillgänglighetssatsningen. De tar upp att balansen mellan tillgänglighetskrav och kvalitet i verksamheten är en av professionens utmaningar. Det ena ska inte vara underställt det andra menar ett landsting. Verksamheten måste styras utifrån flera nödvändiga fokus. Ett annat landsting nämner den frustration det skapar när optimal behandlingsform med bra kontinuitet kommer i skymundan för kraven på tillgänglighet. Betoning på ”intag” och genomströmning gör att fokus mer läggs på tiden innan besök, utredning och behandling än på innehåll och resultat. Ett tredje landsting ställer den retoriska frågan om vilka aktiviteter i vården som nedprioriteras när allt fokus blir på tillgänglighet? Stimulansmedel fungerar som en morot, de har effekt, men risken är att annat åsidosätts menar ytterligare ett landsting. Strävan att klara tillgänglighet sker på bekostnad av kvalitet i längre ärenden och ohälsa hos den egna personalen, menar ett annat landsting.

Ett landsting säger under intervjun att ”produktion har varit en nyttig resa men nu har man kanske gjort den”, och fortsätter ”det är mycket plåster och förbandslåda, det kommer för sent”.

Behovet av en långsiktig permanent förstärkning av personalresurserna minst i nivå med den som medlen möjliggjort påtalas av ett landsting. Annars kommer inte tillgängligheten att kunna upprätthållas. De ekonomiska tillskotten kan heller inte påverka de rekryteringsproblem som flera landsting har menar de. Det råder brist på vissa specialiteter och det är svårt att få tag på kompetent personal.

Vad är landstingens erfarenheter av den prestationsbaserade modellen för statsbidrag?

Syftet har varit gott menar ett landsting och förmodligen har det varit nödvändigt att påskynda processerna. Ett bra sätt att se till att det blir ”verkstad” och även leverans menar ett annat landsting. Bra att satsningen är långsiktig (2013–2016) så att landstinget vågar tillsvidareanställa personal.

Några tar upp att modellen är bra och tydlig, att det är bra att man räknar resultatet över 10 månader och att målnivåerna inte höjts. Ett landsting menar att mål 1 i modellen (30 dagar till första besök) ställer adekvata krav på tillgänglighet och säkra, effektiva bedömningskriterier.

”Modellen har skruvats för hårt”

Mycket energi förbrukas på att hålla 30 dagar och inte ligga på 1–2 dagar längre väntetid menar ett landsting. Ett annat menar att detaljeringsgraden är för hög och att utrymmet för egna lösningar begränsas.

Flera landsting framför kritiska synpunkter på mål 2 i modellen (30 dagar till fördjupad utredning/behandling). Några tar upp att det är olyckligt att

fördjupad utredning och behandling slagits ihop i mål 2. Ett landsting menar att tillgängligheten kan vara 100 procent för behandling men sämre för utredning vilket resulterar i att de inte når målet. Modellen har "skruvats" för hårt och riskerar slå sönder gällande prioriteringsordning menar ett annat landsting. "Istället för att fokusera på behandling, på komplexa ställningstaganden blir det fokus på tillgänglighet". Detta är inte bra för verksamheten. Ytterligare ett landsting tar upp att tiden för vårdgaranti är lika kort oberoende om skälet till vårdbegäran. Möjligheterna till att prioritera de med störst insatsbehov kan försvåras.

Risk för att behandlingsinsatser trängs undan?

Ett landsting tar upp att fokus på fördjupad utredning i praktiken leder till undanträngningseffekter för behandlingsinsatser i komplexa tillstånd och svårarbetade ärenden. Landstinget nämner hur fokus på utredning samspelar med den allmänna debattens upptagenhet med om "ditt barn har adhd". Några landsting tar upp risken för undanträngning när trycket på neuropsykiatriska utredningar är så högt. En undanträngning som går ut över behandlingar som drar ut på tiden och innehåller färre besök. Detta kan ses som en konsekvens av hur systemet med vårdgarantin är upplagd.

Ytterligare ett landsting förtydligar att undanträngning idag generellt inte handlar om att barn och unga inte får komma till BUP, utan att behandling trängs undan till förmån för utredning. BUP kan inte heller erbjuda en full palett av behandlingsinsatser då behandlarna är upptagna med utredningar. Tids- och resurskrävande behandling och bred intervention får stå tillbaka idag.

Den starka prioriteringen att klara tillgängligheten ökar risken att andra kvalitetsaspekter kommer i skymundan menar ett landsting. Som t.ex. i vilken utsträckning BUP:s insatser är till nytta för patienter, familjer och samhälle.

Några landsting tar upp att modellen enbart mäter start av fördjupad utredning, och att detta inte säger så mycket. Några menar att det förekommer skillnader mellan landsting vad ett första besök respektive fördjupad utredning innebär i praktiken och därmed hur dessa registreras. Ett första besök kan vara ganska omfattande i ett landsting medan ett annat landsting registrerar det som start av fördjupad utredning. Ett landsting menar att med de KVÅ-koder (klassifikation av vårdåtgärder) som ligger till grund för registreringen räcker det att göra en screening eller ett stödjande samtal för att det ska klassificeras som start av fördjupad utredning eller behandling. Systemet behöver förbättras så vi gör likadant över hela landet menar landstinget.

Pressen på personalen är stor

Ett landsting tar upp att förkortad väntetid kan vara rimligt ur ett patientperspektiv. Men att det samtidigt kan vara svårare i ett verksamhetsperspektiv när inflödet av patienter ökar och BUP:s uppdrag vidgas inom det neuropsykiatriska området. Ytterligare ett par landsting tar upp de stora krav personalen ställs inför utöver tillgängligheten som t.ex. ökat söktryck, införandet av nya evidensbaserade metoder, införandet av nya vårdprocesser,

kompetensutveckling, handledning och konsultation m.m. Flera landsting tar upp att pressen på personalen varit mycket stor för att klara tillgängligheten, att personalen är sliten. ”Tempot är vettlöst”. Särskilt nämns detta som ett problem för enheter som har bemanningsproblem. Dessa utsätts för en risk att bli dubbla förlorare. En ond cirkel uppstår. Mindre pengar ger svårigheter att frigöra tid och kraft att arbeta med lösningar och utveckling. Arbetsplatsen blir då inte attraktiv. ”Jag som verksamhetschef pressar psykologerna för att klara vårdgarantin. Till slut så slutar de”.

Osäkerhet om landstinget får bidrag eller ej?

Flera landsting tar också upp osäkerheten om de kommer att få ta del av statsbidraget. Detta försvårar möjligheten till långsiktig planering. Vågar de satsa? Landstinget får ta en kalkylerad risk som kan vara svår när de är beroende av andra aktörer. Några landsting återkommer till den stora administrativa insats som registreringar, felsökningar och inrapportering tar, och också kraven från nationella redovisningar och uppföljningar.

Ett landsting tycker slutligen att det är en märklig konstruktion att ett enskilt landsting (som de själva) får ekonomisk fördel av att ett annat landsting inte klarar tillgängligheten.

Hur har landstingens verksamheter utvecklats?

Inledning

I detta kapitel redovisas utvecklingen av landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa. Analysen baseras huvudsakligen på resultat från det frågeformulär och de telefonintervjuer som Socialstyrelsen genomförde våren 2013. Fokus ligger på uppdrag, ansvarsfördelning, utbud, vårdnivåer och samverkan. Utgångspunkten var den kartläggning som genomfördes våren 2012. Uppföljningen omfattar både den så kallade första linjen och den specialiserade hälso- och sjukvården för målgruppen.

I frågeformuläret ställdes frågor om de insatser med syfte att förbättra tillgängligheten för målgruppen som pågått i landstinget sedan förra årets uppföljning. Landstingen ombads uppge insatser oberoende om de var statsbidragsfinansierade eller landstingsfinansierade. Vidare ställdes en fråga om landstingen följer tillgängligheten till första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga.

Telefonintervjuer genomfördes med en, och i vissa fall flera, av landstinget utsedd kontaktperson(er). Kontaktpersonen skulle ha en god överblick över landstingets samtliga verksamheter på området. I Stockholm genomfördes en besöksintervju. Innan intervjuerna fick kontaktpersonerna ta del av de frågeområden som skulle tas upp.

Samtliga landsting har besvarat frågeformuläret och deltagit i telefonintervjuerna. I bilaga 3 finns korta sammanfattande fakta för varje landsting baserade på intervjuerna. Landstingen har själva efter intervjuerna fått korrigerera eventuella felaktigheter i faktabladen.

Utvecklingen 2012–2013

Övergripande styrning av landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa

Socialstyrelsen fann 2012 det något överraskande resultatet att få landsting hade tagit fram en landstingsövergripande strategi eller handlingsprogram för insatser till målgruppen. Detta mot bakgrund av den nationella satsningen på verksamhetsområdet som pågått sedan 2007.

Socialstyrelsen kan 2013 konstatera att inga landsting uppger att de sedan förra uppföljningen tagit fram en landstingsövergripande strategi eller handlingsprogram som omfattar alla de verksamheter som kommer i kontakt med målgruppen.

Västra Götaland som har en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri från 2007 uppger att den ska revideras 2013 med fokus på ansvar och gränssnitt till första linjens vård samt för neuropsykiatriska funktionstillstånd. Några landsting tar också upp styrdokument mellan en-

skilda verksamheter inom landstinget som t.ex. BUP och barnhabilitering eller BUP och primärvården.

Flertalet landsting återkommer istället till de överenskommelser och samverkansdokument som man aktivt arbetar med mellan huvudmännen inom länet. Dessa kan handla om gränssnittsfrågor, riktlinjer för olika vårdnivåer, diagnosgrupper, barn i olika utsatta situationer m.m.

Stockholm är ett exempel där KSL (Kommunförbundet Stockholms län), kommunerna och landstinget arbetat med överenskommelsen BUS (Samverkan kring barn med särskilda behov). Målet med BUS är att utveckla och förbättra samverkansstrukturerna mellan förskolan, grundskolan, gymnasiet, socialtjänsten, habiliteringen, barn- och ungdomspsykiatri och barnmedicin så att barn och unga med sammansatt problematik ska få det stöd och de insatser de behöver. En ny överenskommelse antogs hösten 2012 och den har följts upp våren 2013.

Flera nämner också kraven om överenskommelser mellan huvudmännen i länet för att få ta del av prestationsersättningar som kom inom ramen för PRIO-satsningen 2012 och 2013.

Rekrytering och bemanning

Alla landsting tar upp sårbarheten i bemanningssituationen inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Ett verksamhetsområde som personalmässigt är litet men till uppdraget brett. Det kan uttryckas som att ”just nu har vi full bemanning men slutar en så blir det svårt” eller ”just nu är det inte någon jättekris” eller ”vi har rejält med problem”. Personalsituationen är med andra ord ansträngd. I enstaka landsting hårt ansträngd, eller som en intervjuperson uttryckte det ”nästan katastrofläge”. Flera landsting bedriver en verksamhet där förutsättningarna hela tiden förändras.

Flertalet landsting har haft vakanser under året och svårigheter att rekrytera barnpsykiatriker och i synnerhet erfarna barnpsykiatriker. Men också svårigheter att rekrytera erfarna psykologer, psykologer med psykoterapeutisk examen och psykologer med kompetens inom BUP:s verksamhetsområden som t.ex. neuropsykiatriska utredningar. Även storstadslänen uppger att de har dessa problem. Situationen inom länet kan se olika ut men även storstäderna har svårigheter. Flera tar också upp problem med att rekrytera specialistsjuksköterskor med kompetens inom psykiatri.

Generationsväxlingen har gjort att yrkesgrupper med erfarenhet är en bristvara på flera håll. Marknaden för erfaren personal i berörda yrkesgrupper är med andra ord stor. ”Just nu har vi en positiv vind men det räcker med att vinden vänder och att man upplever att gräset är grönnare någon annanstans”. Den allmänna bristsituationen leder till ökad konkurrens och får bl.a. som påföljd ökade lönekrav. På psykologsidan råder också konkurrens inom länet mellan olika vårdnivåer och mellan landsting och kommuner.

Några landsting tar också upp en hårt ansträngd arbetssituation inom BUP med mycket stress och många krav som t.ex. vårdgarantin som en orsak till att bl.a. psykologer som har en bredare arbetsmarknad söker sig därifrån.

Situationen med generationsväxling och brist på erfaren personal beskrivs av några som en ond cirkel. ”Även om man får tag i unga psykologer och

läkare som vi så väl behöver så ska vi hinna ta hand om dem, hinna med handledning”.

Hur löser man då situationen i dagsläget?

PTP-psykologer, dvs. psykologer som ska göra praktisk tjänstgöring under handledning innan legitimering, går oftast att få tag i. Det är dock inte säkert att dessa stannar kvar inom BUP efter legitimeringen. Nyutexaminerade psykologer som inte har erfarenhet inom BUP är också lättare att få tag i. Några tar upp att relativt oerfaren personal ibland utför avancerade uppgifter. ”När man kommer utanför storstaden är det nyutexaminerade som ska göra ganska komplicerade utredningar” och ”detta är egentligen inget jobb för färskingar”. Några landsting tar upp att man tagit in pensionerade kollegor.

På läkarsidan löser man ofta situationen genom att ta in hyrläkare under vakanser. Något som ingen ser som en hållbar situation. Även här finns flera som arbetar efter pensioneringen.

