

Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa

– uppföljning av landstingens insatser
för den förstärkta vårdgarantin 2011

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.

Artikelnr 2012-7-2.

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juli 2012

Förord

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att följa upp den förstärkta vårdgarantin för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Uppdraget ska redovisas till regeringen i juli 2012. Uppföljningen baseras i huvudsak på de redovisningar som landstingen lämnat till Socialstyrelsen och på en kartläggning av landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa. Detta är den femte uppföljningen av tillgänglighetssatsningen som Socialstyrelsen presenterar.

Socialstyrelsen har på regeringens uppdrag fördelat 214 miljoner kronor till landstingen för 2011 med syftet att stödja huvudmännen i arbetet med att förbättra tillgängligheten till insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. 2011 var femte året i följd som landstingen fick statsbidrag med syfte att förbättra tillgängligheten för målgruppen.

Rapporten har utarbetats av Ingrid Ström som också varit projektledare samt av Thomas Malm och Louise Yngve. Statsbidraget har administrerats och fördelats av Charlotte Fagerstedt. Ansvarig enhetschef för projektet har varit Ann Holmberg.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	10
Uppdraget	10
Regeringens mål med satsningen på en förstärkt vårdgaranti	10
Bakgrund	11
Villkor för 2011 års statsbidrag	11
Syfte och avgränsning med uppföljningen	12
Metod och genomförande	13
Andra nationella satsningar för barn och unga med psykisk ohälsa	14
Intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa	14
Modellområdesprojektets slutredovisning	14
Insatser för en förstärkt elevhälsa	14
Elevhälsa och den nya skollagen	15
Handlingsprogram för att utveckla kunskapen om och vården av unga med självskadebeteende	15
Förbättringar inom den psykiatriska heldygnsvården	15
Förstärka tillsynen över den psykiatriska hälso- och sjukvården	16
PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012 – 2016	16
Beteckningar	16
<i>Väntetider från barn- och ungdomspsykiatri</i>	17
Inledning	17
Vad rapporteras in från barn- och ungdomspsykiatri?	17
Antal väntande till första besök 2010 - 2012	18
Måluppfyllelse enligt den förstärkta vårdgarantin	20
Nya prestationskrav och ny mätmodell 2011	20
Måluppfyllelse statsbidrag 2011	20
Inrapportering inför statsbidrag 2012	21
<i>Landstingens satsningar finansierade med statsbidrag</i>	24
Inledning	24
Vad framkom vid förra årets uppföljning?	24
Fortsatt uppföljning av 2007 – 2010 års insatser	24
Ekonomisk uppföljning av 2007 – 2010 års bidrag	25
Redovisning av insatser med 2011 års bidrag	26
Vad satsar landstingen på?	26
Verksamheter som får ta del av 2011 års bidrag	26
Samverkan med verksamheter utanför landstinget	27
Landstingens erfarenheter av tillgänglighetssatsningen	27

Samlade erfarenheter av statsbidragen 2007–2011 som stimulans för att förbättra tillgängligheten	27
Insatser som landstingen särskilt vill lyfta fram	28
Vad har varit bra med den prestationsbaserade modellen för att ta del av 2011 års statsbidrag?	29
Vad har varit mindre bra med den prestationsbaserade modellen för att ta del av 2011 års statsbidrag?	30
<i>Landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa</i>	31
Inledning	31
Resultat kartläggningen	31
Övergripande styrning	31
Organisatorisk hemvist i landstinget	32
Barn- och ungdomspsykiatri	32
”Första linje” och den specialiserade vården för målgruppen	35
Samverkan med elevhälsa/skolhälsovård	36
Andra synpunkter som kom fram under intervjuerna	37
<i>Diskussion</i>	39
Den förstärkta vårdgarantin och mätning av väntetider	39
Ökning av neuropsykiatriska diagnoser	40
Psykiatrisk slutenvård	41
Vem ansvarar för vad?	41
Flera utmaningar	41
<i>Referenser</i>	43
<i>Bilaga 1. Väntetider till första besök BUP</i>	45
<i>Bilaga 2. Ekonomisk redovisning av 2011 års statsbidrag</i>	46
<i>Bilaga 3. Faktablad landstingens verksamheter</i>	51

Sammanfattning

Socialstyrelsen har 2011 på uppdrag av regeringen fördelat 214 miljoner kronor till landstingen i syfte att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen genomförs utifrån en överenskommelse om en förstärkt vårdgaranti inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (BUP) mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Totalt har sedan 2007 drygt en miljard kronor fördelats till landstingen. Socialstyrelsen har, för femte året i rad, följt upp tillgänglighetssatsningen och de åtgärder som landstingen genomför med anledning av den.

Enligt den förstärkta vårdgarantin ska alla landsting senast 2011, utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, och därefter beslutad fördjupad utredning/behandling inom högst 30 dagar. Uppföljningen av den förstärkta vårdgarantin baseras på mätningar av väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri. Mätningarna sker i databasen Väntetider i vården som SKL har ansvar för.

14 av 21 landsting klarade att uppfylla alla krav för att erhålla 2011 års statsbidrag. Västerbotten klarade inga krav. Dalarna och Västerbotten klarade inte målet att 90 procent av patienterna får komma på ett första besök inom 30 dagar. 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.

Socialstyrelsen konstaterade i förra årets uppföljning att successiva förändringar och tolkningar av vad som rapporteras in till databasen försvårar möjligheten till tillförlitliga uppföljningar både mellan landsting och jämförelser över tid. 2011 har både en tydligare definition av vad som ska rapporteras in och en ny mätmodell införts. Begreppet faktisk väntetid introducerades i mätningen hösten 2011. Faktisk väntetid används också i den pågående inrapporteringen inför 2012 års statsbidrag. Förhoppningsvis kommer de förändringar som nu genomförts att bidra till möjligheten att göra mer tillförlitliga jämförelser av väntetider.

Socialstyrelsen har sammanställt landstingens samlade erfarenheter av fem års tillgänglighetssatsning. Flertalet anser att statsbidragen var ett välkommet och nödvändigt resurstillskott för att klara den förstärkta vårdgarantin. Satsningen har medfört ett tydligt stöd och fokus och den har stimulerat till förbättringsarbeten och bidragit till verksamhetsutveckling. Samtidigt är flera landsting kritiska till det ensidiga fokus på tillgänglighet som satsningen har, på kvantitet snarare än på kvalitet.

Socialstyrelsen har också gjort en kartläggning av landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa.

Få landsting har en landstingsövergripande strategi eller handlingsprogram för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Ett något överras-

kande resultat mot bakgrund av den fleråriga nationella satsningen på målgruppen.

Flertalet landsting nämner att man har problem med att rekrytera barnpsykiatriker, psykologer och specialistsjuksköterskor. Både glesbygdslän och storstadslän uppger bemanningsproblem. Några nämner också pågående pensionsavgångar som försvårar problemet. Konkurrens om yrkesgrupper som psykologer och socionomer mellan landsting och kommuner nämns också.

I de intervjuer som Socialstyrelsen gjort inför kartläggningen framkommer att utredningar och behandlingar av neuropsykiatriska tillstånd tar en stor del av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriens verksamhet. Flera uppger att de inte sett någon avmattning i inflödet av dessa patientgrupper.

En välfungerande samverkan med skolans elevhälsa är a och o inte minst i de neuropsykiatriska utredningarna. Variationen är stor hur väl den fungerar i landet. En tredjedel av landstingen uppger att de har länstäckande styrdokument för samverkan med elevhälsa/skolhälsovård i länet. Flera vittnar om den logistiska utmaningen i att få till stånd samverkansöverenskommelser med ett stort antal kommuner och enskilda skolor.

Flertalet landstinget uppger att de inte har någon tydlig ansvarsfördelning mellan en första linjes hälso- och sjukvård för målgruppen och den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri

Flera landsting rapporterar dock pågående insatser för att utveckla en första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Några landsting har också fattat politiska beslut i denna riktning. Tanken är att denna nivå ska behandla lättare och måttlig psykisk ohälsa. Olika lösningar för hur en första linje ska formas diskuteras i landstingen. En lösning är en utveckling av de traditionella ungdomsmottagningarna till särskilda "ungdomshälsor". En annan att bygga upp "barn- och ungdomshälsor" som en särskild kompetensresurs inom primärvården. En tredje att förstärka primärvårdens vårdcentraler med psykologisk och psykosocial kompetens.

Regeringen har i maj 2012 beslutat om en fortsatt satsning på barn och unga med psykisk ohälsa för 2012 – 2016. Socialstyrelsen har bland annat 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. Socialstyrelsen ska också fortsätta att följa upp tillgänglighetssatsningen och den förstärkta vårdgarantin.

Mot bakgrund av de resultat som framkommit i Socialstyrelsens uppföljning och de nya regeringsuppdragen kommer Socialstyrelsen under hösten 2012 att se över sina insatser för målgruppen.

Socialstyrelsen konstaterar sammanfattningsvis:

- 14 av 21 landsting klarade samtliga krav för att erhålla 2011 års statsbidrag för den förstärkta vårdgarantin. Västerbotten klarade inga krav och fick inte ta del av medlen.
- Landstingen ger fortsatt blandat "ris och ros" för tillgänglighetssatsningen. Den sporrar till förbättringsarbete och verksamhetsutveckling men ensidigt fokus på tillgänglighet gör att andra kvalitetsaspekter kommer i skymundan.