ST-läkare (läkare under specialittjänstgöring) fyller också upp vakanser. Flera landsting uppger att de har fler ST-läkartjänster inom BUP än de någonsin haft. Samtidigt är leveranstiden till färdig specialist lång. Några landsting uppger att de av ekonomiska skäl inte kunnat ta emot så många som de skulle vilja eller som ansökt. Ett landsting tar också upp att de skulle kunna utbilda fler än man själv behöver – men vem står då för kostnaden?

Lyckade utlandsrekryteringar av läkare tar några landsting upp. Samtidigt lyfter landstingen att dessa läkare tar mer tid i handledning och mentorskap.

Några landsting säger att de ändå ser ljus på framtiden vad gäller läkarsituationen. De har märkt ett ökat intresse för psykiatri bland underläkare och det ökade inflödet av ST-läkare är ett tecken på detta.

Möjligheten att inrätta kombinationstjänster för läkare tas upp av några. Dessa kan då få dela sin anställning mellan verksamhet och forskningsmöjlighet i en universitetsstad med klinisk verksamhet i en annan länsdel. Denna möjlighet diskuteras också att införas för psykologer. Även möjligheten att göra förändringar i olika yrkesgruppers arbetsuppgifter är något några funderar över för att kunna lösa bemanningssituationen.

Hur är barn- och ungdomspsykiatrien organiserad?

Hur barn- och ungdomspsykiatrien internt är organiserad varierar mellan landstingen. Tendensen har varit att fler landsting centraliserar den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i en länsövergripande klinik eller motsvarande. I Sörmland centraliserades t.ex. barn- och ungdomspsykiatrien hösten 2012 i en länsklínik. Idag har majoriteten, 16 landsting, en centraliserad barn- och ungdomspsykiatrisk organisation. I de övriga landstingen är barn- och ungdomspsykiatrien decentraliserad i olika sjukvårdsområden (Östergötland, Jönköping och Västra Götaland) eller med annan geografisk styrning (Västernorrland och Norrbotten). I de större landstingen med en centraliserad organisation, som Stockholm och Skåne, är barn- och ungdomspsykiatrien indelad i flera geografiska verksamhetsområden.

I några landsting har också andra förvaltningsmässiga förändringar skett som inbegriper BUP. I Skåne omorganiserades hälso- och sjukvården i maj

2013. Barn- och ungdomspsykiatri i Skåne återfinns nu i samma förvaltning, Skånevård Sund som övrig specialiserad psykiatri, sjukhus och primärvård. I Örebro omorganiserades barn- och ungdomspsykiatri och övrig specialiserad psykiatrisk verksamhet i landstinget i januari 2013. Idag är barn- och ungdomspsykiatri en av två verksamhetsgrenar inom verksamhetsområde barn- och unga vuxna (BUV) som har uppdrag för barn och unga till och med 24 år. I Västernorrland är landstinget sedan hösten 2012 indelat i en länsorganisation. Psykiatri och rehabilitering är ett av fyra vårdområden med fortsatt tre geografiska verksamhetsområden.

Samtliga landsting, förutom Gotland, har minst två öppenvårdsmottagningar i länet. Hur geografiskt spridda dessa är varierar dock mellan landstingen. I Örebro är t.ex. de två öppenvårdsmottagningarna centraliserade till Örebro stad för att effektivisera verksamheten och samordna insatserna. De flesta landsting har dock öppenvårdsmottagningar på flera platser i länet. Detta gäller såväl de största landstingen, i befolkning räknat, Stockholm, Västra Götaland och Skåne som några mindre med befolkning som Blekinge, Kalmar, Jämtland och Västernorrland.

Flera landsting har valt en organisatorisk lösning med geografiskt spridda öppenvårdsmottagningar för att kunna vara tillgängliga nära patienten. Framför allt landsting med stora landarealer ser ett behov av att finnas på flera geografiska platser i länet. I vissa landsting fungerar de lokala öppenvårdsmottagningarna i praktiken mer som filialer som bemannas av BUP-personal från den centrala öppenvårdsmottagningen och är endast öppna några gånger i veckan. Två exempel är Värmland och Jämtland.

Eftersom det är både kostsamt och svårt att upprätthålla bemanning och specialistkompetens på flera lokala öppenvårdsmottagningar pågår inom flera landsting en diskussion om att centralisera BUP-verksamheten. Samtidigt är ofta den politiska viljan att behålla sjukvården nära medborgarna stark. Att vara nära vårdgrannar och ha lokalkännedom kan också underlätta det praktiska behandlingsarbetet i enskilda patientärenden. Frågan om möjligheten att bemanna flera öppenvårdsmottagningar och samtidigt upprätthålla specialistkompetens inom flera diagnosområden är dock central för hur BUP-verksamheten i landstinget kan bedrivas. Utan rätt bemanning och kompetens riskerar den geografiskt spridda specialiserade barn- och ungdomspsykiatri att i praktiken att fungera mer som en första linjeverksamhet.

Privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri

Som förra årets uppföljning visade har ett fåtal landsting avtal med privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri. Halland och Gävleborg har avtal med privata aktörer för vård vid allvarlig ätstörningsproblematik. I Stockholm drivs två länsövergripande specialistmottagningar och tre öppenvårdsmottagningar av privata aktörer. I Östergötland drivs tre öppenvårdsmottagningar av privata aktörer. Några landsting uppger vidare att de tidvis upphandlar framför allt neuropsykiatriska utredningar, ofta i syfte att hålla vårdgarantin.

Hur ser inflödet av patienter ut till BUP idag?

Ökningen av antalet patienter till BUP och i synnerhet till neuropsykiatriska utredningar var en orsak till den statliga tillgänglighetssatsningen. I förra årets uppföljning tog flertalet landsting upp ett fortsatt intensifierat arbete med utredningar och behandlingar av de neuropsykiatriska patientgrupperna.

Hur ser då inflödet till ut BUP våren 2013? I de intervjuer som gjorts uppskattar flertalet att de neuropsykiatriska ärendena fortfarande ökar. Inget landsting uppger att de har mattats av. Några landsting tar också upp andra diagnosgrupper där man ser en ökning som ångest, oro och samsjuklighet.

Några landsting som exempelvis Västra Götaland tar upp att man får färre egenremisser idag till BUP, istället kommer fler med remisser från primärvård och elevhälsa. Dessa remisser innehåller idag oftare en tydlig frågeställning där elevhälsa och primärvård gjort en utredning innan remissen skickats. I Västmanland uppskattar man att remisserna idag utgör ca 80 procent mot tidigare ca 50 procent. En orsak till detta kan vara landstingets första linjeverksamhet, Barn- och ungdomshälsan, som nu tar flera första besök. Landstinget menar att de nu har fler patienter som definitivt hör till den specialiserade vården.

Patientgrupper med neuropsykiatriska tillstånd har också behov av långvarig och återkommande kontakt med BUP, vilket har medfört att volymen av patienter ökar. Ett landsting menar att BUP har utvecklats från att tidigare enbart bedrivit mer renodlade hälso- och sjukvårdsinsatser till en verksamhet med också habiliterande inslag. Detta har bidragit till översyn av den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten och av barn- och ungdomshabiliteringen och gränssnittet mellan dem.

Ansvarsfördelning neuropsykiatriska utredningar

Utredning och behandling av neuropsykiatriska tillstånd görs i de flesta landsting framför allt inom barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH), men även inom barnmedicin, barnneurologi och av privata aktörer. Lite förenklat genomför BUP i nästan samtliga landsting den stora merparten av utredningar av adhd. BUP ansvarar oftast även för behandling efter fastställd diagnos.

I flertalet landsting genomförs även autismspektrumutredningar framför allt inom BUP. I några landsting har BUP och BUH ett delat ansvar för dessa utredningar, t.ex. fördelas utredningsansvaret utifrån barnets ålder i ett par landsting. I vissa landsting är BUP också behandlings- och habiliteringsansvarig efter fastställd autismspektrumdiagnos, medan habiliteringsansvar övergår till BUH i andra landsting.

I flera landsting pågår arbete med översyner av den neuropsykiatriska vårdprocessen eller revidering av samverkansavtal mellan de olika verksamheterna med uppdrag inom området. Kalmar och Sörmland är två exempel som har pågående arbete inom området. Förslag kommer att läggas fram mot slutet av 2013 i båda landstingen.

Ett par landsting har pågående arbete med att skapa en gemensam ingång för barn och unga med neuropsykiatriska frågeställningar där resurser från både BUP och BUH finns samlade för att arbeta utifrån barnets behov. Den

gemensamma ingången ska ha det samlade utrednings- och behandlingsansvaret för patientgruppen. Ett exempel på detta är Dalarna som arbetar med att bygga upp lokala team för patienter med neuropsykiatriska diagnoser med kompetenser från både BUP och BUH.

Andra landsting har valt att anställa personalkategorier som traditionellt inte funnits inom BUP, såsom arbetsterapeuter, logopeder, dietister och sjukgymnaster till BUP-klinikerna för att på så sätt samla kompetens kring patienter med neuropsykiatriska tillstånd. Flera landsting har även rekryterat extra sjuksköterskor för medicinuppföljning av patienter med neuropsykiatriska diagnoser.

Heldygnsvård

Under perioden maj 2009 till februari 2010 gjorde SKL en kartläggning av den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården [18]. Resultaten från Socialstyrelsens kartläggning våren 2012 överensstämde i stort med resultaten från SKL:s inventering [21]. Årets kartläggning visar inte på några stora förändringar inom den psykiatriska heldygnsvården för barn och unga.

Sex landsting har inga egna vårdplatser för barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård. Vid behov av slutenvård finns i dessa landsting möjlighet till inläggning på barn- och ungdomsmedicinklinik eller inom allmänpsykiatrins heldygnsvård. Inskrivning i allmänpsykiatrins heldygnsvård sker framför allt för äldre ungdomar med utåtagerande eller aggressivt beteende. Barn- och ungdomsmedicinklinikens vårdplatser används främst till yngre barn, vid åstörningsproblematik eller suicidrisk. Hälften av landstingen utan egen heldygnsvård uppger att de genom avtal kan nyttja vårdplatser inom andra landstings barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvård vid behov. Sörmland har en överenskommelse med Västmanland som innebär att de kan remittera patienter dit på samma indikationer som Västmanlands egna patienter.

Vilka insatser bedriver landstinget med syfte att förbättra tillgängligheten?

I årets uppföljning ombads landstingen ta upp insatser oberoende om dessa var finansierade med statsbidragen eller landstingsfinansierade. Flera av de insatser som omnämns är långsiktiga insatser som också tagits upp i tidigare redovisningar. Uppföljningarna de senaste tre åren har visat att mer renodlade insatser för att förkorta väntetider blivit vanligare. Dessa insatser inkluderar bl.a. översyn av arbetsprocesser, bemanning och rekrytering av olika yrkesgrupper, inrättande av fler ST-läkartjänster och upphandling av neuropsykiatriska utredningar. Vid sidan av dessa har också utbildningsinsatser, andra kompetenshöjande insatser riktade mot flera personalgrupper samt handledning varit vanliga. I flera landsting har också mycket arbete lagts ner på att utveckla särskilda första linjeverksamheter och mellanvårdsformer samt arbete mer generellt på att förtydliga ansvarsfördelning för olika vårdnivåer. Några insatser har också permanentats och fortsätter idag som ordinarie verksamhet. I sammanställningen nedan ges ytterligare några exempel på insatser som pågått i landstingen sen förra årets uppföljning.

I Stockholm pågår 2012–2015 arbete med att skapa *en klinisk mottagning som bas för behandlingsforskning inom barn- och ungdomspsykiatri*. Ett syfte med denna är att få engagerade och utvecklingsinriktade specialister att stanna kvar inom BUP. Den är med andra ord en del av strategin att öka antalet läkare, men en tanke är också att få behålla andra yrkeskategorier inom verksamheten. Satsningen sker i samverkan med Karolinska Institutet. Den planerade inriktningen är ångest och depression.

Stockholm bedriver 2012–2014 i samarbete med Linköpings universitet *ett logistikprojekt* med syfte att genom bättre utnyttjande av resurser och kompetens öka tillgänglighet och kvalitet i vården. Ett konkret mål med arbetet är att frigöra tid för direkt patientarbete, ett annat att skapa förenklade handläggningsrutiner. Tretton BUP-mottagningar i länet deltar.

Även Norrbotten uppger *utvecklingsarbete med syfte att korta väntetider* och matcha kompetens till behov. BUP har inhämtat erfarenheter från andra mottagningar i landet vilket lett fram till förslag på förändrad organisationsstruktur.

Östergötland, Kronoberg och Västmanland fortsätter att satsa på de första linjeenheter, *Barn- och ungdomshälsa* som utvecklats (se mer i nästa avsnitt). Verksamheterna startade som projekt och har nu permanentats.

I Skåne har man beslutat om ett utökat uppdrag om 20 miljoner kronor årligen 2012–2013 för barn- och ungdomspsykiatri i *besöksersättning* i befintligt ersättningssystem. Syftet är att kunna erbjuda god tillgänglighet.

I Halland har *BUP-linjen* en länsövergripande telefonbaserad ingång till BUP permanentats. BUP-linjen tar hand om telefonintervjuer, tidbokning, rådgivning och hänvisning samt uppföljning. En första bedömning görs på telefon. Vid bedömning av symptom som kan vara uttryck för psykisk ohälsa bokas tid för en standardiserad intervju, BCFPI, inom en vecka. Även Uppsala fortsätter att satsa på sin *länstäckande telefonrådgivning* som är öppen dygnet runt och kopplad till Akademiska sjukhusets akutmottagning. Även Gävleborg utreder möjligheten till "en väg in" med ett länstäckande telefonnummer.

Örebro satsar bl.a. på förstärkt stöd till *konsultativa insatser till första linjens vårdutövare och till kommuner*.

Gävleborg arbetar med att *revidera gränssnitt mellan primärvård och BUP* med syfte att förtydliga vilka diagnoser och tillstånd som hör till vilken nivå.

Verksamheter för "unga vuxna"

Särskilda "Unga vuxna" mottagningar, dvs. mottagningar för ungdomar i åldern 16-25 år särskilt inriktade på övergången mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri, är inte vanliga i landstingen. Ett undantag är Örebro som sedan januari 2013 har en särskild enhet för unga vuxna i ålderna 16-25. Denna ingår tillsammans med BUP inom verksamheten barn och unga vuxna. Inom vuxenpsykiatri kan däremot särskilda enheter eller mottagningar för yngre patienter finnas. BUP och vuxenpsykiatri har oftast också ett upparbetat samarbete för att underlätta övergången. Specialistmottagningar för ätstörningsproblematik är däremot ofta åldersöverskridande.

I några landsting finns särskilda första linjeverksamheter som ungdomshälsor eller motsvarande för ungdomar och studenter. Ungdomsmottagningar kan också ha uppdrag inom området psykisk ohälsa.

Första linjens hälso- och sjukvård

I landstingen definieras ansvaret för en första linjeverksamhet också som ansvaret för barn och unga med lindrig eller lättare till måttlig psykisk ohälsa. Ansvaret kan också definieras utifrån utrednings- och behandlingsriktlinjer för olika diagnoser och vårdnivåer kopplade till dessa.

Våren 2013 kan ansvaret för första linjeverksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa i landstingen grovt indelas enligt följande:

Tabell 6. Indelning av landstingens första linjeverksamheter, våren 2013.

Indelning	
Primärvård/närsjukvård	Uppsala, Östergötland*, Jönköping*, Blekinge, Halland, Västra Götaland, Örebro, Dalarna, Gävleborg*, Västernorrland, Västerbotten, Norrbotten
Barn- och ungdomshälsa	Kronoberg, Skåne, Västmanland
BUP	Gotland, Jämtland
Utredning pågår	Stockholm, Sörmland, Kalmar, Värmland

*Benämningar som barn- och ungdomshälsa används.

Indelningen ovan behöver inte innebära renodlade former i enskilda landsting, utan är baserad utifrån de beslut som fattats i landstingen. I flertalet landsting fungerar BUP i praktiken också som en första linje. Fyra landsting uppger att ansvaret för en första linjeverksamhet är fortsatt under utredning.

Primärvård/närsjukvård uppges av drygt hälften av landstingen som den som har ansvaret för en första linje. Några av dessa landsting uppger också att de arbetar med att förtydliga eller förankra handlingsöverenskommelser/riktlinjer mellan primärvården och BUP avseende ansvarsområden.

I Jönköping finns utöver primärvårdens uppdrag en Barn- och ungdomshälsa med ett första linjeuppdrag. Denna drivs tillsammans med Jönköpings kommun. Planer finns att starta ytterligare två barn- och ungdomshälsor i länet. I Östergötland finns sen tidigare Ungdomshälsan. Barnhälsan (6–12 år) som tidigare har drivits som projekt har sedan 2013 permanentats. Barnhälsan finns idag i de fem länsdelarna. Verksamheterna är organisatorsikt placerade inom närsjukvården. Även Gävleborg har barn- och ungdomshälsor (0–12 år) inom primärvården.

I tre landsting ligger ansvaret för första linjen på särskilda verksamheter, barn- och ungdomshälsa, med organisatorisk tillhörighet till barn- och ungdomspsykiatri eller barn- och ungdomsklinik. Hösten 2012 startade Barn- och ungdomshälsan (7–18 år) i Kronoberg. Verksamheten är också mobil i länet. I Västmanland har Barn- och ungdomshälsan permanentats 2013. Den har idag ett länsuppdrag och verksamheter på fler platser planeras. Skåne

som tidigare har satsat på primärvården ska sommaren 2013 starta fyra första linjemottagningar i regionen för barn och unga 6-18 år. Mottagningarna kommer att vara bemannade med psykolog, socialsekreterare och kurator samt läkare på konsultbasis.

På Gotland och i Jämtland är BUP också landstingets första linjeverksamhet.

I förra årets uppföljning uttrycktes från barn- och ungdomspsykiatrien på flera håll en viss skepsis till primärvårdens möjligheter att klara ett första linjeuppdrag för barn- och unga med psykisk ohälsa. Primärvården ser väldigt olika ut i landet och inom varje län. Frågor som ställdes var om en första linjeverksamhet kan erbjudas överallt inom primärvården? Finns det tillräckligt med personella resurser och kompetens? Flera framförde att barnkompetens saknades. Men också att primärvården var rädd för att ta på sig detta ansvar, rädd för att deras kompetens inte räcker till och att utvecklingen gick trögt. Några tog också upp skillnaden mellan beslutad ansvarsfördelning och vad som sker i praktiken. I några landsting där primärvården fått ett beslutat ansvar hade särskilda resurser och psykosocial eller psykologisk kompetens tillförts. Utbildnings- och kompetenssatsningar hade också genomförts.

Denna del har dock inte varit i fokus för årets uppföljning. Samtidigt kan konstateras att drygt hälften av landstingen fortsätter att lägga ansvaret för en första linjeverksamhet på primärvården.

Följer landstinget tillgängligheten till första linjen?

Flera landsting svarar att de följer tillgängligheten till första linjen. De exempel som ges är då framförallt deltagande i de pilotprojekt som pågår inom ramen för PRIO - satsningen, projektet ”Tillgänglighet till första linjen” och Psykn – projektet. SKL ansvarar för båda dessa utvecklingsprojekt.

Andra exempel som ges är att landsting för besöksstatistik över delar av verksamheten som ungdomsmottagning eller barn- och ungdomshälsa. Västmanland följer t.ex. tillgängligheten till Barn- och ungdomshälsan genom statistik från primärvården och verksamheten själv varje månad. De följer väntetider, genomförda besök, kundnöjdhet, kontaktorsak, första symptom och upplevt symptom efter behandling, ålder, kön och bostadsområde.

Samverkan med elevhälsan

Samverkan med elevhälsan och skolan är på många sett central för barn- och ungdomspsykiatrien inte minst mot bakgrund av att inflödet av neuropsykiatriska ärenden inte mattats av i landstingen. Tydliga ansvarsgränser om vem (BUP eller skolan) som ska göra vad och vilka utredningar som behöver göras är central. Elever med exempelvis neuropsykiatriska tillstånd har också ofta återkommande behov av stöd från både hälso- och sjukvård och från specialresurser i skolan.

Några landsting tar upp behovet av andra stödåtgärder i samhället än vad den specialiserade psykiatrien kan erbjuda. Alla barn som söker för olika typer av bekymmer hos BUP har inte psykisk ohälsa menar de. Okunskap i

skolan leder ibland i onödan till remiss till BUP vilket inflödet av remisser till fördjupade utredningar kan tyda på. Skolan, barn och deras familjer behöver få kunskap om psykisk ohälsa och verktyg att hantera detta menar de.

Drygt hälften av landstingen uppger att de har samverkansavtal eller överenskommelse som omfattar länets alla kommuner. Detta är en ökning från förra året. Några landsting som uppger att sådana avtal inte finns nämner andra former av bred samverkan kring barn och unga i länet och att lokala avtal kan finnas.

Det är oklart för några om friskolorna i länen omfattas av de länsövergripande samverkansavtalen. Andra säger att de inte omfattas eller inte deltar i samverkansarbetet. Några nämner att friskolor i vissa kommuner som har resursteam för elevhälsa kan teckna avtal med dessa. Några landsting återkommer till att det är problematiskt med så många utförare inom skolvärlden. BUP är i detta sammanhang en mycket liten organisation.

Stockholm uppger att de tar fram statistik kommunvis över neuropsykiatriska utredningar som de använder i länsgemensamma träffar med representanter för skola och socialtjänst.

Diskussion

Väntetiderna har inte förbättrats 2012–2013

Enligt den förstärkta vårdgarantin skulle alla landsting senast 2011, utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning/behandling inom högst 30 dagar inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien.

Socialstyrelsen konstaterade i förra årets uppföljning efter analys av 2011–2012 års väntetidsutveckling att detta mål var optimistiskt.

I mätningen inför måluppfyllelse hösten 2012 klarade 13 av 21 landsting alla krav för att erhålla statsbidraget jämfört med 14 av 21 landsting 2011. Tre landsting klarade inga krav 2012 jämfört med ett landsting 2011. Fem landsting klarade inte målet om ett första besök inom 30 dagar jämfört med två landsting 2011. Sex landsting klarade inte målet om beslutad fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar vilket var samma resultat som 2011. Utfallet 2012 visar sammantaget på ett sämre resultat jämfört med 2011 års måluppfyllelse.

De mätningar som gjorts första halvåret 2013 visar på ett resultat som är jämförbart med 2012 års resultat. Om prognosen för 2013 håller skulle det innebära att inga förbättringar har skett på riksnivå vad gäller tillgängligheten under de senaste två åren.

Några av de landsting som inte klarar den förstärkta vårdgarantin har också hög andel som ”väntat längre än 90 dagar”, dvs. gränsen för den nationella vårdgarantin.

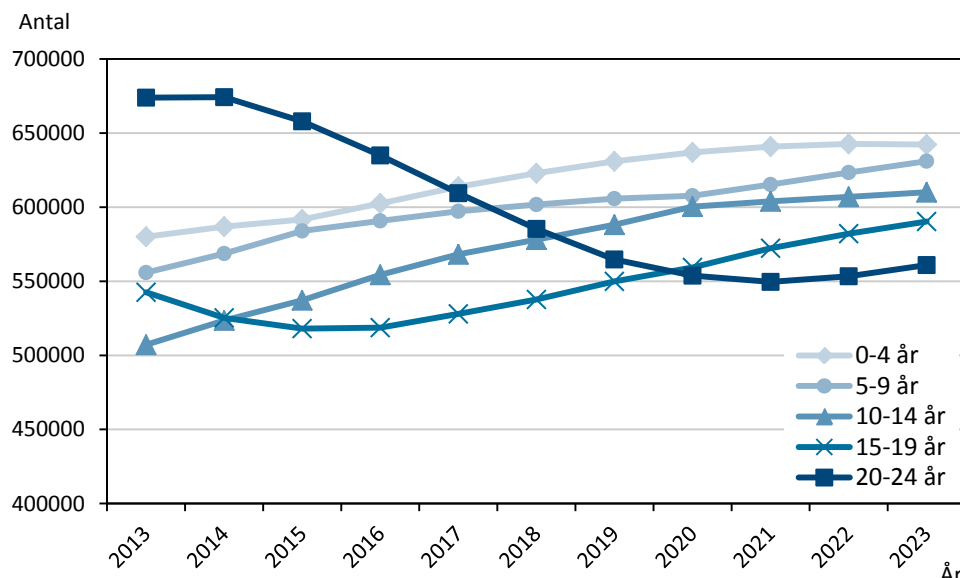
Antal väntande på ett första besök har också ökat under perioden mars 2010 till juni 2013. Detta visar på att söktrycket ökar hos barn- och ungdomspsykiatrien något som flertalet landsting vittnar om. Inget landsting uppger att söktrycket mattats av.

Allt fler barn och unga har kontakt med den psykiatriska öppenvården. Under 2011 hade 4,2 procent av pojkarna och 2,9 procent av flickorna i åldersgruppen 0-17 år kontakt med den psykiatriska öppenvården eller använde psykofarmaka [22]. Relativt få barn och unga vårdas i den psykiatriska slutenvården.

Befolkningen 0-17 år i riket har inte ökat utan legat tämligen konstant under perioden 2009–2012 då satsningen på den förstärkta vårdgarantin varit i kraft. Antalet barn i de lägre ålderskullarna 0-9 år har ökat, medan ålderskullen 10-14 legat ganska konstant under perioden. Unga i åldersgruppen 15-19 år däremot har minskat kraftigt sedan 2009.

Prognosen för befolkningsutvecklingen för de kommande 10 åren i riket visar att åldersgruppen 15-19 år beräknas minska under 3-4 år, och de unga vuxna 20-24 år kraftigt minska, se figur 2.

Figur 2. Befolkning 0 – 24 år i riket. Prognos 2013 - 2023.



Källa: SCB, Statistiska Centralbyrån.

Förbättrade mätningar av väntetider, men fortsatt utveckling behövs

Socialstyrelsen har i tidigare uppföljningar av både den förstärkta vårdgarantin och den nationella vårdgarantin haft synpunkter på tillförlitligheten i uppföljningen av väntetider och framfört att det krävs en utveckling för att mer heltäckande kunna följa väntetiderna och tillgängligheten till hälso- och sjukvården [23]. Detta gäller också tillgängligheten till hälso- och sjukvårdens olika verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa. SKL:s databas har successivt förbättrats under åren. Sedan hösten 2011 registreras faktiska väntetider till barn- och ungdomspsykiatri i väntetidsdatabasen vilket är en förbättring.