- Landstingen har rekryterings- och bemanningsproblem inom verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa. Strategier behöver utvecklas för att mer kraftfullt bemöta detta problem.
- Vem ansvarar för vad? Gränsdragningsproblem och otydlig ansvarsfördelning förekommer mellan verksamheter inom landstinget och mellan landsting och kommun och enskilda skolor.
- Flera landsting är på väg att utveckla en första linje och förtydliga den specialiserade nivåns uppdrag. Engagemanget för förändringen är stort även om den inte går friktionsfritt.
- Landstingen står inför stora utmaningar när en fortsatt kraftsamling behövs både till att klara den förstärkta vårdgarantin och för att bygga upp en första linjens hälso- och sjukvård inom landstinget. För båda dessa processer krävs också samverkan med andra aktörer i länet.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen fick 2011 i uppdrag av regeringen att följa upp den förstärkta vårdgarantin för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen ska följa de åtgärder som landstingen genomför med anledning av satsningen samt analysera hur landstingens satsningar påverkar tillgängligheten och väntetiderna för de patientgrupper som berörs. Uppföljning samt slutrapportering ska redovisas den 2 juli 2012.

Socialstyrelsen har också på uppdrag av regeringen i december 2011 fördelat 214 miljoner kronor till landstingen för tillgänglighetssatsningen för barn och unga med psykisk ohälsa. Målen och villkoren för den förstärkta vårdgarantin och för 2011 års bidrag regleras i överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) [1, 2].

Regeringens mål med satsningen på en förstärkt vårdgaranti

Överenskommelsen om den förstärkta vårdgarantin för barn och unga med psykisk ohälsa tecknades av regeringen och SKL i februari 2009 [1]. Den hade föregåtts av en utredning om förutsättningarna för en förstärkt vårdgaranti som SKL hade åtagit sig att genomföra. SKL gjorde bedömningen att målen för en förstärkt vårdgaranti först skulle kunna uppnås 2011.

Målet med satsningen på en förstärkt vårdgaranti är att öka tillgängligheten inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri ska alla landsting, utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, senast 2011 kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning/behandling inom högst 30 dagar.

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 linje eller specialistnivå utifrån bedömt behov är en förutsättning för att kunna ge rätt insatser så tidigt som möjligt.

Statsbidraget kan enligt överenskommelsen användas till att utveckla och samordna rollerna och funktionerna för de aktörer som är delar i den s.k. första linjens barn- och ungdomspsykiatri i syfte att öka tillgängligheten och korta väntetider för barn och ungdomar.

Bakgrund

Socialstyrelsen har under åren 2007 – 2011 årligen fått i uppdrag att fördela 214 miljoner kronor till landstingen med syfte att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Totalt har under dessa fem år drygt en miljard kronor fördelats till landstingen för insatser för målgruppen. Socialstyrelsen har också årligen fått i uppdrag att på nationell nivå följa upp de insatser som landstingen genomfört med bidraget. Fyra uppföljningar har hittills lämnats till regeringen [3–6].

Inriktningen och villkoren för statsbidraget har varierat mellan åren.

2007 års statsbidrag hade en bredare inriktning med mål om tillgänglighet, kvalitet, kompetens och inrapportering till olika register. Stimulansbidraget presenterades som en engångssatsning.

2008 års statsbidrag hade som syfte att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård för målgruppen. Bidraget presenterades som en plattform för insatser som syftar till att nå den planerade förstärkta vårdgarantin 2011.

2009 års statsbidrag är en del av överenskommelsen om den förstärkta vårdgarantin och syftar till att förbättra tillgängligheten till rätt insatser för barn och unga med psykisk ohälsa. Regeringen aviserade också en fortsättning på stimulansbidrag för 2010 och 2011 i överenskommelsen.

2009 års statsbidrag och de påföljande 2010 och 2011 års statsbidrag är till skillnad från de tidigare prestationsbaserade och kopplade till inrapportering i SKL:s databas Väntetider i vården. Bidragen betalas ut efter prestation och baseras på de resultat som respektive landsting har uppnått och som kan påvisas via uppgifter i databasen. Villkoren för 2010 års respektive 2011 års statsbidrag regleras i årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL där kraven för måluppfyllelse eller andra krav vad gäller inrapportering fastställs.

Regeringen har i december 2011 tecknat ytterligare en överenskommelse med SKL om en fortsättning på tillgänglighetssatsningen för barn och unga med psykisk ohälsa. Satsningen innebär att ytterligare 214 miljoner kronor kommer att fördelas till landstingen i december 2012 [7].

Villkor för 2011 års statsbidrag

I överenskommelsen om 2011 års bidrag har stora förändringar införts vad gäller beräkningsmodellen jämfört med föregående års prestationsbaserade statsbidrag [2].

Avstämningstid för fördelning av medel har fastställts till det genomsnittliga värdet för perioden 1 september till 31 oktober 2011.

De väntetidsdata som utgör underlag för överenskommelsen har 2011 förtydligats till att omfatta: ”alla barn och ungdomar 0-18 år som söker hjälp för psykisk ohälsa, definierat som tillstånd som ingår i kapitel F i ICD-10 (International Classification of Diseases), med beslut om en första bedömning eller en fördjupad utredning/behandling oberoende av om detta sker vid enhet som tillhör den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa.”

Begreppet faktisk väntetid införs som grund för medelsfördelning. 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. Redovisning av faktisk väntetid ska ske senast från och med den 1 augusti 2011.

Medlen ska fördelas till landstingen efter måluppfyllelse och befolkningsmängd 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/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 avgränsning med uppföljningen

Enligt överenskommelsen om den förstärkta vårdgarantin från 2009 ska målen vara uppnådda under 2011. Överenskommelsen innehåller målformuleringar om vikten av rätt insatser på rätt nivå. Om god tillgänglighet till såväl förebyggande insatser, som bedömning och behandling på första linje eller specialistnivå utifrån bedömt behov. Vikten av att utveckla en första linje för vård och behandling som inte kräver en specialiserade barn- och ungdomspsykiatri lyfts fram. Landstingen bör se över hur insatser för barn och unga erbjuds och görs tillgängliga.

Samlad kunskap om hur hela vårdkedjan (första linjen respektive den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri) ser ut för målgruppen saknas nationellt. Inför årets uppföljning och slutrapportering har det varit angeläget att genomföra en kartläggning av landstingens utbud för att kunna ge en nulägesbild av landstingens samlade utbud.

Uppföljningen av de åtgärder landstingens genomför har avgränsats till att kartlägga och översiktligt bedöma de insatser landstingen redovisat som finansierats med statsbidragen 2007 – 2011. Socialstyrelsen har inte kunnat bedöma hur landstingens satsningar påverkar tillgängligheten då effekten av dessa enskilda insatser inte kan särskiljas från landstingens ordinarie satsningar eller andra pågående nationella satsningar. Däremot innehåller uppföljningen en redovisning och belysning av hur landstingen själva uppfattar hur satsningen på den förstärkta vårdgarantin påverkat tillgänglighet och väntetider.

Möjligheten att analysera väntetider är begränsad till de uppgifter som rapporteras till databasen Väntetider i vården och de begränsningar databasen har. En ny modell för inrapportering har införts för 2011 års statsbidrag. Enligt den nya modellen ska bland annat faktisk väntetid mätas, tidigare år har uppföljningen mätt antal väntande en viss dag. Avstämningsperiod för 2011 har fastställts till ett genomsnittligt värde för september – oktober. Nytt i överenskommelsen för 2011 är också att patienter vid fler specialiserade vårdenheter än BUP ska rapporteras in. Däremot kan inte väntetider för enskilda diagnosgrupper följas i väntetidsdatabasen.

Metod och genomförande

Fördelning av medlen för 2011 gjordes i december 2011. Fördelningen gjordes, i enlighet med villkoren i överenskommelsen för 2011, med utgångspunkt för uppnådda resultat i databasen Väntetider i vården [2].

I Socialstyrelsens uppföljning har följande områden belysts:

- analys av hur väntetider till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri utvecklas
- sammanfattande uppföljning av landstingens insatser finansierade med 2007 - 2010 års statsbidrag baserat på landstingens egna redovisningar och bedömningar
- kartläggning av påbörjade och planerade insatser finansierade med 2011 års statsbidrag
- kartläggning av landstingens verksamhet (uppdrag, ansvarsfördelning, utbud, vårdkedjor) för barn och unga med psykisk ohälsa.

Analysen av väntetider baseras på uppgifter från SKL:s väntetidsdatabas Väntetider i vården.

Uppföljningen av insatser baseras på ett frågeformulär ställt till samtliga landsting. Formuläret skickades ut i mars 2012. Redovisningen av 2007 – 2010 års bidrag avser vad som hänt under perioden 1 mars 2011 till 1 mars 2012, det vill säga under perioden sedan Socialstyrelsens förra uppföljning. Redovisningen av 2011 års statsbidrag avser påbörjade eller planerade insatser per den 1 mars 2012. Redovisningen av 2011 års statsbidrag skulle för varje enskild insats innehålla uppgift om:

- syfte
- konkreta mål
- innehåll, beskrivning av aktiviteter
- tidsperiod
- budget

Dessutom ställdes några frågor om vilka verksamheter som får ta del av 2011 års statsbidrag och om någon insats sker i samverkan med verksamheter utanför landstinget. Slutligen ställdes frågor om landstingens erfarenheter av tillgänglighetssatsningen och synpunkter på 2011 års modell för statsbidrag.

Kartläggningen av landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa baseras på telefonintervjuer med samtliga landsting. Intervjuerna genomfördes under mars och april 2012. Kontaktpersonerna som intervjuades var utsedda av landstingen. Dessa skulle ha god överblick över landstingets samtliga verksamheter på området. Fokus i kartläggningen ligger på uppdrag, ansvarsfördelning, utbud, vårdnivåer och samverkan. Kartläggningen omfattar både den så kallade första linjen och den specialiserade hälso- och sjukvården för målgruppen.