Det är också angeläget att kunna analysera väntetider under hela vårdkedjan och inte enbart andelen genomförda första besök respektive påbörjad fördjupad utredning/ behandling. Dessa data finns dock idag inte i väntetidsdatabasen.

SKL har inom ramen för tillgänglighetssatsningen startat ett antal pilotprojekt i landstingen med syfte att kartlägga vårdprocesser och ledtider för att följa resultaten av genomförda insatser. Målet är bland annat att hitta strategiska mätpunkter för uppföljning av ledtider. SKL har också startat ett antal pilotprojekt med syfte att pröva möjligheten att följa och mäta tillgänglighet till första linjens hälso- och sjukvård för målgruppen. Utifrån pilotprojekten ska SKL lämna förslag på uppföljning och mätning som ska vara möjlig att genomföra 2014.

Möjligheten att analysera väntetider är idag begränsad till de uppgifter som rapporteras till databasen och de begränsningar den har. Detta innebär bland annat att väntetider för enskilda diagnosgrupper inte kan följas, inte heller väntetider för personer uppdelat på t.ex. kön eller ålder. I Socialstyrelsens uppföljningar av den förstärkta vårdgarantin finns inga kvantitativa

data som gör det möjligt att följa hur tillgänglighet för enskilda grupper utvecklats. Detta är mycket angeläget för att kunna belysa om den barn- och ungdomspsykiatriska hälso- och sjukvården är tillgänglig ut ett jämlikhetsperspektiv.

Svårigheter att rekrytera på flera håll

Alla landsting påtalar sårbarheten i bemanningssituationen inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Personalsituationen är ansträngd på flera håll. I enstaka landsting hårt ansträngd. Frågan blir om specialistkompetens kan upprätthållas i dessa landsting?

Flertalet landsting har vakanser under året och svårigheter att rekrytera barnpsykiatriker och i synnerhet erfarna barnpsykiatriker. Men också erfarna psykologer och psykologer med psykoterapeutisk examen. Även storstadslänen har dessa problem. Flera tar också upp problem med att rekrytera specialistsjuksköterskor med kompetens inom psykiatri. Denna bild bekräftas till stor del av Socialstyrelsens studie om tillgång och efterfrågan på personalgrupper inom hälso- och sjukvård [24].

Om det är svårt att rekrytera erfarna psykologer och psykologer med barnkompetens kan frågan ställas hur det går med uppbyggnaden av första linjeverksamheter för målgruppen?

I november 2010 var 311 specialister inom barn- och ungdomspsykiatri sysselsatta inom hälso- och sjukvården. Ytterligare 40 specialister var sysselsatta utanför hälso- och sjukvården. Stockholm hade flest antal specialister per 100 000 invånare, 4,5 stycken. Av de sysselsatta inom hälso- och sjukvården var 15 procent 65 år och äldre, 20 procent var 60–64 år. Majoriteten, 52 procent var 55 år eller äldre [25].

Antalet utfärdade specialistbevis inom barn och ungdomspsykiatri har dock ökat under åren 2003–2012 [16].

Utmaningarna har inte blivit färre

Landstingen står inför fortsatt stora utmaningar för att klara tillgänglighet, rigga en första linjens hälso- och sjukvård och fortsatt upprätthålla en specialiserad barn- och ungdomspsykiatri.

Socialstyrelsen konstaterar sammanfattningsvis:

- Väntetiderna för BUP har inte förbättrats 2012–2013. I måluppfyllelsen 2012 klarade 13 av 21 landsting samtliga krav för den förstärkta vårdgarantin. Dalarna, Gävleborg och Västerbotten klarade inga krav. Resultatet 2012 visar sammantaget på ett sämre resultat jämfört med 2011. Resultatet för första halvåret 2013 tyder inte på någon förbättring.
- Landstingen ger fortsatt blandat ”ris och ros” för tillgänglighets-satsningen. Flera anser att statsbidraget är ovärderligt för att de ska kunna klara tillgängligheten, och flera menar att målet att inte behöva vänta länge på ett första besök är bra. Samtidigt uttrycker

många landsting en oro över negativa effekter av målet om fördjupad utredning/behandling. Detta mål går ut över behandlingsinsatser och arbete med mer komplexa ärenden menar flera. Både landsting som klarat och landsting som inte klarat den förstärkta vårdgarantin uttrycker en oro över negativa effekter.

- Samlad kunskap om vårdresultat och andra kvalitetsaspekter saknas till stor del inom barn- och ungdomspsykiatri. Det måste anses centralt att detta område utvecklas. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att utveckla grunddata och indikatorer för att följa och belysa kvalitet och effektivitet i vård och omsorg om barn och unga med psykisk ohälsa.
- Landstingen har fortsatta rekryterings- och bemanningsproblem. Alla landsting berörs. Nationella och regionala strategier behöver utvecklas för att snabbare få en förändring till stånd.

Referenser

1. Uppdrag om insatser inom området psykisk ohälsa. Regeringsbeslut I:4 2012-05-24
2. Godkännande av överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Regeringsbeslut nr I:7 2011-12-15.
3. Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Regeringsbeslut nr I:7 2009-02-26.
4. Satsning på landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa 2007. Socialstyrelsen; 2008.
5. Satsning på hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa 2008. Socialstyrelsen; 2009.
6. Satsning på en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2009. Socialstyrelsen; 2010.
7. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Uppföljning av 2010 års statsbidrag för en förstärkt vårdgaranti. Socialstyrelsen; 2011.
8. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011. Socialstyrelsen; 2012.
9. PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012 – 2016. Regeringskansliet, Socialdepartementet; 25 maj 2012.
10. Godkännande av överenskommelse om riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013. Regeringsbeslut nr I:8 2012-12-13.
11. Godkännande av överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Regeringsbeslut nr I:28 2010-12-22.
12. Godkännande av en överenskommelse om intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa. Regeringsbeslut I:10 2011-06-22.
13. Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga. Slutredovisning för perioden 2009 – 2011. SKL, januari 2012.
14. Godkännande av en överenskommelse om ett handlingsprogram för att utveckla kunskapen om och vården av unga med självskadebeteende. Regeringsbeslut nr I:8 2011-10-13
15. Fördjupad psykiatriutbildning för AT-läkare – Uppföljning av ett försök inom två sjukvårds-regioner med låg tillgång till specialister inom psykiatri. Delrapport 2013. Socialstyrelsen; 2013.
16. METIS-projektet – Uppföljning av SK-kurser i psykiatri 2007–2012 – slutrapport. Socialstyrelsen; 2013.
17. Stöd för utvecklingen av psykoterapeutisk kompetens. Slutrapport om statsbidrag till landstingen 2009–2012. Socialstyrelsen; 2013.

18. Ökad kompetens inom evidensbaserad psykologisk behandling – Slutredovisning av utbetalda medel 2011 och 2012. Socialstyrelsen; 2013.
19. Information 2010-05-31; Frivilligt väntande/patientvald väntan. Riktlinjer för frivilligt väntande/patientvald väntan. Det nationella vårdgarantiarbetet. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
20. Granskning av hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och uppföljning av BUP. Landstingsrevisionen. Rapport nr 21/2011. Västerbottens läns landsting; februari 2012.
21. Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården. Barn- och ungdomspsykiatri. SKL; dnr 08/3748 2011-03-08.
22. Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Socialstyrelsen; 2013.
23. Vårdgaranti och kömiljard. Uppföljning 2012. Socialstyrelsen; 2013.
24. Nationella planeringsstödet 2013. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Socialstyrelsen; 2013.
25. Tillgång på specialistläkare 2010. Socialstyrelsen; 2012.

Bilaga 1. Väntetider till första besök BUP

Tabell 1: Totalt antal väntande, andel som väntat längre än 90 dagar samt andel patientvald väntan till första besök till barn- och ungdomspsykiatri. Samtliga landsting i mars 2010, mars 2011, mars 2012, mars 2013 samt maj 2013. Källa: Sveriges kommuner och landsting. Väntetider i vården.

Landsting	Mars 2010			Mars 2011			Mars 2012			Mars 2013			Maj 2013		
	Totalt antal väntande	Andel som väntat >90 dgr	Andel patient-ent-vald väntan	Totalt antal väntande	Andel som väntat >90 dgr	Andel patient-vald väntan	Totalt antal väntande	Andel som väntat >90 dgr	Andel patient-vald väntan	Totalt antal väntande	Andel som väntat >90 dgr	Andel patient-vald väntan	Totalt antal väntande	Andel som väntat >90 dgr	Andel patient-vald väntan
Stockholm	1345	0,8	9,7	1486	0,5	8,3	1385	0	12,3	1632	1,0	14,7	1706	1,6	15,2
Uppsala	153	0	28,1	76	0	1,3	67	0	3,0	86	0	4,7	54	0	3,7
Sörmland	90	0	35,6	106	0,9	1,9	91	1,1	3,3	29	0	0	98	0	4,1
Östergötland	67	0	13,4	94	1,1	1,1	149	0	1,3	121	3,3	0	107	0	2,8
Jönköping	70	0	24,3	77	0	0	67	0	0	62	0	0	60	0	0
Kronoberg	49	0	2,0	49	0	0	60	0	0	32	0	0	34	0	0
Kalmar	98	0	14,3	76	0	1,3	71	0	1,4	68	0	4,4	64	0	0
Gotland	6	0	16,7	31	0	0	27	0	0	33	0	0	13	0	0
Blekinge	50	0	42,0	47	0	2,1	49	0	0	50	0	0	57	0	0
Skåne	381	0	27,8	449	0,4	0,2	517	0,2	0,8	499	0	1,0	526	0,2	1,0
Halland	107	0,9	9,3	122	0	6,6	109	0	1,8	62	0	6,5	52	1,9	3,8
Västra Götaland	293	0	9,6	364	1,1	0	294	0,7	0,3	396	1,0	1,0	390	1,5	0,5
Värmland	130	0	10,0	91	0	1,1	115	0	0	189	29,1	2,6	366	46,2	3,0
Örebro	143	0,7	7,0	49	6,1	8,2	30	0	0	51	0	2,0	61	0	0
Västmanland	76	0	11,8	82	1,2	1,2	86	1,2	1,2	100	0	0	115	0	0
Dalarna	77	0	22,1	176	6,3	2,8	98	1,0	0	112	19,6	0,9	140	2,1	2,1
Gävleborg	71	0	25,4	98	0	0	141	2,1	1,4	89	0	0	123	0	0
Västernorrland	75	0	5,3	62	0	0	60	0	0	69	0	1,4	72	0	0
Jämtland	52	0	11,5	64	0	3,1	42	0	2,4	60	0	3,3	46	0	4,3
Västerbotten	190	17,9	2,1	248	16,1	7,3	246	17,5	5,3	191	30,4	1,0	187	22,5	1,6
Norrbottn	65	1,5	38,5	51	0	0	53	0	0	39	0	2,6	61	0	0
Riket	3588	1,3	14,5	3898	1,8	4,3	3757	1,4	5,4	3970	4,0	6,9	4332	5,8	6,8

Bilaga 2. Fördelning av statsbidrag 2012

Tabell: Resultat från databasen Väntetider i vården för 2012-10-31

Landsting	Första bedömning inom 30 dagar		Fördjupad behandling eller utredning inom 30 dagar		Sammanlagt bidrag för utbetalning i dec 2012
	Resultat %	Bidrag kr	Resultat %	Bidrag kr	Bidrag kr
Stockholm	91	27 757 135	68	0	27 757 135
Uppsala	95	4 467 087	93	5 996 371	10 433 458
Södermanland	95	3 591 041	99	4 796 298	8 387 339
Östergötland	99	5 671 765	98	7 575 374	13 247 139
Jönköping	91	4 435 254	94	5 923 855	10 359 109
Kronoberg	90	2 430 255	65	0	2 430 255
Kalmar	99	3 055 071	97	4 080 442	7 135 513
Gotland	97	751 688	99	1 003 976	1 755 664
Blekinge	98	1 999 133	98	2 670 100	4 669 233
Skåne	90	16 511 080	92	22 052 678	38 563 758
Halland	96	3 977 799	72	0	3 977 799
Västra Götaland	92	20 926 470	86	27 950 001	48 876 471
Värmland	69	0	94	4 776 291	4 776 291
Örebro	85	0	85	4 943 419	4 943 419
Västmanland	96	3 350 194	87	4 474 617	7 824 811
Dalarna	63	0	77	0	0
Gävleborg	84	0	70	0	0
Västernorrland	91	3 169 281	95	4 232 984	7 402 265
Jämtland	95	1 651 959	98	2 206 405	3 858 364
Västerbotten	32	0	33	0	0
Norrbotten	91	3 254 788	89	4 347 189	7 601 977
Summa		107 000 000		107 000 000	214 000 000

Bilaga 3. Faktablad landstingens verksamheter

Stockholm

Stockholms län

Befolkningsmängd 31 december 2012

2 127 006 personer

Antal kommuner

Tjugosex kommuner

varav befolkningsrikast

Stockholms kommun, 881 235 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Stockholms läns landsting är indelat i olika sjukhusområden och i en central förvaltning för de landstingsdrivna verksamheter som sker utanför akutsjukhusen, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). SLSO ansvarar för primärvård, barn- och ungdomspsykiatri, allmänpsykiatri, habilitering, avancerad hemsjukvård, hjälpmedelsverksamhet samt geriatrik.

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är en länsövergripande division inom SLSO. BUP-divisionen är indelad i fyra geografiska verksamhetsområden med tre till fyra öppenvårdsmottagningar i varje verksamhetsområde. I länet finns sammanlagt 14 landstingsdrivna öppenvårdsmottagningar.

Privata aktörer

Stockholms läns landsting har avtal med flera privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri. Landstinget har till exempel avtal med Ericastiftelsen, en länsövergripande barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning som är inriktad på individualpsykoterapi parallellt med föräldrastöd och konsultation. Landstinget har också avtal med Prima barn- och vuxenpsykiatri AB som driver en mottagning för barn och unga med tvångssyndrom (OCD) och tre lokala öppenvårdsmottagningar.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

Barn med misstänkt adhd utreds både inom barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) och inom BUP.

BUP ansvarar för autismspektrumutredningar. Oavsett var den neuropsykiatriska utredningen genomförs, behåller den som utrett barnet behandlingsansvaret för barnet eller ungdomen.

Heldygnsvård

Landstinget har totalt 27 vårdplatser för barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård lokaliserad i anslutning till Södersjukhuset i Stockholm. Hel-

dygnsvården består av två vårdavdelningar och platser i lägenhetsvård. Dessutom finns akutmottagning samt två mindre specialenheter för dagvård och öppenvård.

Verksamhet för ”unga vuxna”

I länet finns två enheter som bedriver verksamhet för ”unga vuxna”, i Södertälje och i södra Stockholm. Enheten i Södertälje består av en mottagning för ungdomar i åldern 18–24 år och är ett samarbete mellan allmänpsykiatri, BUP och socialtjänsten. Enheten i södra Stockholm består av tre mottagningar för ungdomar i åldern 18–20 år med huvudsaklig uppgift att fungera som fördelningsstationer för vidare hänvisning till allmänpsykiatri eller till BUP.

”Första linje” inom landstinget

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har arbetat med ett uppdrag att ta fram en uppdragsbeskrivning för barn med lindrig psykisk ohälsa som behöver sjukvårdsinsatser.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

En övergripande samverkansöverenskommelse med Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) kring barn och unga med psykisk ohälsa har tagits fram och godkänts av Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN) i maj 2012. Som komplement till den övergripande överenskommelsen skulle tydliga rutiner i samverkan med skolan behöva utvecklas.

Uppsala

Uppsala län

Befolkningsmängd 31 december 2012

341 977 personer

Antal kommuner

Åtta kommuner

varav befolkningsrikast

Uppsala kommun, 202 625 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstingets specialiserade psykiatriska verksamheter utgör en psykiatridivision inom förvaltningen Akademiska sjukhuset. Barn- och ungdomspsykiatri är en länsövergripande klinik med öppenvårdsmottagningar på fyra geografiska platser i länet, Enköping, Tierp, Uppsala och Östhammar.

Privata aktörer

Landstinget har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

BUP ansvarar för utredning av barn och unga med frågeställningar kring adhd. BUP genomför också autismspektrumutredningar när det gäller äldre barn och ungdomar. Vid samtidig misstanke om utvecklingsstörning övergår dock utrednings- och behandlingsansvar till barn- och ungdomshabiliteringen (BUH).

BUH ansvarar för utredning och behandling av små barn med autismspektrumstörning. BUH har vid behov möjlighet att konsultera BUP:s barnpsykiater.

Heldygnsvård

Inom BUP finns en akutavdelning med sex vårdplatser för heldygnsvård. Avdelningen är förlagd till Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Verksamhet för "unga vuxna"

I Uppsala kommun finns en unga vuxna mottagning (Ungdomspsykiatriska mottagningen) som landstinget bedriver tillsammans med gymnasieskolan i Uppsala kommun.

"Första linje" inom landstinget

I primärvårdens uppdrag ingår att vara första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Idag finns 14,5 psykologtjänster inom primärvården med uppdrag kring barn och unga inklusive psykisk hälsa. Psykologtjänsterna är uppdelade mellan vårdcentraler och ungdomsmottagningar och är geografiskt placerade baserade på befolkningsunderlag. Distriktsläkare och landstingets centrala telefonrådgivning remitterar till psykologerna i primärvården.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har träffat en länsövergripande överenskommelse med samtliga kommuner i länet om samarbete gällande personer med psykisk ohälsa, där även skolan och elevhälsan ingår. Utifrån den länsövergripande överenskommelsen har lokala samarbetsavtal antagits i samtliga kommuner där ansvarsfördelning och gränsdragningar tydliggörs.

Samverkan med kommunen kring barn och unga med psykisk ohälsa startade 2000 i och med projektet Vardagsnära Insatser med Tydlig Samverkan (VITS). Idag är projekten permanentade och finns i samtliga kommuner.

Sörmland

Sörmlands län

Befolkningsmängd 31 december 2012

274 723 personer

Antal kommuner

Nio kommuner

varav befolkningsrikast

Eskilstuna, 98 765 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i landstinget är indelad i divisionerna kirurgi, medicin, primärvård, psykiatri och medicinsk service. Barn- och ungdomspsykiatri återfinns inom division psykiatri.

Sedan den 1 september 2012 är BUP en länsklirik. Öppenvårdsmottagningar finns på tre platser i länet, Eskilstuna, Nyköping och Katrineholm.

Privata aktörer

Landstinget har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

BUP och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) har ett uppdrag av landstingsdirektören att se över vårdkedjan för barn och unga med neuropsykiatriska funktionstillstånd. Projektet är pågående med flera delprojekt. Ett förslag om ansvarsområden ska lämnas hösten 2013.

Enligt den nuvarande ordningen ingår i BUP:s uppdrag att genomföra utredningar av adhd. BUP ansvarar även för behandling och uppföljning vid adhd-diagnos. BUH ansvarar för utredningar av autismspektrumstörningar och för behandling och stöd efter diagnos. BUH ansvarar även för adhd-utredningar där misstanke finns om samtidig utvecklingsstörning.

Inom vårdkedjeprosjektet för neuropsykiatriska funktionstillstånd finns ett delprojekt, en samverkansenhet, med personal från BUP, BUH samt barn-neurologkompetens. Samverkansenheten diskuterar komplexa ärenden för att undvika gränsdragningsproblem och hitta gemensamma lösningar.

Heldygnsvård

Landstinget har inga vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård av barn och unga. För patienter med bedömt behov av heldygnsvård har landstinget en samverkansöverenskommelse med BUP Västmanland. Sörmland har möjlighet att remittera patienter till inskrivning i slutenvård på Västerås sjukhus på samma indikationer som gäller för patienter i Västmanland.

Vid behov av heldygnsvård för patienter med ätstörningsproblematik finns möjlighet att skriva in framför allt äldre ungdomar inom allmänpsykiatriens slutenvård lokalt.

Verksamhet för "unga vuxna"

I Nyköping finns en samtalsmottagning för "unga vuxna" i åldrarna 16–23 år.

"Första linje" inom landstinget

En projektledare är tillsatt av landstingsdirektören för att arbeta fram ett förslag på hur en första linjeverksamhet skulle kunna se ut. Arbetet sker i samverkan med kommunerna i länet. Politisk förankring hos landstings- och kommunalpolitiker pågår.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har träffat en länsövergripande överenskommelse med länets samtliga kommuner om elevhälsans ansvar. Överenskommelsen reglerar samverkan och finns specificerad för samtliga kommuner i länet. Överenskommelsen, Hjälpredan, revideras kontinuerligt. Skolverket är medaktör i samverkan.

I samtliga kommuner finns VITS-grupper (Vardagsnära Insatser med Tydlig Samverkan) som ger möjlighet till diskussion och samverkan mellan kommun och BUP i enskilda ärenden.

Östergötland

Östergötlands län

Befolkningsmängd 31 december 2012

433 784 personer

Antal kommuner

Tretton kommuner

varav befolkningsrikast

Linköpings kommun, 148 521 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstinget är indelat i tre länsdelar; östra, västra och centrala länsdelen. Varje länsdel utgör ett eget närsjukvårdsområde som består av ett flertal verksamhetsområden, inklusive barn- och ungdomspsykiatri. Finspång utgör ett eget närsjukvårdsområde men har ingen barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Finspång tillhör den östra länsdelens psykiatriska verksamhet.

I den centrala länsdelen har BUP ett länsövergripande uppdrag med bland annat slutenvård och ett öppenvårdsuppdrag. Landstingsdrivna BUP är självständiga kliniker inom respektive närsjukvårdsområde, där även allmänpsykiatri ingår. I den västra länsdelen är BUP privat driven. Öppenvårdsmottagningar finns i Norrköping, Linköping, Mjölby, Motala och Åtvidaberg. Mottagningarna Mjölby, Motala och Åtvidaberg är privata.

I landstinget finns ett psykiatrinätverk för att samordna den psykiatriska verksamheten.

Privata aktörer

I den västra länsdelen bedrivs BUP:s två öppenvårdsmottagningar i Mjölby och Motala av Psykiatripartners Barn och Ungdom på landstingets uppdrag. I den centrala länsdelen, i Åtvidaberg, finns en tredje privat BUP-mottagning som drivs av Barn och familjepedagogiskt centrum.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

I april 2012 fastställde landstinget ett länsövergripande vårdprocessprogram gällande neuropsykiatriska diagnoser. I den centrala länsdelen ansvarar BUP för utredningar med frågeställningar kring adhd medan barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) ansvarar för autismspektrumutredningar. I övriga länet ansvarar BUP för utredningar.

I den östra länsdelen ansvarar BUP för behandling vid adhd och autismspektrumtillstånd. I den centrala och västra länsdelen ansvarar BUP för behandling vid adhd, medan BUH ansvarar för behandling vid autismspektrumtillstånd.

Heldygnsvård

Vid Linköpings universitetssjukhus finns en avdelning för psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga med sex vårdplatser.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget driver tillsammans med kommunerna Ungdomshälsan i samtliga större kommuner och i en del mindre kommuner. Verksamheten är en utveckling av ungdomsmottagningarna och betraktas som en första linje verksamhet. Ungdomshälsan riktar sig till ungdomar upp till 25 år.

"Första linje" inom landstinget

Förutom Ungdomshälsan har landstinget drivit Barnhälsan i projektform i Motala, Norrköping och Linköping för barn i åldern 6–12 år. Barnhälsan har permanentats under 2013 och fick i och med det en ramhöjning på 7,5 miljoner kronor. Barnhälsan finns idag även i Mjölby, Söderköping och Valdemarsvik där de är samlokaliserade med familjecentralen. Barnhälsan är organisatoriskt placerad inom närsjukvården.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Östergötland har inte slutit något länsövergripande samverkansavtal med skolorna i länet om elevhälsans ansvar. Hur samverkan fungerar i praktiken varierar mellan olika kommuner och mellan olika skolor i länet. I Linköping finns till exempel ett samarbetsavtal mellan skolförvaltningen, BUP och BUH.

I länet finns ett samverkansnätverk, Barnuppdraget, med representanter från både landstinget och kommunerna, inklusive skolan.

Jönköping

Jönköpings län

Befolkningsmängd 31 december 2012

339 116 personer

Antal kommuner

Tretton kommuner

varav befolkningsrikast

Jönköpings kommun, 129 478 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstingets specialiserade hälso- och sjukvård är indelad i tre sjukvårdsområden; Jönköping, Högländ och Värnamo. Landstingets specialiserade psykiatriverksamhet, inklusive barn- och ungdomspsykiatri, återfinns inom de tre sjukvårdsområdena.

I Jönköpings sjukvårdsområde utgör BUP en egen klinik. I sjukvårdsområdena Högländ och Värnamo ingår BUP i den psykiatriska kliniken. Verksamhetscheferna och de medicinskt ansvariga för psykiatri, inklusive BUP, träffas regelbundet i en länsledningsgrupp.

Privata aktörer

Landstinget har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

Neuropsykiatriska utredningar genomförs på samtliga BUP-mottagningar i landstinget. Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) ansvarar för neuropsykiatriska utredningar vid samtidig misstanke om utvecklingsstörning, allvarlig språkstörning eller svåra motoriska problem.

BUP ansvarar även för behandling av neuropsykiatriska funktionstillstånd efter fastställd diagnos. Vid samtidig utvecklingsstörning eller grav språkstörning övergår behandlingsansvar till BUH.

Heldygnsvård

Den psykiatriska heldygnsvården för barn och unga finns i Jönköpings sjukvårdsområde, på Ryhovs sjukhus. Vårdavdelningen har fyra vårdplatser, med möjlighet att öppna ytterligare två vårdplatser vid behov.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

Behandling av lättare till måttlig psykisk ohälsa hos barn och unga ingår i primärvårdens uppdrag. Landstinget har tagit fram Faktadokument (allmänt kliniskt kunskapsstöd) för barn och unga med psykisk ohälsa. Faktadoku-

menten finns för tio diagnoser och innehåller bland annat information om utrednings- och behandlingsansvar per diagnos.

I Jönköpings sjukvårdsområde finns Barn- och ungdomshälsan sedan 2012. Verksamheten är en första linjeverksamhet som drivs av kommun och landsting tillsammans. Mottagningen bemannas av psykolog, barnläkare, socionom, arbetsterapeut, dietist, logoped och sjukgymnast. Barn- och ungdomshälsan är samlokaliserad med familjecentralen och en lokal barn- och ungdomsmedicinsk mottagning. Arbeta pågår för att starta upp liknande verksamheter i sjukvårdsområdena Höglandet och Värnamo.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget i Jönköpings län har inte slutit något länsövergripande samverkansavtal med elevhälsan i länets kommuner.