Andra nationella satsningar för barn och unga med psykisk ohälsa

Intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa

Regeringen och SKL tecknade i juni 2011 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 [8]. Målet med satsningen 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 så kallade modellområdesprojektet, ett förändringsarbete inom första linjens vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa och psykisk sjukdoms som SKL har bedrivit 2009 – 2011. Modellområdesprojektet avrapporterades i januari 2012 [9].

Modellområdesprojektets slutredovisning

Målet med modellområdesprojektet var att ta fram ett antal praktiskt fungerande samverkansmodeller för kommuner och landsting som tillgodoser tillgänglighet och rätt vårdnivå för barn och unga med psykisk ohälsa. Fokus i projektet har varit att ta fram modeller för en första linjens vård- och omsorg för målgruppen. SKL har haft som utgångspunkt att det inte finns en given modell eller organisationstyp. Man har arbetat utifrån hypotesen att effektivt resursutnyttjande och goda resultat för barnen är beroende av geografiska och demografiska förutsättningar hos de medverkande huvudmännen. SKL presenterar sju olika modeller för att erbjuda förstalinjeinsatser i projektets slutrapport [9]. Modellerna är baserade på de lösningar som har utvecklats eller är under utveckling i de 14 modellområdena. I två av modellerna, ”Primärvårdsmodellen” respektive ”Del av specialistverksamheten”, är landstinget huvudman. Övriga har delat huvudmannaskap. Tre av modellerna ”Elevhälsobaserad modell”, ”Integrerad verksamhet för heltäckande förstalinjeansvar” och ”Helhetslösning för barn och familjer” innebär integrerade verksamheter med personal från olika huvudmän och verksamhetsgrenar.

SKL:s slutsats är att ingen av modellerna kan lyftas fram som överlägsen den andra. Få modeller har ännu prövats fullt ut i praktiken.

Insatser för en förstärkt elevhälsa

Skolverket fick i november 2011 i uppdrag av regeringen att genomföra insatser för en förstärkt elevhälsa [10]. Satsningen innefattar ett riktat statsbidrag på högst 625 miljoner kronor för personalförstärkningar inom elevhälsan och till speciallärare under 2012-2015. Satsningen innefattar även

utbildningsinsatser och att utarbeta en modell för att följa upp kvaliteten på och tillgången till elevhälsa. Uppdraget som helhet ska redovisas senast 1 april 2016.

Elevhälsa och den nya skollagen

Den nya skollagen (2010:800) började tillämpas 1 juli 2011. I och med denna försvann begreppet skolhälsovård och ersattes med begreppet elevhälsa. Enligt skollagen ska elevhälsan omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas utveckling mot utbildningens mål ska stödjas. Det fastslås också att för medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Vidare ska det finnas tillgång till personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses.

Begreppet ”tillgång till” i lagtexten kan tolkas på olika sätt. Varje skola avgör på vilket sätt dessa funktioner ska finnas tillgängliga på skolan.

Skolinspektionen gjorde i september 2011 en inspektion av hur 764 grundskolor har byggt upp sin elevhälsa [11]. Inspektionen visade att de flesta skolor har tillgång till elevhälsa. 99 procent av rektorerna uppger att eleverna har tillgång till skolsköterska, 98 procent att de har tillgång till skolläkare, 96 procent att eleverna har tillgång till skolpsykolog och 93 procent att de har tillgång till kurator. Däremot anser var tredje rektor att skolpsykologernas tid inte räcker till för elevernas behov. Var fjärde rektor anser att kuratorernas tid inte räcker till, och var femte att tillgången på kompetens inte är tillräcklig för att tillgodose behovet av specialpedagogiska insatser.

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

Regeringen och SKL tecknade i oktober 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 [12].

Förbättringar inom den psykiatriska heldygnsvården

Regeringen och SKL tecknade i december 2011 en överenskommelse om att fortsatt stödja ett metodiskt förbättringsarbete inom den psykiatriska heldygnsvården för att förbättra kvaliteten i metoder och arbetssätt med målsättningen att ge en god och säker vård med tydligt patientperspektiv [13]. 2012 års satsning innefattar en prestationsbaserad modell för stimulansmedel till landstingen på 42,5 miljoner kronor som SKL administrerar. Satsningen omfattar även barn- och ungdomspsykiatri. Projektet har pågått sedan 2010 och SKL ska slutredovisa arbetet senast 1 juni 2013. Satsningen i sin helhet utvärderas av Socialstyrelsen och rapport ska lämnas till regeringen senast 30 november 2013.

Projektet har föregåtts av en kartläggning som SKL genomfört av den psykiatriska heldygnsvården inklusive barn- och ungdomspsykiatri [14].

Förstärka tillsynen över den psykiatriska hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen fick i maj 2012 i uppdrag av regeringen att förstärka tillsynen över den psykiatriska hälso- och sjukvården [15]. Tillsynsinsatserna ska bland annat fokusera på ett tydligt barnperspektiv. Uppdraget ska redovisa till regeringen senast 15 maj 2013.

Socialstyrelsen gjorde 2008 en nationell tillsyn av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri [16] och 2009 av den icke specialiserade hälso- och sjukvården för barn och unga med psykisk ohälsa [17].

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

Regeringen har i maj 2012 beslutat om en handlingsplan för psykisk ohälsa för 2012 – 2016 [18]. Barn och unga är en av två prioriterade målgrupper i satsningen.

Regeringen har också slutit en ny överenskommelse med SKL om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012 [19]. I överenskommelsen åtar sig SKL bland annat att kartlägga och göra en förstudie av möjligheterna att mäta tillgängligheten till första linjen.

En nationell gemensam samordningsfunktion ska inrättas mellan Socialdepartementet och SKL för att förbättra samordningen och för att stödja utvecklingsarbetet på lokal, regional och nationell nivå.

Socialstyrelsen har i maj 2012 bland annat 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 samt gruppen personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik. Uppdraget ska slutredovisas senast 15 september 2015. Socialstyrelsen ska också fortsätta att följa upp tillgänglighetssatsningen och det tidigare beslutade statsbidraget för 2012. Avrapportering av uppdraget ska ske senast 15 september 2013 [20].

Beteckningar

I rapporten används beteckningen landsting även för Region Gotland, Region Skåne, Region Halland 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 från barn- och ungdomspsykiatri

Inledning

För att följa upp den förstärkta vårdgarantin och tillgänglighetssatsningen till barn- och ungdomspsykiatri har Socialstyrelsen använt de väntetidsuppgifter som finns tillgängliga på SKL:s databas Väntetider i vården (www.vantetider.se). Databasen bygger på uppgifter som sammanställs inom varje landsting. Samtliga landsting deltar. SKL ansvarar för den dagliga driften och utvecklingen av webbplatsen.

Socialstyrelsen konstaterade i uppföljningen av tillgänglighetssatsningen våren 2011 att de successiva förändringar och tolkningar av vad som ska rapporteras in till databasen försvårar möjligheten till tillförlitliga uppföljningar både mellan landsting och jämförelser över tid [6].

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. Dessa uppgifter finns sedan 2007 men svarsfrekvensen varierade påtagligt de första åren vilket påverkar möjligheten till tillförlitliga jämförelser.

Från 2008 finns också uppgifter om *antal patientvald väntan* och *antal medicinskt orsakad väntan* med i databasen. I Socialstyrelsens uppföljning av tillgänglighetssatsningen våren 2010 konstaterades en kraftig ökning av andelen patienter i kategorin patientvald eller medicinskt orsakad väntan. Ökningen hade tidigare observerats i Socialstyrelsens uppföljning av den nationella vårdgarantin och kömiljarden [21]. Skillnaderna mellan hur landstingen hanterade dessa patientuppgifter var mycket stora.

Våren 2010 utarbetade SKL tillsammans med landstingen riktlinjer för att förtydliga begreppen. Riktlinjerna gäller från och med den 1 april 2010. 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" [22]. 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" [22].

I databasen finns sedan 2009 inrapporterade uppgifter enligt överenskommelsen om den förstärkta vårdgarantin. Utöver *antal väntande för*

sta besök till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien finns här också *antal väntande för 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.

Redovisningen till databasen har sedan 2010 successivt utökats med inrapportering av väntetider från andra verksamheter än barn- och ungdomspsykiatrien som har uppdrag av inom området barn och unga med psykisk ohälsa. Ett exempel på sådan verksamhet är habiliteringsenheter. Då landstingen organiserar sin verksamhet på olika sätt kan exempelvis neuropsykiatriska utredningar av barn och unga genomföras inom andra verksamheter än BUP.

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 om detta sker vid enhet som tillhör den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien eller 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) [2]. SKL har i en särskild handledning i maj 2011 ytterligare förtydligat vad och vilka som ska redovisa väntetidsdata enligt 2011 års överenskommelse.

Antal väntande till första besök 2010 - 2012

I tabell 1 redovisas uppgifter om antalet patienter som väntar på första besök till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien och andelen som väntat längre än 90 dagar. Uppgifterna visas per landsting för tre mättillfällen under perioden mars 2010 till mars 2012. I tabellen redovisas också andel patienter i kategorin ”patientvald väntan”. I bilaga 1 kan utvecklingen följas för fem mättillfällen under samma period.

Antal väntande på ett första besök till BUP har legat relativt konstant under tvåårsperioden mars 2010 till mars 2012. Den kraftiga ökning av antal väntande som kunde ses i mars 2011 har stannat av. Under perioden mars 2011 till mars 2012 är det totala antalet barn och unga som väntar på första besök till barn- och ungdomspsykiatri i genomsnitt ca 3 400. Perioden mars 2010 till mars 2011 låg genomsnittet på ca 3 100.

Tabell 1. Totalt antal väntande, andel som väntat längre än 90 dagar samt andel patientvald väntan till första besök till barn- och ungdomspsykiatri. Samtliga lands-
ting i mars 2010, mars 2011 och mars 2012.

Landsting	Mars 2010			Mars 2011			Mars 2012		
	Totalt antal vän- tande	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
Uppsala	153	0	28,1	76	0	1,3	67	0	3,0
Sörmland	90	0	35,6	106	0,9	1,9	91	1,1	3,3
Östergötland	67	0	13,4	94	1,1	1,1	149	0	1,3
Jönköping	70	0	24,3	77	0	0	67	0	0
Kronoberg	49	0	2,0	49	0	0	60	0	0
Kalmar	98	0	14,3	76	0	1,3	71	0	1,4
Gotland	6	0	16,7	31	0	0	27	0	0
Blekinge	50	0	42,0	47	0	2,1	49	0	0
Skåne	381	0	27,8	449	0,4	0,2	517	0,2	0,8
Halland	107	0,9	9,3	122	0	6,6	109	0	1,8
Västra Götaland	293	0	9,6	364	1,1	0	294	0,7	0,3
Värmland	130	0	10,0	91	0	1,1	115	0	0
Örebro	143	0,7	7,0	49	6,1	8,2	30	0	0
Västmanland	76	0	11,8	82	1,2	1,2	86	1,2	1,2
Dalarna	77	0	22,1	176	6,3	2,8	98	1,0	0
Gävleborg	71	0	25,4	98	0	0	141	2,1	1,4
Västernorrland	75	0	5,3	62	0	0	60	0	0
Jämtland	52	0	11,5	64	0	3,1	42	0	2,4
Västerbotten	190	17,9	2,1	248	16,1	7,3	246	17,5	5,3
Norrbotten	65	1,5	38,5	51	0	0	53	0	0
Riket	3588	1,3	14,5	3898	1,8	4,3	3757	1,4	5,4

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting, Väntetider i vården.

Under höstmånaderna 2009 – 2011 har antal väntande varit lägre än under vårmånaderna, se bilaga 1. Detta kan delvis förklaras med säsongsbundna variationer av patientflöden, men tyder förmodligen också på intensifierat arbete med måluppfyllelse inför avstämning av den förstärkta vårdgarantin.

Andel ”patientvald väntan” har sjunkit sedan våren 2010. I mars 2010 var andelen 14,5 procent i riket att jämföra med 5,4 procent i mars 2012. Värt att notera vid jämförelse över tid är att SKL förtydligade definitionen av ”patientvald väntan” under 2010. Andel som väntat längre än 90 dagar ligger relativt konstant på ca 0,5 – 2,5 procent i riket under perioden mars 2010 till mars 2012, se bilaga 1.

Variationen mellan landsting är dock relativt stor vad gäller både antal som väntande samt ”andel som väntat längre än 90 dagar” och andel ”patientvald väntan”. Stockholm har haft en hög andel ”patientvald väntan” det senaste året. Även Västerbotten som har problem med tillgängligheten, se

nästa avsnitt, ligger högt både vad gäller ”andel längre än 90 dagar” och andel ”patientvald väntan”.

Den skillnad i antal väntande på första besök mellan framförallt Stockholm och de två andra storstadslänen Skåne och Västra Götaland som konstaterades i uppföljningen våren 2011 kvarstår. Skillnaden kan inte enbart förklaras av skillnader i befolkningsmängd. Stockholm hade 451 462 barn 0-17 år i december 2011, Västra Götaland hade 320 560 och Skåne 254 048. Stockholm hade vid samma tidpunkt 1 292 barn som väntade på besök, Västra Götaland hade 317 barn och Skåne 415.

Måluppfyllelse enligt den förstärkta vårdgarantin

Landstingen har i överenskommelsen om den förstärkta vårdgarantin förbundit sig att senast 2011, inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien, kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning/behandling inom högst 30 dagar [1].

18 av 21 landsting klarade samtliga krav för att erhålla 2010 års statsbidrag enligt de villkor som ställdes det året. Mätningen gjordes i oktober 2010. I mars 2011 gjordes ytterligare en avläsning i väntetidsdatabasen för att ge en lägesbild av den förstärkta vårdgarantin. Denna senare mätning visade på en påtaglig ökning av antalet väntande på första besök. Flera landsting visade på ett sämre resultat än i oktober 2010 [6].

Nya prestationskrav och ny mätmodell 2011

För att erhålla 2011 års statsbidrag gällde prestationskravet att minst 90 procent får en första bedömning (besök) inom 30 dagar, och att minst 80 procent har påbörjat fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar [2].

Stora förändringar har införts vad gäller beräkningsmodellen för att erhålla 2011 års statsbidrag jämfört med tidigare års prestationskrav.

Avstämningstid för fördelning av medel har fastställts till det genomsnittliga värdet för perioden 1 september till 31 oktober 2011.

Begreppet *faktisk väntetid* införs som grund för medelsfördelning. 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.

Måluppfyllelse statsbidrag 2011

14 av 21 landsting klarade samtliga krav för att erhålla 2011 års statsbidrag för den förstärkta vårdgarantin, se tabell 2. 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 och fick därmed inte ta del av 2011 års statsbidrag.

Samtliga landsting uppfyllde kravet att svarsfrekvensen för rapportering till väntetidsdatabasen ska uppgå till minst 95 procent under årets månader.

Tabell 2. Måluppfyllelse BUP, genomsnitt september – oktober 2011. 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	96	75
Uppsala	97	100
Södermanland	90	97
Östergötland	99	93
Jönköping	92	94
Kronoberg	98	67
Kalmar	97	77
Gotland	100	100
Blekinge	99	95
Skåne	96	91
Halland	94	59
V. Götaland	96	87
Värmland	99	100
Örebro	95	96
Västmanland	95	70
Dalarna	73	82
Gävleborg	98	85
Västernorrland	95	95
Jämtland	96	96
Västerbotten	26	31
Norrbotten	94	88
Riket	91	82

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.

Västerbottens låga resultat uppmärksammades vid uppföljningen våren 2011. Landstingets revisorer uppmärksammar också detta i en rapport i februari 2012. De förklaringar som ges är bland annat läkarbrist; hård arbetsbelastning bland läkare, psykologer, kuratorer; inte ändamålsenliga lokaler samt att behov fanns av att se över arbetsformer och rutiner [23].

Inrapportering inför statsbidrag 2012

Faktisk väntetid kommer även att ligga till grund för 2012 års statsbidrag och samma definition kommer att användas [7]. Landstingen ska rapportera in faktiskt väntetid månadsvis från och med januari 2012. Medlen kommer att fördelas utifrån det genomsnittliga resultatet för perioden januari 2012 till oktober 2012. Även för 2012 års bidrag gäller kraven att minst 90 procent av barn och unga med beslut om ett första besök får komma inom 30 dagar, och minst 80 procent av barn och unga med beslutad fördjupad utredning eller behandling får ha påbörjat den inom 30 dagar.

I tabell 3 och tabell 4 redovisas de resultat som går att läsa av i databasen ”Väntetider i vården” för januari – april 2012.

*Tabell 3. Genomförda första besök inom högst 30 dagar. Barn- och ungdomspsykiatri. Januari – april 2012. Resultat i procent.**

Genomförda första besök inom 30 dagar, andel i procent				
Landsting	Januari 2012	Februari 2012	Mars 2012	April 2012
Stockholm	86	92	93	95
Uppsala	91	91	95	93
Södermanland	88	97	97	97
Östergötland	96	100	99	99
Jönköping	88	92	92	93
Kronoberg	96	92	86	59
Kalmar	93	98	99	100
Gotland	97	100	100	100
Blekinge	94	97	98	100
Skåne	86	92	90	83
Halland	100	99	99	95
V. Götaland	89	93	94	90
Värmland	95	95	67	70
Örebro	74	82	83	89
Västmanland	90	89	94	93
Dalarna	46	61	60	68
Gävleborg	70	91	91	83
Västernorrland	73	88	91	97
Jämtland	91	100	93	84
Västerbotten	30	24	28	37
Norrbotten	93	94	97	92
Riket	83	90	90	88

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.

Som framgår av tabell 3 visar mätningen under januari – april på ett sämre resultat jämfört med mätningen av måluppfyllelsen i september – oktober 2011. Färre landsting klarar målet att barn och unga får komma på ett första besök inom 30 dagar. Variationen mellan landstingen är stor.

En svag förbättring kan skönjas under januari – april 2012, jämfört med resultatet hösten 2011, vad gäller målet att få påbörja beslutad fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar, se tabell 4.

*Tabell 4. Start av fördjupad utredning eller behandling inom högst 30 dagar. Barn- och ungdomspsykiatri. Januari – april 2012. Resultat i procent.**

Start av fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar, andel i procent				
Landsting	Januari 2012	Februari 2012	Mars 2012	April 2012
Stockholm	70	73	69	71
Uppsala	100	100	100	100
Södermanland	99	100	99	100
Östergötland	98	100	100	98
Jönköping	100	100	100	100
Kronoberg	84	79	73	73
Kalmar	95	95	100	94
Gotland	94	100	100	100
Blekinge	96	98	98	99
Skåne	88	87	89	94
Halland	72	80	88	70
V. Götaland	82	88	89	90
Värmland	100	100	100	100
Örebro	67	76	87	91
Västmanland	100	96	88	83
Dalarna	83	74	73	66
Gävleborg	59	75	87	83
Västernorrland	84	97	98	98
Jämtland	100	90	94	100
Västerbotten	50	39	19	34
Norrbotten	97	90	84	100
Riket	79	82	81	82

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.