En länsövergripande etablerad samverkansmodell, Barndialogen, finns mellan kommunerna och landstinget. Arbetet i Barndialogen är uppdelat i olika processer, varav en process är barns psykiska hälsa.

Utifrån Faktadokumentet pågår ett arbete med att hitta samverkansformer och definiera ansvarsgränser. En samverkansgrupp har bildats med representanter från de tre sjukvårdsområdena och kommunerna, inklusive skolan.

Kronoberg

Kronobergs län

Befolkningsmängd 31 december 2012

185 887 personer

Antal kommuner

Ätta kommuner

varav befolkningsrikast

Växjö kommun, 84 800 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstinget har en centrumorganisation. Barn- och ungdomspsykiatrien ingår i Barn- och kvinnocentrum tillsammans med barn- och ungdomshabiliteringen, barn- och ungdomskliniken och kvinnokliniken.

BUP är en länsklirik med två öppenvårdsmottagningar; i Växjö och Ljungby.

Privata aktörer

Landstinget har avtal med en privat aktör inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

Den 1 september 2012 startade en neuropsykiatrisk enhet (NU) inom BUP. I NU-enhetens uppdrag ingår utredning och efterföljande behandling av neuropsykiatrisk problematik. Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) samarbetar med NU-enheten vilket innebär att det diagnostiska uppdraget ligger inom NU-enheten för såväl NU-enheten som för barn och ungdomshabilite-

ringen. Vid utvecklingsstörning och autism övergår behandlingsansvar till BUH.

Heldygnsvård

BUP har ingen egen vårdavdelning för psykiatrisk heldygnsvård. Istället abonnerar BUP på en vårdplats inom Region Hallands barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvård. Platsen ska användas vid tvångsvård eller för patienter med allvarligt utåtagerande och aggressivt beteende. BUP har även tillgång till två vårdplatser på barnkliniken i landstinget. Platsen används framför allt vid suicidrisk eller ätstörningssjukdom.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

I september 2012 startade Barn- och ungdomshälsan (BoUH), en första linje verksamhet för barn i åldrarna 7–18 år med lättare psykisk ohälsa. BoUH tillhör Barn och ungdomskliniken rent organisatoriskt men är lokaliserad centralt i Växjö. På BoUH kan ungdomen få mellan fem–sex samtalsbesök. Verksamheten samverkar med skolor och elevhälsan.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har slutit ett övergripande samverkansavtal med samtliga kommuner i länet om elevhälsan. Avtalet berör framför allt ansvarsfördelning vid neuropsykiatriska frågeställningar hos barn och unga. Samverkansavtalet är under revidering. Förhoppningen är att det nya avtalet kommer att ha en bredare ansats och utgå från både Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, och Socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

Kalmar

Kalmar län

Befolkningsmängd 31 december 2012

233 548 personer

Antal kommuner

Tolv kommuner

varav befolkningsrikast

Kalmar kommun, 63 671 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

I landstinget finns en psykiatriförvaltning för all specialiserad psykiatrisk verksamhet.

BUP är en länsövergripande klinik som är indelad i BUP Söder och BUP Norr. I respektive område finns två öppenvårdsmottagningar, Kalmar, Västervik, Oskarshamn och Vimmerby.

Privata aktörer

Landstinget har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

Landstingsledningen driver en översyn av neuropsykiatriprocessen som ska resultera i ett förslag i slutet av 2013.

Idag ansvarar BUP för utredning av samtliga neuropsykiatriska frågeställningar. Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) ansvarar för utredningar där samtidig misstanke finns om utvecklingsstörning. BUP är även huvudansvarig för neuropsykiatriska behandlingar.

Heldygnsvård

Den psykiatriska heldygnsvården för barn och unga finns vid länssjukhuset i Kalmar. Vårdavdelningen har fyra vårdplatser.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

Efter sommaren 2013 ska ett förslag presenteras för landstingsfullmäktige om hur första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga kan organiseras.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Ett länsövergripande samverkansdokument mellan landstinget och kommunerna i länet har arbetats fram och kommer att beslutas i juni 2013. Dokumentet innehåller bland annat riktlinjer för remitteringsrutiner mellan organisationerna.

Gotland

Gotland	
Befolkningsmängd 31 december 2012	57 241 personer
Antal kommuner	En kommun
varav befolkningsrikast	Gotlands kommun, 57 241 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Hälso- och sjukvården i region Gotland är organiserad i en så kallad matrisorganisation. Sedan 2012 finns regionens psykiatriska verksamhet i ett eget verksamhetsområde där både barn- och ungdomspsykiatri och allmänpsykiatri ingår.

BUP består av en öppenvårdsmottagning, geografiskt placerad i Visby.

Privata aktörer

Regionen har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

Utredning och behandling av neuropsykiatriska funktionstillstånd ingår i BUP:s uppdrag i Region Gotland. Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) ansvarar för små barn vid misstanke om samtidig utvecklingsstörning.

Heldygnsvård

BUP har inga egna vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård. Vid behov av heldygnsvård för mindre barn och för patienter med ätstörningsproblematik finns möjlighet till inskrivning vid barn- och ungdomsmedicinkliniken. Äldre tonåringar kan vårdas inom allmänpsykiatri.

Verksamhet för "unga vuxna"

Regionen har ingen särskild verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

BUP fick överta primärvårdens uppdrag att vara "Första linjen sjukvård" för psykisk ohälsa 2011. BUP har både uppdragen första linjen och specialist-verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Barn- och ungdomspsykiatri inom region Gotland har inte träffat något övergripande samverkansavtal med skolorna i regionen. Hur väl samverkan fungerar med enskilda skolor i praktiken varierar.

Inom ett nätverk, Barnnätverket, bestående av representanter från landsting och kommuner pågår ett arbete kring skolans ansvarsområde och gränsdragningar mellan verksamheter.

Blekinge

Blekinge län

Befolkningsmängd 31 december 2012

152 315 personer

Antal kommuner

Fem kommuner

varav befolkningsrikast

Karlskrona, 63 691 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Blekinge läns landsting är indelat i fem förvaltningar. Barn- och ungdomspsykiatri finns tillsammans med vuxenpsykiatri och habiliteringen inom förvaltningen Psykiatri och Habilitering.

BUP är en länsverksamhet som finns på tre platser i länet, Karlshamn, Ronneby och Karlskrona.

Privata aktörer

Landstinget har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

Ett samverkansdokument finns mellan BUP och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) vad gäller ansvarsfördelning vid utredning och behandling av neuropsykiatriska tillstånd. BUP ansvarar för utredning och behandling av adhd. BUH ansvarar för autismspektrumutredningar och behandling efter fastställd diagnos. BUH ansvarar även för utredningar vid misstanke om samtidig utvecklingsstörning.

En översyn av samverkansdokumentet och ansvarsfördelningen pågår.

Heldygnsvård

BUP har två vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård öppna fem dagar i veckan. Vid behov av vård under helger, finns möjlighet att använda en av vuxenpsykiatrins lägenheter anpassad till psykiatrisk heldygnsvård. Vårdinsatser ges av personal från BUP.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

I oktober 2012 antogs ett samverkansavtal som tydliggör ansvarsfördelningen mellan primärvården och BUP. Enligt samverkansdokumentet har primärvården ansvar för lättare till måttlig psykisk ohälsa hos barn och unga. Primärvården har utbildat kuratorer i KBT och grundläggande psykoterapi för att klara uppdraget.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Ett samverkansdokument finns mellan BUP, barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) och elevhälsan kring ansvarsfördelning och uppdrag vid neuropsykiatriska utredningar.

Kontinuerliga samverkansmöten genomförs mellan BUP och elevhälsan kring enskilda ärenden som bedöms vara särskilt komplexa.

Skåne

Region Skåne

Befolkningsmängd 31 december 2012

1 263 088 personer

Antal kommuner

Trettiofyre kommuner

varav befolkningsrikast

Malmö kommun, 307 758 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Den 1 maj 2013 gjordes en omorganisation av regionens verksamheter. Psykiatriförvaltningen, som tidigare var en egen förvaltning, ingår nu i förvaltningen Skånevård Sund tillsammans med bland annat sjukhus och primärvården.

Barn- och ungdomspsykiatri fortsätter som en regionalt sammanhållen organisation (utgör en division) inom förvaltningen Skånevård Sund. BUP är indelad med fyra geografiska verksamhetsområden för öppenvård och ett verksamhetsområde för den Regionala slutenvården. Inom varje verksamhetsområde finns flera öppenvårdsmottagningar, totalt finns elva mottagningar i regionen.

Privata aktörer

Landstinget har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri sedan ett avtal med en privat aktör löpt ut under våren 2013.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

Ett samverkansavtal slöts i maj 2012 mellan BUP och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) som tydliggör verksamheternas uppdrag och ansvarsområden. BUP ansvarar för utredning och diagnossättning vid adhd och autismspektrumtillstånd. I BUH:s uppdrag ingår behandling och habilitering vid autismspektrumtillstånd. Vid eventuell psykisk ohälsa övergår behandlingsansvar till BUP.

Heldygnsvård

Region Skånes psykiatriska heldygnsvård för barn och unga är placerad i Malmö. Heldygnsvården består av en akutavdelning med elva vårdplatser, en behandlingsavdelning med sex vårdplatser och en utredningsavdelning med fyra vårdplatser. BUP driver även ett behandlingshem med integrerad högstadieskola i Malmö.

Verksamhet för "unga vuxna"

Region Skåne driver en unga vuxna verksamhet i Helsingborg för ungdomar i åldern 18–24 år. Syftet med verksamheten är att tidigt fånga upp psykisk ohälsa hos ungdomar, att arbeta förebyggande och kunna behandla me-

delsvår psykisk ohälsa. I Malmö och Lund finns även två andra projekt som riktar sig till Unga Vuxna inom ramen för FINSAM.

"Första linje" inom landstinget

Den 1 juli 2013 ska landstinget starta minst fyra första linjemottagningar. Mottagningarna kommer att tillhöra BUP organisatoriskt men inte vara samlokaliserade med BUP:s öppenvårdsmottagningar. Mottagningarna ska bemannas av multidisciplinära team bestående av psykolog, socialsekreterare och kurator. Läkare kommer att knytas till mottagningen på konsultbasis.

Regionen har avsatt 12 miljoner kronor per år för satsningen.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

I regionen har det tagits fram en ramöverenskommelse mellan landstinget och samtliga kommuner, där skolan ingår. Region Skåne och Kommunförbundet Skåne fattar beslut om överenskommelsen i juni 2013.

Halland

Region Halland

Befolkningsmängd 31 december 2012

304 116 personer

Antal kommuner

Sex kommuner

varav befolkningsrikast

Halmstad kommun, 93 231 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Den 1 januari 2012 blev Halland en egen region, vilket medförde organisationsförändringar av hälso- och sjukvården. Idag är hälso- sjukvården i regionen indelad i tre driftsnämnder. BUP ingår i driftsnämnden Psykiatri.

BUP är en länsklirik med öppenvårdsmottagningar i samtliga sex kommuner.

Privata aktörer

Region Halland har avtal med Capio Anorexicenter i Varberg för patienter med svår ätstörningsproblematik.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

I region Halland ansvarar BUP för utredning och behandling av neuropsykiatriska tillstånd. Ansvaret övergår till barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) vid misstanke om samtidig utvecklingsstörning.

Ett samverkansavtal om ansvarsgränser mellan BUP och (BUH) har tagits fram av verksamheterna och reviderades 2012. Under 2013 pågår en utvärdering av detta dokument då gränsdragningsproblematik uppstått när denna patientgrupp kraftigt ökat i omfattning.

Heldygnsvård

Region Halland har sex vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga vid Halmstads sjukhus.

Verksamhet för "unga vuxna"

BUP och allmänpsykiatri driver gemensamt fyra ungdomspsykiatriska mottagningar (UPM) i regionen för ungdomar i åldern 16–25 år. Mottagningarna finns placerade i Falkenberg, Kungsbacka, Varberg och Halmstad. Ett arbete pågår under 2013 med att se över mottagningarnas uppdrag.

"Första linje" inom landstinget

Närsjukvården har uppdrag att arbeta med lindrig till måttlig psykisk ohälsa hos barn och unga.

Under hösten 2013 ska närsjukvården tillsammans med BUP påbörja ett arbete kring en handläggningsöverenskommelse.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Ett samverkansavtal finns mellan hälso- och sjukvårdens verksamheter och kommunerna kring barn och ungas psykiska ohälsa. Elevhälsan ingår i detta avtal. Hur samverkan ser ut i praktiken varierar mellan olika kommuner och skolor i regionen. En utvärdering av samverkansavtalet pågår.

Västra Götaland

Västra Götalandsregionen

Befolkningsmängd 31 december 2012

1 600 447 personer

Antal kommuner

Fyrtionio kommuner

varav befolkningsrikast

Göteborg kommun, 526 089 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Västra Götalandsregionen är indelad i fem sjukvårdsområden. Den specialiserade psykiatriska verksamheten finns inom de fem sjukvårdsområdena.