Landstingens satsningar finansierade med statsbidrag

Inledning

I detta kapitel presenteras en sammanställning av landstingens redovisningar av de insatser som finansierats med statsbidragen 2007 – 2010 samt de insatser som påbörjats eller planerats med 2011 års statsbidrag. Redovisningarna avser läget 1 mars 2012.

Enligt överenskommelsen om 2011 års statsbidrag fördelades det till landstingen i december 2011 vilket innebär att många landsting fortfarande var i planeringsstadiet vid Socialstyrelsens uppföljning våren 2012.

Viktigt att notera är att statsbidragen 2007 - 2011 fördelats till landstingen och alltså inte till kommuner eller privata vårdgivare. Skolhälsovården/elevhälsan som kan ses som en del av en första linje för målgruppen omfattas på så sätt inte. Detsamma gäller de ungdomsmottagningar som drivs av annan huvudman än landstingen.

Vad framkom vid förra årets uppföljning?

I den uppföljning som gjordes våren 2011 konstaterade Socialstyrelsen att de insatser som landstingen genomför med statsbidragen har en stor bredd och variation. Både tidigare års statsbidrag och senare överenskommelser har gett landstingen möjligheter att använda medlen för insatser på flera vårdnivåer för att nå de övergripande målen. Några landsting har satsat medlen på ett fåtal insatser medan andra genomfört ett tjugotal. Landstingens insatser har dessutom till stor del varit långsiktiga och har planerats att pågå under flera år. Några landsting hade fortfarande kvar oförbrukade medel från 2007 och 2008 års statsbidrag och flertalet hade medel kvar från 2009.

Fortsatt uppföljning av 2007 – 2010 års insatser

Flertalet landsting startade insatser med 2007 års statsbidrag inom flera av de fyra målområden som då var i fokus: kvalitet, kompetens, tillgänglighet och inrapportering till register. Störst andel av statsbidraget på riksnivå gick till tillgänglighetssatsningar (38 procent), därefter kom kvalitetssatsningar (33 procent). Spridningen av antalet enskilda insatser var stort i landstingen, från 1 till 27 stycken. Variationen var också mycket stor vad gäller inriktningen av insatser inom de olika målområdena. Flera insatser innehöll element från flera målområden. Bland tillgänglighetssatsningarna var rekrytering och personalförstärkning vanligast. Huvuddelen av kvalitetssatsningarna var inriktade på att utveckla rutiner, metoder och riktlinjer. 18 landsting uppgav satsningar på en första linjens hälso- och sjukvård, och flertalet av dessa var insatser för att höja personalens kompetens. Satsningar inom det

neuropsykiatriska området var också vanliga. Majoriteten av satsningarna med 2007 års medel pågick fortfarande våren 2009. Flera av satsningarna uppgavs vara fleråriga.

2008 års statsbidrag hade ett tydligare tillgänglighetsfokus. Statsbidraget kunde användas inom den vårdnivå eller verksamhet där det bäst kunde främja tillgängligheten. 75 procent av landstingen satsade hela eller delar av 2008 års bidrag till att fortsätta insatser som startats med 2007 års medel. En stor del av statsbidraget gick till utbildnings- och kompetensinsatser samt till personalförstärkning. Insatser inom det neuropsykiatriska området samt satsningar på olika samverkansformer och team för att öka tillgängligheten var vanliga. Satsningar inom första linjen likaså.

2009 års statsbidrag var till skillnad från de tidigare prestationsbaserat. Majoriteten av landstingen satsade hela eller delar av 2009 års bidrag på redan pågående insatser som startats med 2007 eller 2008 års medel. 17 landsting uppgav satsningar inom första linjen. Mer renodlade insatser inom tillgänglighetsområdet som väntetider, patientflöden etc. blev mer framträdande. Uppföljningen våren 2010 visade att pågående insatser generellt löpte som planerat om än med förseningar. Rekryteringsproblem uppges som skäl. Några landsting uppgav insatser som permanentats och som ingår i ordinarie verksamhet.

Flertalet landsting uppgav att de planerade fortsätta pågående insatser med 2010 års statsbidrag, men nya satsningar förekom också. Satsningar för att öka tillgängligheten och klara den förstärkta vårdgarantin uppgavs av flera landsting. Upphandling av neuropsykiatriska utredningar och medel till barn- och ungdomshabilitering är exempel på det. Insatser för att utveckla första linjen är fortsatt vanliga, liksom utbildnings- och rekryteringsinsatser. Vid uppföljningen våren 2011 rapporterades insatser som permanentats eller genomförs i den ordinarie verksamheten. Förseningar av insatser förekommer också, bland annat uppges att förankringsarbete där flera aktörer varit inblandade tagit mer tid än man förutsett.

Uppföljningen våren 2012 visar att de mer renodlade tillgänglighetssatsningarna för att förkorta väntetiderna blivit vanligare de senaste åren. Några landsting har valt att med senare års prestationsbaserade bidrag premiera de mottagningar inom landstinget som klarat vårdgarantin. Några landsting uppgav också att de valt att göra omfördelningar av inriktning och målgrupp för vissa insatser då dessa inte lyckats.

Ekonomisk uppföljning av 2007 – 2010 års bidrag

Våren 2012 uppgav ett landsting att de har kvar medel från 2007 års statsbidrag. Skälet som anges är att kompetenshöjande satsningar tagit tid att planera och genomföra. Medlen, ca 1, 3 miljoner kronor är intecknade. En tredjedel av landstingen uppgav att de har kvar medel från 2008 års statsbidrag. Totalt rör det sig uppskattningsvis om drygt 20 procent av statsbidraget på riksnivå. Landstingen uppgav att medlen är intecknade för insatser. En femtedel av landstingen uppgav att de har medel kvar från 2009 års statsbidrag. Dessa landsting har också uppgett att de har medel kvar från 2008. Det rör sig uppskattningsvis totalt om ca 25 procent av statsbidraget, och landstingen uppgav att medlen är intecknade. Drygt hälften av landstingen uppgav att

de har kvar medel från 2010 års statsbidrag. Grovt uppskattat rör det sig totalt om ca 30 procent av statsbidraget. Landstingen uppger att de har in-tecknat medlen för pågående eller planerade insatser. Totalt har landstingen uppskattningsvis kvar ca 171,3 miljoner kronor av de 856 miljoner kronor som fördelats under 2007–2010. Hur länge medlen kan användas har inte reglerats i regeringens tillgänglighetssatsning på barn och unga med psykisk ohälsa. Stimulansmedlen har också förändrats från generella statsbidrag fördelade enbart efter folkmängd till prestationsbaserade medel under perio-den.

Skäl till att medel från de tidigare årens statsbidrag finns kvar är bland annat att flera av insatserna är långsiktiga fleråriga satsningar. Landstingen tycks hantera långsiktiga satsningar på skilda sätt. Vissa landsting reserverar och periodiserar ”öronmärkta” medel över flera år. Medlen avropas alltefter-som skilda aktiviteterna kommer igång. Andra landsting hanterar statsbidra-get årsvis.

Andra skäl till att medel inte förbrukats är svårigheter med utbildnings- och andra kompetenshöjande insatser. Återkommande vakanser och perso-nalbrist kan vara en annan förklaring till att det är svårt att få till stånd pla-nerade insatser. Ett landsting uppger återkommande omorganisationer som skäl till att samtliga medel ännu inte förbrukats.

Redovisning av insatser med 2011 års bidrag

Socialstyrelsen fördelade statsbidraget på totalt 214 miljoner kronor i de-cember 2011 med utgångspunkt från resultaten i databasen ”Väntetider i vården” och i enlighet med villkoren i överenskommelsen mellan regeringen och SKL [2]. Måluppfyllelsen redovisas i tabell 2

Fördelningen av statsbidraget till de landsting som nådde upp till de upp-satta målen gjordes i relation till deras befolkningsandel. Fördelningen av statsbidraget per landsting återfinns i bilaga 2. I bilagan redovisas också hur stor del av statsbidraget varje landsting fördelar över olika verksamheter.

Vad satsar landstingen på?

Flertalet landsting uppger att hela eller delar av 2011 års statsbidrag satsas på redan pågående satsningar. Några landsting planerar även att sätta igång nya insatser. Fokus ligger på tillgänglighetssatsningar, oftast inom BUP, för att klara den förstärkta vårdgarantin. Satsningar på att utveckla den första linjen är fortsatt vanliga. Majoriteten av landstingen samverkar med verksamheter utanför landstingen. Utbildnings- och rekryteringsinsatser fortsätter också för att öka tillgängligheten och för att klara vårdgarantin.

Verksamheter som får ta del av 2011 års bidrag

Fjorton landsting uppger att de fördelat alla tilldelade medel på specifika verksamheter. Sex landsting uppger att de har medel kvar att fördela eller att de inte kan specificera den exakta fördelningen. Ett landsting, Västerbotten, har inte fått ta del av 2011 års statsbidrag. Cirka 40 procent av statsbidraget har vid uppföljningen ännu inte fördelats på någon specifik verksamhet.

Samverkan med verksamheter utanför landstinget

14 av de 20 landsting som fått ta del av 2011 års statsbidrag uppger att de har insatser som sker i samverkan med verksamheter utanför landstinget. Något färre landsting har i år uppgivit samverkan med andra. Alla landsting hade vid uppföljningen dock inte hunnit fördela medlen. De vanligaste aktörerna som man samverkar med är elevhälsa/skolhälsovård och socialtjänst. Ungdomsmottagningar är också en relativt vanlig samverkanspartner. Därefter kommer förskola och privat vårdgivare.

Huvudmannaskap för ungdomsmottagningar varierar och en ungdomsmottagning kan därmed vara en extern samverkanspartner för landstinget. Samverkan behöver inte innebära att en extern samverkanspartner får ta del av statsbidraget.

Landstingens erfarenheter av tillgänglighetssatsningen

Statsbidragen har förändrats både till sin form och till sitt innehåll sedan satsningen startade 2007. I Socialstyrelsens uppföljning har landstingen därför fått bidra med sina samlade erfarenheter av statsbidragen 2007 – 2011. De har också fått möjlighet att redovisa om det är någon/några insatser de särskilt ville lyfta fram. Dessutom ställdes frågor om vad som varit bra respektive mindre bra med den prestationsbaserade modellen för att ta del av 2011 års statsbidrag.

Samtliga landsting har bidragit med erfarenheter av hur de ser på 2007 – 2011 års statsbidrag som ett medel för att öka tillgängligheten för barn och unga med psykisk hälsa. Flertalet har också bidragit med synpunkter på hur man ser på den senaste prestationsbaserade modellen. Det är vanligt att enskilda landsting framför både positiva och negativa erfarenheter.

Samlade erfarenheter av statsbidragen 2007–2011 som stimulans för att förbättra tillgängligheten

Flertalet landsting anser att statsbidragen har varit ett mycket välkommet tillskott som möjliggjort satsningar och utvecklingsarbete som annars inte hade kommit till stånd eller tagit längre tid. Bland annat har utrymme möjliggjorts för att pröva nya idéer även om alla inte fallit väl ut. Det har medfört ett tydligt stöd för vad de ska fokusera på och utveckla inom BUP. Satsningen har stimulerat till en utveckling mot en alltmer specialiserad verksamhet inom BUP och bidragit till att effektivisera vårdprocesserna. Satsningen har skapat möjligheter för verksamhetsutveckling och förbättringsarbete, utveckling av välfungerande vårdkedjor och verksamheter för mellanvård. Flera landsting anser att statsbidraget lett till att barns och ungas psykiska ohälsa hamnat i fokus vilket ses som något mycket positivt.

Flera landsting understryker att stimulansmedlen också har bidragit till att de nya kraven på tillgänglighet till stor del har uppfyllts. Flera landsting nämner att detta inte hade varit möjligt utan det extra tillskott som statsbidragen inneburit. Statsbidraget har haft en avgörande betydelse för att klara tillgänglighetssatsningen. Statsbidraget har medfört att kompetens- och re-

kryteringssatsningar och köp av utredningar kunnat genomföras vilket ökat tillgängligheten. Resurserna har varit ovärderliga för att förbättra tillgängligheten då inflödet av patienter ökar och då BUP alltmer fått ansvara för patienter med neuropsykiatriska tillstånd. De senaste årens prestationsbaserade bidrag har fungerat som stimulans för arbetet med att öka tillgängligheten. Några landsting uppger att man permanentat sina satsningar och fört över dem till sin ordinarie verksamhet vilket garanterar ett långsiktigt fokus.

Några landsting lyfter fram den kortsiktighet som präglade statsbidragen de första åren och oklarheten om det skulle bli en mångårig satsning. Det är inte enkelt att snabbt hitta bra sätt att använda kortsiktiga medel. Ett par landsting tar upp svårigheter med hanteringen av tillfälliga medel i sina budgetsystem. Några landsting tar upp att modellen med prestationsinriktade bidrag gör det svårare att planera och upprätthålla en långsiktig verksamhet då landstingen inte kan vara säkra på att få del av statsbidraget. Ett landsting framför att ”The winner takes it all” som utdelningsprincip är pedagogisk och orättvis, då man trots att man gjort faktiska förbättringar för patienter inte nått över strecket.

De ekonomiska tillskotten kan heller inte påverka rekryteringsproblem framhåller ett par landsting. Det råder brist på vissa specialiteter och det är svårt att få tag på kompetent personal. En utmaning ligger i att klara av att rekrytera och behålla bristkompetenser efter det att statsbidraget upphört.

Ett par landsting tar upp att skiftande fokus i satsningen har inverkat negativt på möjligheten att bygga en hållbar utveckling över en längre tid. Några landsting framhåller också att de är glada över att de själva arbetat med ett långsiktigt perspektiv, och försöker undvika ”dagsländor”.

Till de mindre bra erfarenheterna hör också det starka fokus på tillgänglighet. Detta har enligt flera landsting lett till en ensidig fokusering på kvantitet och nybesök vilket riskerar att försämra kvaliteten i behandlingarna. Någon form av kvalitetsuppföljning som fokuserar på andra aspekter än väntetidsmätning efterfrågas. Ett par landsting tar också upp risken för undanträngning i detta sammanhang och en upplevd ojämlikhet mellan olika patientgrupper inom psykiatri där vissa prioriteras framför andra.

Insatser som landstingen särskilt vill lyfta fram

Här ges några exempel på insatser som landstingen valt att särskilt lyfta fram.

Stockholm väljer att i första hand lyfta fram ”Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling” som de menar utgör ett viktigt led för arbetet med att utveckla en subspecialiserad kompetens och vårdinnehållet i barn- och ungdomspsykiatri. Uppsala lyfter fram att satsningen på första linjen har underlättat för den specialiserade vården att arbeta med de mest behövande. Jönköping menar att tillgänglighetssatsningen gett ökade möjligheter till kompetenshöjning framförallt för sjuksköterskegruppen. Gotland nämner kompetenshöjning och utveckling av behandlingsmetoder.

Skåne lyfter bland annat fram sin utbildningssatsning på primärvården som förväntas ge en god grund för utvecklandet av en första linje verksamhet. Värmland tar upp sitt projekt med köhantering av neuropsykiatriska

utredningar för att verksamheten ökat utredningskapaciteten med samma bemanning.

Örebro tar bland upp satsning på unga med självskadebeteende, ökad tillgång av sjuksköterskor inom BUP och strukturerade handläggningar i mottagandet. Västmanland lyfter fram sin första linje satsning ” Barn- och ungdomshälsan” som landstinget satsat hela statsbidraget på de senaste åren. Gävleborg ser landstingets satsning på första linjen som ett banbrytande förhållningssätt.

I Västerbotten lyfter de fram processen att utveckla hälsocentraler/sjukstugor, ungdomshälsor, familjecentraler som ska utgöra första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa.

Flera landsting tar också upp kompetenssatsningar av olika slag som exempel på insatser som förtjänar att lyftas fram. Norrbotten tar upp länsgemensamma utbildningar i nätverksarbete/samverkansmetodik samt föräldragruppermetodik som genomförts i samverkan med socialtjänst, elevhälsa, mödra- och barnhälsovård, primärvård, ungdomsmottagningar och BUP. Norrbotten lyfter också fram att inom BUP har statsbidraget framförallt bidragit till att säkra framtida kompetensförsörjning genom ökad kunskap i evidensbaserad behandling och nyrekrytering av psykologer.

Vad har varit bra med den prestationsbaserade modellen för att ta del av 2011 års statsbidrag?

Flera landsting anser det vara positivt att tillgänglighet och resultatstyrning har kommit i fokus genom att statsbidraget är prestationsbaserat. Det anses ge en tydlig inriktning på vad medlen är tänkta att uppnå. Det målinriktade arbetet har varit bra. Blekinge uttrycker det i termer av att det är positivt att få belöning för att ha uppnått kraven för vårdgarantin och väntetider i vården. Det anses utgöra en bra stimulans.

Statsbidraget blir en ”morot” som skapar tryck inom verksamheterna att se över processer och öka produktivitet. Den tydliga fokuseringen på god tillgänglighet anses ge stimulans att utveckla diagnostik, behandlingsmetoder och utveckling av vårdflöden.

Kalmar specificerar att den första delen av den prestationsbaserade modellen varit bra. Det vill säga att det ska gå max 30 dagar till en första bedömning. Detta anses skapa rimliga krav på tillgänglighet och effektiva bedömningsstrukturer.

Västra Götaland menar att statsbidragets syfte har följt den inriktning som redan påbörjats i regionen avseende omhändertagande av barn och unga med psykisk sjukdom, störning och funktionshinder. Inriktningen är att utveckla första linjens vård vilket ger förutsättningar för BUP att vara en specialiserad verksamhet.

Örebro lyfter att det varit bra att modellen idag mäter faktisk väntetid och att det har klargjorts vilka patienter och vårdbehov som ska beaktas oberoende av verksamhetsutövare. Ytterligare ett par landsting understryker vikten av tydliga definitioner av vad som ska rapporteras för att minska risken för olika tolkningar.

De personalförstärkningar som har kunnat göras särskilt mot bakgrund av det ökade inflödet av patienter samtidigt som kraven på tillgänglighet höjts lyfts fram.

Vad har varit mindre bra med den prestationsbaserade modellen för att ta del av 2011 års statsbidrag?

Flera tar upp att den prestationsbaserade modellen ensidigt fokuserar på tillgänglighet medan andra kvalitetsaspekter riskerar att hamna i skymundan. Ett landsting uttrycker det som att baksidan av satsningen är att allt mer tid från verksamheten går till registreringar, att förstå hur dessa ska göras för att optimera resultaten. Risk finns att fokus förskjuts från vad man gör med patienter till att man registrerar på det sätt som krävs för att uppnå målen. Ett annat landsting uttrycker att det finns risk för att man prioriterar de insatser som ger pengar medan annat får stå tillbaka. Fokus ligger på bedömning, start av utredning och behandling. Slutförande av behandling/tät behandling har däremot prioriterats ner. Det ger ett ökat inflöde av patienter medan utflödet av patienter inte alls är lika stort. Patienter tas in i systemet, men BUP kan inte ge tillräcklig kvalitet i form av kontinuitet, mer omfattande behandlingsinsatser etc. eftersom "intag" och genomströmning betonas. Ett par landsting tar upp att det finns risk för undanträngning av patienter med mer komplexa problem.