Inom NU-sjukvården, Skaraborgs sjukhus och vid Sahlgrenska sjukhusområdet ingår BUP i förvaltningar där också barnsjukvård och kvinnosjukvård finns. Vid Södra Älvsborgs sjukhus utgör BUP en egen klinik och vid Kungälv's sjukhus ingår BUP i en psykiatrförvaltning tillsammans med allmänpsykiatri.

I regionen finns 22 öppenvårdsmottagningar fördelade på de 5 sjukvårdsområdena.

För BUP:s verksamhet finns ett medicinskt sektorsråd där de fem verksamhetscheferna för BUP deltar.

Privata aktörer

Regionen har slutit avtal med en privat verksamhet för adhd-utredningar. Avtalet går ut i december 2013.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

I Västra Götalandsregionen har beslut fattats om att utredning och behandling av adhd ingår i BUP:s uppdrag. BUP ansvarar även för utredning av autismspektrumtillstånd medan behandlingsansvaret övergår till Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH). Ett arbete pågår inom regionen med att se över ansvarsområden och ansvarsgränser för neuropsykiatriska funktions-tillstånd.

Heldygnsvård

I regionen finns sammanlagt 39 vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga. Inom fyra av sjukvårdsområdena finns avdelningar för heldygnsvård med sammanlagt 24 vårdplatser; NU-sjukvården (sju pl), Sahlgrenska universitetssjukhuset (sju pl), Södra Älvsborgs sjukhus (sex pl) och Skaraborgs sjukhus (fyra pl). Vid Sahlgrenska universitetssjukhuset finns även en vårdavdelning för korttidsvård med sju vårdplatser och en region-gemensam avdelning för heldygnsvård vid allvarlig ätstörningsproblematik med åtta vårdplatser för patienter mellan 16–25 år.

Vid Sahlgrenska finns även en regiongemensam avgiftningsavdelning med åtta vårdplatser inom beroendekliniken/SU för personer upp till 21 år.

Verksamhet för ”unga vuxna”

Se rubriken Heldygnsvård för verksamheter för unga vuxna.

Beslutad ”första linje” inom landstinget

Regionen har tagit fram riktlinjer för samarbetet mellan olika verksamheter inom regionen som möter barn och unga med psykisk ohälsa. Riktlinjerna tydliggör både primärvårdens och BUP:s ansvar för målgruppen vad gäller identifikation, utredning och behandling av psykisk ohälsa.

Ett arbete pågår inom regionen med att revidera riktlinjerna och ytterligare förtydliga verksamheternas ansvarsområden och ansvarsgränser.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Västbus är ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna kring barn och unga med psykisk ohälsa och social problematik, där skolan ingår. I Västbussamarbetet togs riktlinjer fram 2005 som fastställde skolans respektive BUP:s ansvar för barn och unga med psykisk ohälsa. Riktlinjerna reviderades 2012. Ett dokument har också beslutats kring skolans ansvar för utredning av barn och ungas psykiska ohälsa och i vilket skede remiss bör skickas till BUP. Arbetet inom Västbus har bidragit till att det idag finns en

tydlig ansvarsfördelning mellan verksamheterna, och riktlinjerna har legitimitet i verksamheter på lokal nivå.

Värmland

Värmlands län

Befolkningsmängd 31 december 2012

273 080 personer

Antal kommuner

Sexton kommuner

varav befolkningsrikast

Karlstad kommun, 86 929 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstinget är organisatoriskt indelat i divisioner. Barn- och ungdomspsykiatri tillhör Division Psykiatri tillsammans med bland annat allmänpsykiatri och en länsövergripande enhet där Centrum för ätstörningar och Centrum för traumatisk stress finns.

BUP:s huvudmottagning är placerad i Karlstad. Mindre öppenvårdsmottagningar finns även på sex andra geografiska platser i länet. Dessa bemannas av personal från Karlstad några gånger i veckan.

Privata aktörer

Landstinget har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

Inom BUP finns en länsövergripande neuropsykiatrisk utredningsenhet (NP-enheten). I enhetens uppdrag ingår att genomföra neuropsykiatriska utredningar, såsom adhd- och autismspektrumutredningar. BUP ansvarar också för kompletterande utredningar vid misstanke om autism på barn som tillhör barn- och ungdomshabiliteringens (BUH) målgrupp.

Efter fastställd neuropsykiatrisk diagnos övergår behandlingsansvaret till enheten för neuropsykiatrisk behandling och rehabilitering inom BUP. BUH ansvarar för behandling av autismspektrumtillstånd i kombination med utvecklingsstörning.

Heldygnsvård

Landstinget har inte några fasta vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga. Vid behov av slutenvård finns möjlighet att öppna två vårdplatser, två lägenheter, i samma lokaler som BUP:s öppenvårdsmottagning i Karlstad. Personal vid enheten för intensiva insatser ansvarar för vårdinsatserna vid heldygnsvård.

För patienter över 16 år med utåtagerande eller aggressivt beteende finns också möjlighet till inskrivning i allmänpsykiatrins heldygnsvård.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna. BUP, allmänpsykiatri, socialtjänsten och elevhälsan planerar för att starta en mottagning för unga vuxna med missbruk och psykisk ohälsa i Karlstad.

Beslutad "första linje" inom landstinget

Landstingsledningen gav i mars 2012 BUP och primärvården (allmänmedicin) i uppdrag att definiera första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Ett förslag kommer att läggas fram inom kort. Förslaget innebär en samverkansmodell med allmänmedicin som bas.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har slutit en överenskommelse med samtliga kommuner i länet kring arbetet med barn och unga med neuropsykiatrisk frågeställning. I överenskommelsen tydliggörs ansvarsgränser mellan skolan och BUP vad gäller skolans ansvar för utredning och insatser.

I Värmland finns ett länsövergripande nätverk för skolsjuksköterskor som leds av en samordnande sjuksköterska. I nätverket diskuteras regelbundet såväl dagliga arbetsuppgifter som mer strategiska frågor. BUP har tillträde till detta nätverk vid behov. Arbetssättet innebär att BUP i strategiska frågor kan vända sig till samordnaren som sedan tar ansvar för att föra ut och diskutera frågan i nätverket. Samordningstjänsten finansieras gemensamt av kommunerna i länet.

Örebro

Örebro län

Befolkningsmängd 31 december 2012

283 113 personer

Antal kommuner

Tolv kommuner

varav befolkningsrikast

Örebro kommun, 138 952 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

I januari 2013 gjordes en omorganisation av psykiatriförvaltningen som nu består av enheterna, psykiatrisk akut- och heldygnsvård, allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning, beroendecentrum, psykiatrisk rehabilitering och rättspsykiatri och psykiatri för barn och unga vuxna. BUP ingår i verksamheten psykiatri för barn och unga vuxna (BUV).

BUV leds av en verksamhetschef och består av enheter som vänder sig till barn (BUP) och enheter med uppdrag för i huvudsak ungdomar i åldern 16–25 år (UV). För barn finns två öppenvårdsmottagningar, BUP Örebromottagning och BUP Länsmottagning. Båda är geografiskt placerade i Örebro. BUP länsmottagning tar emot barn och unga från samtliga länsdelar förutom Örebro och Lekebergs kommuner.

Privata aktörer

Landstinget har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

BUP ansvarar för utredning av adhd-frågeställningar och för behandling vid fastställd adhd-diagnos.

BUP:s barnneuropsykiatriska mottagning (BNP) ansvarar för utredning av autismspektrumtillstånd medan barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) ansvarar för behandling och rehabilitering efter fastställd diagnos.

Heldygnsvård

Vid Universitetssjukhuset Örebro finns sex vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga. BUP:s vårdavdelning är lokaliserad isolerat från övrig psykiatri vilket inte är optimalt då samarbete ofta behövs. Arbete pågår med att hitta nya lokaler.

Verksamhet för "unga vuxna"

Psykiatri för barn och unga vuxna startade sitt uppdrag 1 januari 2013. I och med utökningen har Mottagningen för unga vuxna, Rehab unga vuxna och DBT-enheten förts samman med BUP i BUV.

"Första linje" inom landstinget

Landstinget har beslutat att behandling av lättare psykisk ohälsa hos barn och unga ingår i primärvårdens uppdrag. Primärvården har tilldelats resurstillskott för att rekrytera psykosocial kompetens. Även BUP har fått ett resurstillskott för konsultativt arbete gentemot primärvården. Landstinget beräknar att komma igång med arbetet under hösten 2013.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har inte slutit någon länsövergripande överenskommelse med skolorna i länet kring barn och unga med psykisk ohälsa. En samverkansgrupp har bildats med representanter från både kommuner och landstinget för att försöka sluta en överenskommelse kring ansvarsfördelning och gränsdragningar mellan verksamheterna. Riktlinjer finns för ansvarsfördelning vid diagnoserna autism och adhd.

Västmanland

Västmanlands län

Befolkningsmängd 31 2012

256 224 personer

Antal kommuner

Tio kommuner

varav befolkningsrikast

Västerås kommun, 140 499 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Hälso- och sjukvården i landstinget är indelad i två förvaltningar, Västmanlands sjukhus och förvaltningen för Primärvård, Psykiatri och Handikappverksamhet. BUP ingår i den senare.

BUP är en länsklänik och består av fyra öppenvårdsmottagningar placerade runt om i länet.

Privata aktörer

Landstinget har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

I BUP:s uppdrag ingår att genomföra neuropsykiatriska utredningar. Utredningarna genomförs primärt på BUP:s öppenvårdsmottagningar. Vid komplicerade ärenden finns möjlighet att remittera till en specialiserad neuropsykiatrisk mottagning inom BUP. BUP ansvarar även för behandling och rehabilitering efter fastställd diagnos.

Heldygnsvård

Vid Västerås sjukhus finns fem vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga. Landstinget har avtal med Landstinget Sörmland som har möjlighet till inskrivning i slutenvård på Västerås sjukhus på samma indikationer som gäller för patienter inom Landstinget Västmanland.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

Barn- och ungdomshälsan, som startade i projektförn hösten 2010, har permanentats. Verksamhetens uppdrag är att bedöma och behandla lättare till måttlig psykisk ohälsa hos barn och unga. Barn- och ungdomshälsan finansieras av och tillhör BUP organisatoriskt.

Mottagningar finns på tre platser i Västerås kommun men arbete pågår för att få en länstäckande verksamhet.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har inte tecknat någon länsövergripande överenskommelse med skolorna i länet kring ansvar för barn och unga med psykisk ohälsa. Hur samverkan fungerar med skolorna varierar mellan kommunerna i länet. Lokala samverkansavtal finns i några kommuner med landstinget.

Dalarna

Dalarnas län

Befolkningsmängd 31 december 2012

276 555 personer

Antal kommuner

Femton kommuner

varav befolkningsrikast

Falun, 56 432 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

I landstinget är landstingsdirektören tillika förvaltningschef för hälso- och sjukvården. Barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomshabiliteringen och primärvården utgör verksamhetsområden inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är en länsövergripande klinik med öppenvårdsmottagningar i varje länsdel, Avesta, Borlänge, Falun, Ludvika och Mora samt flera länsgemensamma enheter.

Privata aktörer

Landstinget har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

Sedan 1 januari 2013 ingår den tidigare fristående neuropsykiatriska utredningsenheten (NPU) i BUP-kliniken. Ett arbete pågår mellan BUP och Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) för att bygga upp en sammanhållen vårdprocess för patienten. Syftet är att patienten vid behov ska kunna få samtida insatser från både BUP och BUH. Hösten 2013 kommer fem lokala team starta med kompetenser från både BUP och BUH. BUH bidrar med sammanlagt fyra heltidstjänster. Personal från BUH kommer arbeta kliniskt inom BUP men ha kvar sin anställning inom BUH.

Heldygnsvård

I landstinget finns en vårdavdelning med fyra vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård av barn och unga. Vårdavdelningen ligger på Falu lasarett. Ett mobilt team är kopplat till avdelningen.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

I oktober 2011 antogs ett förslag till ansvarsfördelning, organisation och resurser mellan primärvården och BUP. Beslutet innebär att primärvården ansvarar för lindrig till måttlig psykisk ohälsa medan BUP ansvarar för allvarig psykisk ohälsa. Ekonomiska medel har tillsatts för att under en treårsperiod bygga upp första linjeverksamheter och tillsätta psykosocial, psyko-terapeutisk och psykologisk kompetens inom primärvården. För att medel ska utgå ska man ha startat eller planerat att starta ett lokalt samarbete av modellområdeskaraktär mellan olika verksamheter inom landsting och kommun.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har sedan 2012 ett länsövergripande samverkansdokument med bland annat skolorna i länet. Sedan början/mitten av 2000-talet finns också ett nätverk för verksamhetschefer inom kommunernas elevhälsovård respektive landstingets barnverksamheter där gemensamma frågor och gränssnittsfrågor diskuteras.

Gävleborg

Gävleborgs län

Befolkningsmängd 31 december 2012

276 637 personer

Antal kommuner

Tio kommuner

varav befolkningsrikast

Gävle kommun, 96 170 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Hälso- och sjukvården i Gävleborgs läns landsting är indelad i fyra divisioner. Division Medicin/psykiatri bildades i januari 2012. Barn- och ungdomspsykiatri utgör ett verksamhetsområde inom divisionen.

Barn- och ungdomspsykiatri är en länsövergripande verksamhet och består av fem öppenvårdsmottagningar, i Gävle, Bollnäs och Hudiksvall.