Med hänvisning till SKL:s regelverk över väntetidsmätning framför Stockholm att de anser att väntetider enbart ska mätas utifrån sådana omständigheter som landstingets verksamheter faktiskt kan styra över. Stockholm tar remisser som blir liggande i skolhälsovården som exempel.

Västmanland är kritisk till den prestationsbaserade modellen i dess nuvarande form. Landstinget menar att en nivåbaserad belöningstrappa för väntetidsförbättringar bättre hade kunnat hjälpa dem som har svårt att nå hela vägen till måluppfyllelse och samtidigt belönat dem som nått målet fullt ut.

Norrbotten pekar bland annat på att kravet på "direkt produktion" gör att tiden för utbildning och kunskapsutveckling krymper. I BUP:s uppdrag ställs stora krav på konsultation, handledning och utbildning av samverkanspartners.

Ett landsting tar upp att medlen fördelas i december och att det för deras landsting innebär att hela bidraget periodiseras till innevarande år. Några landsting tar upp otydligheten i överenskommelsen om hantering av medlen, oklara redovisningskrav utöver väntetider och att bidragets konstruktion medför en icke obetydlig administrativ insats i form av planering, rapportering och uppföljning.

Landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa

Inledning

I detta kapitel redovisas resultat från den kartläggning av landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa som Socialstyrelsen genomförde under mars och april 2012. Fokus i kartläggningen ligger på uppdrag, ansvarsfördelning, utbud, vårdnivåer och samverkan. Kartläggningen omfattar både den så kallade första linjen och den specialiserade hälso- och sjukvården för målgruppen.

Kartläggningen genomfördes som en telefonintervju med en, och i vissa flera, av landstinget utsedd kontaktperson(er). Kontaktpersonen skulle ha en god överblick över landstingets samtliga verksamheter på området. Tre intervjuer gjordes som besöksintervjuer (Stockholm, Uppsala och Västmanland). Innan intervjuerna fick kontaktpersonerna ta del av de frågeområden som skulle tas upp under intervjun.

Som komplement till sammanställningen av intervjuresultaten har styrdokument och revisionsrapporter från vissa landsting studerats. Denna del av kartläggningen gör inga anspråk på att vara heltäckande, utan har använts som stöd för en fördjupad förståelse av vad som framkommit i intervjuerna.

Kartläggningen ger en översiktlig lägesbild av landstingets verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa våren 2012. Samtliga landsting har deltagit. I bilaga 2 finns korta sammanfattande fakta för varje landsting baserade på intervjuerna.

Resultat kartläggningen

Övergripande styrning

Få landsting har tagit fram en landstingsövergripande strategi eller handlingsprogram för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Med bakgrund av den nationella satsning på verksamhetsområdet som pågått sedan 2007 framstår detta som något överraskande.

Till undantagen hör Västra Götaland som 2007 antog en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri som ett grundläggande styrdokument för vårdens framtida utveckling. I planen slogs fast att BUP ska utvecklas till en specialiserad resurs och att hälso- och sjukvårdens samlade resurser (barnmedicin, barnhabilitering, primärvård) skulle användas så effektivt som möjligt. Därefter har ett riktlinjedokument "Ett utvecklat samarbete" för verksamheter som möter barn och unga med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder antagits 2009.

I Uppsala antogs ett program kring psykisk ohälsa hos barn och ungdomar 2002 som ett strategiskt underlag för den framtida utvecklingen.

Flera landsting hänvisar till mål i landstingsplan eller verksamhetsplaner för förvaltningar/motsvarande. Andra till påbörjade utredningar, kartläggningar eller till överenskommelser och ansvarsfördelningar mellan olika verksamheter som tagits fram i samband med tillgänglighetssatsningen.

Några landsting tar upp policys och samverkansdokument som tagits fram tillsammans med kommuner och andra aktörer i länet specifikt för barn och unga med psykisk ohälsa. Ett exempel är "Barndialog" i Jönköpings län som har sin grund i SKL:s modellområdesprojekt. "Barndialogen" är idag en etablerad samverkansmodell.

Organisatorisk hemvist i landstinget

I denna del av kartläggningen har framförallt verksamheter som barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri, barnhabilitering, barnmedicin och primärvård stått i fokus. Avsikten med denna del av kartläggningen har inte varit att identifiera någon "ideal" organisation. Samtidigt kan det inte uteslutas att organisatorisk och geografisk närhet med närliggande verksamheter har ett samband med hur samverkan och ansvarsfördelning utvecklas.

Då alla landsting i princip har olika modeller för hur man organiserar sin verksamhet så skiljer det sig också påtagligt åt var verksamheter som har uppdrag eller möter barn och unga med psykisk ohälsa har sin organisatoriska hemvist.

Vanligast är att landstingen har placerat den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i samma förvaltningsorganisation som övrig specialiserad psykiatrisk verksamhet. Barn- och vuxenhabilitering utgör i flera landsting en egen förvaltning. I några landsting har man valt att organisera olika verksamheter för barn och unga eller barn och kvinnosjukvård i samma förvaltningsorganisation. Norrbotten är ett exempel på det förra, Kronoberg och Jämtland på det senare. Primärvården ligger i flertalet landsting i en egen förvaltningsorganisation.

Barn- och ungdomspsykiatrin

Organisation

Barn- och ungdomspsykiatrins organisatoriska hemvist inom landstingsorganisationen varierar påtagligt mellan landstingen som framgår av ovanstående. Men även hur verksamheten i sig är organiserad och hur geografiskt spridd den är varierar. En tendens till fortsatt geografisk centralisering kan ses inom det barn- och ungdomspsykiatriska området.

Frågan om geografisk tillgänglighet till BUP har lösts på olika sätt i landstingen bland annat beroende på länets areal och befolkningstäthet. Dalarna menar de har behov av flera mindre enheter spridda i det relativt stora länet och har fem öppenvårdsmottagningar. Medan Örebro som är befolkningsmässigt jämförbart istället har valt att helt centralisera BUP-verksamheten till Örebro stad för att effektivisera och samordna insatserna.

Frågan om möjligheten att upprätthålla specialistkompetens och bredd blir naturligtvis avgörande för hur många mindre mottagningar ett enskilt landsting kan driva. Några landsting har öppenvårdsmottagningar för barn- och ungdomspsykiatrin ute i länet som i praktiken fungerar som ett slags

filialer och bemannas ett par gånger i veckan/månaden av personal från den centrala BUP-mottagningen. Värmland och Jämtland är exempel på detta.

I storstadsregionerna Stockholm och Skåne har man organiserat den offentligt drivna barn- och ungdomspsykiatri i en länsövergripande förvaltningsorganisation. Västra Götalandregionen har ingen länsövergripande organisation utan barn- och ungdomspsykiatri finns organisatoriskt inom de fem sjukvårdsområdena. Västra Götaland har ett regionövergripande medicinskt sektorsråd för BUP där de fem verksamhetscheferna är representerade.

Specialistmottagningar och specialiserade team

Det är framförallt de större landstingen som har ett flertal specialistmottagningar med länsövergripande uppdrag. Mottagningar med uppdrag inom områden som behandling av ätstörning och fördjupade neuropsykiatriska utredningar är vanliga. Andra landsting kan ha organiserat verksamhet i team med subspecialisering. Mindre landsting försöker på olika sätt avdela olika personer som har speciell kompetens inom vissa områden. Köp av högspecialiserad verksamhet från andra landsting eller privata vårdföretag förekommer också.

Privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri

I några landsting har privata aktörer etablerat sig inom det barn- och ungdomspsykiatriska området. Dessa arbetar genom avtal åt landstinget. Några exempel är Stockholm som har avtal med flera privata aktörer och Östergötland där det finns tre privata BUP-mottagningar. Flera landsting uppger att de upphandlar vissa neuropsykiatriska utredningar.

Rekryteringsläge/vakanser

Flertalet landsting nämner föga överraskande att man har problem att rekrytera framförallt barnpsykiatriker, psykologer och specialistsjuksköterskor. Även specialister inom barn- och ungdomsneurologi med habilitering och psykologer som är legitimerade psykoterapeuter nämns. Detta gäller inte enbart glesbygdslänen utan också storstadslän. Vilka yrkesgrupper man i dagsläget framförallt har problem med varierar mellan landstingen. Vakanser är inte ovanligt. Några mindre landsting berättar hur sårbar situationen är om bara en erfaren barnpsykiatriker eller psykolog skulle sluta. Den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten är i flera landsting en relativt liten verksamhet. Om en erfaren läkare/psykolog slutar ger det avtryck. Hyrläkare/stafettläkare nämns särskilt i glesbygdslänen.

Några landsting nämner den generationsväxling som pågår och svårigheten att anställa erfaren personal till den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten. När de erfarna pensioneras finns också färre kvar att handleda de nyexaminerade, och generellt finns mindre tid till handledning i "slimmade" organisationer. Några uttrycker en oro över den skillnaden i kompetens och kvalitet detta kan medföra. Några landsting nämner att det finns relativt gott om nyexaminerade psykologer, men få med erfarenhet inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten.

Flera tar upp konkurrens vad gäller rekrytering av yrkesgrupper som psykologer och socionomer bland annat vad gäller löner och andra attraktiva arbetsvillkor. Dessa yrkesgrupper har flera verksamheter inom landsting, kommun och privata vård- och omsorgsgivare som tänkbara arbetsgivare.

Hur kommer man till BUP?

Inget landsting uppger att man har remisstvång till BUP. Däremot har landstingen olika rutiner för hur den första kontakten med BUP går till och hur det initiala samtalet genomförs.