Privata aktörer

Landstinget har avtal med Capio Anorexi Center och AB Mando, Mandometerklinikerna i Stockholm avseende ätstörningsvård.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

BUP och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) har slutit ett samverkansavtal och bildat en remissgrupp för genomgång av patienter med frågeställ-

ningar kring autismspektrumtillstånd. Remiss skickas generellt sett till BUH om misstanke finns om samtidig utvecklingsstörning.

BUP ansvarar för utredning och behandling av adhd. Sedan februari 2013 ansvarar BUP även för utredningar av autismspektrumtillstånd i ålder 6–17 år. Barn- och ungdomshabilitering ansvarar för behandling och habilitering vid fastställd diagnos.

Heldygnsvård

Landstinget har ingen psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga. Vid behov av heldygnsvård för yngre patienter eller patienter med ätstörningsproblematik finns möjlighet till inskrivning på barnmedicinkliniken. För äldre ungdomar kan inskrivning ske inom allmänpsykiatrins heldygnsvård. Den 1 juli 2013 kommer en enhet speciellt avsedd för barn och unga att öppna i anslutning till allmänpsykiatrins slutenvårdsavdelning. Enheten kommer ha två vårdplatser.

Vid behov av heldygnsvård köps även vårdplatser från andra landsting. Ett avtal håller på att tas fram med Västmanland. Vid svåra ätstörningsproblem har landstinget avtal med Capio Anorexi Center och Mandometerklinikerna.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna.

Beslutad "första linje" inom landstinget

I februari 2011 beslutade landstinget att primärvården ansvarar för första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. I samband med detta beslut togs ett samverkansavtal fram kring ansvarsfördelningen mellan olika aktörer utifrån diagnoser. Samverkansavtalet revideras under 2013. BUP ska arbeta konsultativt gentemot primärvården.

Primärvården är indelad i två primärvårdstyper för barn och unga med psykisk ohälsa. Barn i åldern 0–12 år hänvisas till Barn- och ungdomshälsan medan barn och ungdomar i åldern 13–18 år hänvisas till ungdomsmottagningarna. Barn- och ungdomshälsan finns på sex geografiska platser i länet, medan ungdomsmottagningar finns på nio platser. Verksamheterna har inte remisskrav.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har inte slutit något länsövergripande samverkansavtal med skolorna i länet kring barn och ungas psykiska ohälsa. I vissa kommuner i länet finns dock lokala samverkansavtal mellan landstinget och skolornas elevhälsa. Samverkansavtal och gränssnitsdokument är under framtagande i samarbete med länets kommuner.

Västernorrland

Västernorrlands län

Befolkningsmängd 31 december 2012

241 981 personer

Antal kommuner

Sju kommuner

Varav befolkningsrikast

Sundsvalls kommun, 96 687 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Sedan 1 september 2012 är landstinget indelat i en länsorganisation med fyra vårdområden. Inom vårdområde Psykiatri och habilitering ingår vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och habilitering.

BUP består av tre verksamhetsområden, Sundsvall-Härnösand, Sollefteå och Örnsköldsvik. Totalt finns fem barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar i länet, i Sundsvall, Härnösand, Örnsköldsvik, Sollefteå och Kramfors.

Privata aktörer

Landstinget har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

Var neuropsykiatriska utredningar görs varierar i landstinget. Flertalet adhd-utredningar görs dock inom BUP.

Autismspektrumutredningar görs både på BUP och på barn- och ungdomshabiliteringen (BUH).

Var behandling och habilitering sker varierar bland annat beroende på om det finns utvecklingsstörning med eller inte.

Heldygnsvård

Landstinget har inte någon psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga. Vid behov av heldygnsvård finns möjlighet till inskrivning vid allmänpsykiatriens slutenvårdsavdelning. Inom allmänpsykiatriens slutenvårdsavdelning finns möjlighet att bilda en mindre, avgränsad enhet för yngre patienter i behov av heldygnsvård. Personal från BUP ansvarar för patientens vårdinsatser fram till kl. 21.00.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna.

”Första linje” inom landstinget

I primärvårdens uppdrag ingår behandling för lättare till måttlig psykisk ohälsa hos barn och unga. Landstinget tar fram behandlingslinjer för olika diagnoser som tydliggör ansvarsgränser för vårdnivåerna egenvård, primärvård och specialiserad vård.

Landstinget har drivit ett projekt för att utöka psykologkompetensen inom primärvården för behandling av vuxna patienter. Sedan något år tillbaka är projektet permanentat och psykologernas ansvarsområde har utökats till att också innefatta omhändertagande av barn och unga med psykisk ohälsa.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har inte slutit någon länsövergripande överenskommelse med skolorna i länets kommuner. Hur BUP:s samverkan med skolorna och elevhälsan är organiserad varierar mellan kommunerna. I vissa kommuner finns lokala samverkansavtal mellan BUP och skolorna.

Jämtland

Jämtlands län

Befolkningsmängd 31 december 2012

126 201 personer

Antal kommuner

Åtta kommuner

varav befolkningsrikast

Östersunds kommun, 59 485 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstinget är sedan januari 2012 organiserat i centrumbildningar. De fyra verksamhetsområdena Barn och unga vuxna, Barn- och ungdomsmedicin, Kvinnosjukvård och Psykiatri ingår i ett gemensamt centrum. Inom verksamhetsområde Barn och unga vuxna ingår barn- och ungdomspsykiatri (BUP), barn- och ungdomshabilitering (BUH) och Föräldra-barnhälsan (FBH).

BUP:s verksamhet finns placerad i Östersund. För att tillgodose god tillgänglighet i ytterkommunerna arbetar personal från BUP-mottagningen i Östersund på filialer ute i länet en till två gånger i månaden.

Privata aktörer

Landstinget har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

Utredning, diagnos och behandling av neuropsykiatriska funktionstillstånd utförs vid både BUP och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH). Ett arbete pågår inom landstinget med att skapa en gemensam ingång för patienter med företrädesvis adhd med ett samlat utrednings- och behandlingsansvar.

Heldygnsvård

Landstinget har ingen psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga. Vid behov av slutenvård finns möjlighet till inskrivning på barn- och ungdomsmedicinklinken, framför allt då barnet eller ungdomen har behov av somatisk vård eller vid ätstörningsvård. Inskrivning kan också ske vid allmänpsykiatriens vårdavdelning vid utåtagerande beteende eller vid suicidrisk.

Verksamhet för "unga vuxna"

I Östersund finns en ungdomspsykiatrisk verksamhet (UPM) för ungdomar i åldern 16–25 år. Verksamheten är ett samarbete mellan vuxenpsykiatri och BUP.

"Första linje" inom landstinget

För närvarande ingår i BUP:s uppdrag att vara både första linjens barn- och ungdomspsykiatri och specialistnivå. Primärvården tar emot en del ungdomar med psykisk ohälsa.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har slutit ett länsövergripande samverkansavtal (Jämtbus) med samtliga kommuner i länet, där skolan ingår. Det övergripande samverkansavtalet fungerar som en utgångspunkt i ett påbörjat arbete med att ta fram lokala riktlinjer och rutiner för samverkan mellan olika verksamheter.

Västerbotten

Västerbottens län

Befolkningsmängd 31 december 2012

260 217 personer

Antal kommuner

Femton kommuner

varav befolkningsrikast

Umeå kommun, 117 294 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstinget är indelat i länsövergripande verksamhetsområden. Inom verksamhetsområde Medicin återfinns barn- och ungdomspsykiatri (BUP), allmänpsykiatri och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH).

BUP är en länsklirik med öppenvårdsmottagningar på tre platser i länet, Umeå, Skellefteå och Lycksele.

Privata aktörer

Landstinget har inget avtal med privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

BUP ansvarar för utredningar vid misstänkt adhd. BUP har även behandlingsansvar efter fastställd diagnos. BUP har också utredningsansvar vid misstänkt autismspektrumtillstånd. Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) genomför autismspektrumutredningar när misstanke finns om samtidig utvecklingsstörning. Vid fastställt autismspektrumtillstånd samarbetar BUP med BUH kring habiliteringsinsatser.

BUP och BUH samverkar regelbundet i remissgrupper och andra samverkansgrupper.

Heldygnsvård

Barn- och ungdomspsykiatrins heldygnsvård är för närvarande lokaliserad till lokaler utanför sjukhuset. Lokalerna är inte helt ändamålsenliga för att bedriva barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård. Lokalerna är en tillfällig lösning på grund av problem i den fysiska arbetsmiljön.

Verksamhet för "unga vuxna"

Inom allmänpsykiatri i Skellefteå och Umeå finns öppenvårdsmottagningar för unga vuxna mellan 18–25 år.

"Första linje" inom landstinget

Sedan 2010 ingår i primärvårdens uppdrag att utgöra första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Ett dokument finns som tydliggör primärvårdens ansvar för utredning och behandling av målgruppen och vilka metoder och instrument primärvården bör använda sig av. Primärvården har fått extra resurser för att anställa personal med psykosocial kompetens. Landstinget genomför också utbildningssatsningar för att öka personalens kompetens kring barn och ungas psykiska ohälsa.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

I länet finns en kommun- och landstingsgemensam tjänstmannastyrgrupp, Länsgrupp Barn och unga. Länsgruppen rapporterar till en kommun- och landstingsgemensam politisk styrgrupp, AC Konsensus.

Länsgrupp Barn och unga hanterar bland annat en särskild överenskommelse mellan BUP och elevhälsorna i länet vid "misstanke om psykiskt funktionshinder". Avtalet löper till 2015. Länsgruppen hanterar även en strategisk plan för hur landstinget och kommunerna gemensamt skapar "Världens bästa hälsa 2020", där barn och unga ingår. Kopplat till den strategiska planen finns aktivitetsplaner som uppdateras årligen. Fokus under senare år har legat på psykisk ohälsa och möjligheten att utveckla gemensamma "första linjen" processer.

Den strategiska planen och aktivitetsplanerna anpassas i lokala samverkansgrupper utifrån kommunernas olika förutsättningar. I Umeå har till exempel elevhälsan, skolan och hälsocentralerna/familjecentralerna bildat

HLT-team (Hälsa, Lärande, Trygghet) inom fyra elevhälsoområden. Denna verksamhet kommer att utvecklas och vidgas de närmsta åren.

Norrbotten

Norrbottens län

Befolkningsmängd 31 december 2012

248 637 personer

Antal kommuner

Fjorton kommuner

varav befolkningsrikast

Luleå kommun, 74 905 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstingets verksamhet är indelad i divisioner. Inom division Medicinska specialiteter finns bland annat verksamhetsområdet Barnsjukvård som består av de tre specialiteterna barnmedicin, barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och barn- och ungdomshabilitering (BUH).

Verksamhetsområdet Barnsjukvård är organisatoriskt uppbyggd kring två nav, Sunderby sjukhus och Gällivare sjukhus. Barn och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar finns i Kiruna, Gällivare, Luleå, Boden, Piteå och Kalix. I Piteå och Kalix är BUP, BUH och barnmedicin organiserade i en gemensam barn- och ungdomsmottagning.

Vid årsskiftet 2013/2014 kommer en omorganisation av landstingets verksamheter att genomföras. Landstinget ska införa närsjukvård. Verksamheterna kommer att delas in i två divisioner; närsjukvård och länssjukvård. BUP kommer tillsammans med bland annat barnmedicin att placeras inom division länssjukvård.

Privata aktörer

Landstinget har inte avtal med några privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling inom landstinget

BUP ansvarar för adhd-utredningar. BUP har även behandlingsansvar efter fastställd adhd-diagnos.

Inom BUP finns en länsövergripande neuropsykiatrisk enhet som genomför utredningar vid misstänkt autism på barn i förskoleåldern. Äldre barn tas omhand av barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) eller inom barnmedicin. BUH ansvarar också för behandling efter autismsdiagnos. BUH ansvarar även för utredningar av misstänkt adhd om det finns samtidig misstanke om andra funktionshinder.

Heldygnsvård

Vid Sunderby sjukhus finns sex vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga. Avdelningen ligger i nära anslutning till barnmedicin. För

särskilt vårdkrävande ungdomar finns möjlighet till inskrivning vid en av allmänpsykiatrins vårdavdelningar. Inskrivning inom allmänpsykiatri är framför allt aktuellt för äldre ungdomar med komplicerad psykiatrisk- eller missbruksproblematik som yttrar sig i utåtagerande beteende eller aggressivitet.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen specifik verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

Sedan 2010 finns en handläggningsöverenskommelse mellan primärvård och verksamheterna inom division Barnsjukvård som utifrån olika diagnoser tydliggör ansvarsområden och ansvarsgränser. I dokumentet fastslås att BUP ska inrikta sina resurser på barn och unga med allvarlig psykisk ohälsa, medan primärvården ansvarar för lättare till måttliga psykiska problem. Arbetet pågår fortfarande med att förankra överenskommelsen i primärvårdens verksamhet.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har inte slutit någon länsövergripande överenskommelse med elevhälsan i länets kommuner. Hur samverkan fungerar i praktiken varierar mellan kommunerna i länet. I Piteå, Kalix och Luleå-Boden finns lokala muntliga överenskommelser med skolorna kring uppdrag och ansvarsgränser. I Gällivare kommun bjuder skolorna in BUP tillsammans med föräldrar för att diskutera enskilda fall.