Halland och Uppsala är exempel på landsting där man infört länsövergripande telefonlinjer där sökande ringer upp. Hallands BUP-linje är en länsövergripande funktion som tar hand om telefonintervjuer, tidbokning, rådgivning, hänvisning samt uppföljning. I Uppsala är telefonlinjen bemannad av personal dygnet runt på akutmottagningen. Båda använder sig av strukturerade formulär vid intervjuerna. Ytterligare ett par landsting uppger att man överväger att införa ett liknande arbetssätt.

Enligt de uppskattningar som landstingen gör är det vanligast att föräldrar eller den unge själv tar kontakt med BUP. Därefter kommer remisser från kommunen (elevhälsa/skolhälsovård och socialtjänst) och först därefter från annan vårdnivå inom landstinget.

Ansvarsfördelning för neuropsykiatriska utredningar

Flera landsting uppger att de har genomfört eller planerar se över ansvarsfördelning vad gäller både utredning och behandling av neuropsykiatriska tillstånd. Det är relativt stor variation mellan landstingen var (barn- och ungdomspsykiatri, barnhabilitering, barnmedicin, barnneurologi, privata vårdgivare) dessa utredningar görs, och hur man fördelar skilda diagnoser/tillstånd mellan sig. Förenklat utreder oftast BUP adhd och rehabilitering autismspektrumtillstånd med samtidig misstänkt utvecklingsstörning. Däremellan är variationen stor. I några landsting, som Skåne och Västmanland, ansvarar BUP för alla neuropsykiatriska utredningar.

Flertalet intervjuade uppger att de inte sett någon avmattning i inflödet av patientärenden med neuropsykiatriska tillstånd. Dessa patientgrupper har också behov av långvarig och återkommande kontakt med BUP, vilket innebär att utflödet av patienter inte är lika stort.

Bilden bekräftas av erfarenheterna från Modellområdesprojektet, se rapportens inledningskapitlet, som pekar på att den ökande efterfrågan på barnpsykiatrins tjänster till stor del består av förfrågningar om utredning av neuropsykiatriska tillstånd [9]. I rapporten nämns även viss oklarhet kring ansvar för utredning och behandling mellan barnmedicin, BUP och rehabilitering.

Heldygnsvård

SKL gjorde en kartläggning av den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården under perioden maj 2009 till februari 2010 [14]. Den kartläggning av vårdplatser som Socialstyrelsen har genomfört våren 2012 överensstämmer i stort med SKL:s inventering.

Verksamheter för ”unga vuxna”

Få landsting har idag kvar särskilda mottagningar för ”unga vuxna” i åldern 16 – 25 år, dvs. mottagningar som en slags övergång från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri. I den uppföljning av Nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården som Socialstyrelsen genomförde 2005 konstaterades att dessa mottagningar var relativt vanliga [24].

Några landsting har utvecklat särskilda ungdomshälsor eller motsvarande som en första linje verksamhet för unga och studenter. Åldersöverskridande verksamheter för ätstörningsproblematik är vanliga i landstingen.

”Första linje” och den specialiserade vården för målgruppen

Flertalet landsting uppger att de inte har någon tydlig ansvarsfördelning mellan en första linjes hälso- och sjukvård för målgruppen och den specialiserade nivån. Några påtalar också skillnaden mellan beslutade ansvarsfördelning och vad som sker i praktiken, dvs. hur väl dessa är implementerade och förankrade i ledningen för verksamheterna. Eller om verksamheter verkligen har getts förutsättningar i form av kompetens och resurser att arbeta efter den nya ansvarsfördelningen.

Under intervjuerna ger några uttryck för en besvikelse över det som de uppfattar som en tröghet att få primärvården att ställa upp och ta ett ansvar för målgruppen. En uttrycker det som att BUP har större behov av en utvecklad första linje än primärvården.

Flera menar att primärvården har alltför stor respekt och rädsla för att deras kompetens inte räcker till. Andra att kompetensen om barn och ungas psykiska hälsa faktiskt inte är så stor inom primärvården och därför finns det en rädsla för att ta omhand denna patientgrupp. Man är rädd att missa något. Det är också svårt att upprätthålla aktuell kompetens, i synnerhet på de mindre enheterna. Flera framhåller också att specialresurser som psykologer och socionomer är sparsamt förekommande i primärvården. De psykosociala resurser som idag finns inom primärvården är ofta inriktade på vuxnas behov och tillstånd.

Erfarenheter från Modellområdesprojektets visar bland annat på att de beslut som fattats om primärvårdens ansvar för alla åldrar och tillstånd inte efterlevs därför att primärvården saknade kompetens och resurser [9].

Olika roller för primärvården inom den första linjen diskuteras inom landstingen. Några menar att samtliga vårdcentraler/ motsvarande inte kommer att klara att ta det ansvaret fullt ut. Andra lösningar som att genom tilläggsuppdrag eller på annat sätt förstärka resurserna till några enheter inom länen diskuteras.

Flera landsting vittnar om att man är på väg att utveckla en första linje och att ansvarsfördelningar håller på att tas fram. Några har fattat beslut om en ansvarsfördelning mellan första linjen och den specialiserade vården. Här ges några exempel på insatser från olika landsting.

Uppsala har idag ca 14 psykologtjänster inom primärvården med uppdrag kring barn och unga. Dessa är fördelade på vårdcentraler och ungdomsmottagningar med spridning över länet.

Östergötland har utvecklat särskilda ungdomshälsor med uppdrag för en första linje och dessa ungdomshälsor har nu permanentats. Idag utvecklar landstinget barnhälsor i projektform inom närsjukvården.

I Västra Götaland har riktlinjer tagits fram för samarbetet mellan olika verksamheter inom regionen som möter barn och unga med psykisk ohälsa. Riktlinjerna reviderades 2012 och omfattar primärvårdens och BUP:s ansvar för målgruppen. I regionens förfrågningsunderlag till primärvården 2012 tydliggörs ansvaret för barn och unga med psykisk ohälsa.

Västmanland driver pilotprojektet Barn- och ungdomshälsan 2010 – 2013. Projektet ska utvärderas våren 2013. Barn- och ungdomshälsan tillhör BUP organisatoriskt men har ett första linje uppdrag och är en resurs för primärvården.

I Dalarna antogs ett politiskt förslag till ansvarsfördelning, organisation och resurser mellan primärvården och BUP hösten 2011. Under en period av tre år kommer landstinget att tillsätta ca 20 tjänster med psykosocial, psykoterapeutisk och psykologisk kompetens inom primärvården.

I Gävleborg fattades ett beslut i februari 2011 om primärvårdens och BUP:s uppdrag för målgruppen. Ett dokument har tagits fram som beskriver ansvarsfördelningen mellan olika aktörer för olika diagnoser. Inom primärvården finns ”Barn- och ungdomshälsan” för barn 0-12 år på sex platser och de som är äldre än 13 år hänvisas till ungdomsmottagningarna.

Västerbotten beslutade 2010 att primärvårdens hälsocentraler/sjukstugor, familjecentraler och ungdomshälsor ska utgöra första linjen för målgruppen. Våren 2011 tydliggjordes primärvårdens ansvar för utredning och behandling av målgruppen i ett dokument.

I Norrbotten antogs 2010 en handlingsöverenskommelse som utifrån olika diagnoser tydliggör ansvarsområden och ansvarsgränser mellan primärvård och den specialiserade barnsjukvården. 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.

Samverkan med elevhälsa/skolhälsovård

En tredjedel av landstingen uppger att de har länstäckande styrande dokument för samverkan med elevhälsa/skolhälsovård i länet. Västerbotten och Kronoberg är exempel på landsting som har avtal med samtliga kommuner i länet. I Västra Götaland finns ett samarbete mellan kommunerna och regionen kring barn och unga med psykisk ohälsa där skolan ingår, benämnt ”Västbus”. Inom ramen för detta samarbete har riktlinjer tagits fram om skolans respektive BUP:s ansvar.

Landstingen lyfter fram komplexiteten i arbetet att komma till konsensus med ett stort antal kommuner och därtill ett antal friskolor kring samverkansavtal eller motsvarande. Flera nämner spontant att det är lättare att få till samverkan med socialtjänsten.

Flertalet landsting vittnar också om exempel på god praktisk samverkan med elevhälsan. Men framhåller samtidigt att det är problematiskt med vissa kommuner/skolor i länet. Även om rutiner för samverkan har tagits fram så finns inte alltid resurser i skolorna. De som har positiva erfarenheter av samverkan framhåller att det är ett långsiktigt arbete som tar tid att bygga

upp. Några understryker också att det är lättare när man har personlig kännedom om varandra. Stor personalomsättning försvårar samverkan.

Vikten av ett gemensamt förhållningssätt lyfts fram, att man arbetar tillsammans och att ansvaret för barnet är gemensamt. Ett landsting beskriver samverkansprocessen som lyckades till slut, som ett arbete med "blod, svett och tårar".

Flera av de intervjuade suckar bildligt talat när samverkan med skola och elevhälsan och behov av basutredningar och annat underlag kommer upp under intervjun. Situationen varierar dock mellan kommuner och enskilda skolor. "Skolan är en het potatis men olika het i olika kommuner".

Flera framför att den nya skollagen medfört olika tolkningar om elevhälsan uppdrag. Några vittnar om att elevhälsan inte längre anser att kompletta basutredningar ingår i deras uppdrag med hänvisning till skollagen.

Några framför också att i och med att BUP:s roll som specialiserad verksamhet blir allt tydligare riskerar kommunerna att inte få samma stöd som tidigare.

Frågan ställs på sin spets om vem ska göra vad? Både vad gäller basutredningar inför fortsatta barn- och ungdomspsykiatriska utredningar och i det fortsatta behandlingsarbetet. Några betonar att det är viktigt att alla ansvariga parter ställer sig frågan om vem utredningen är till för och hur man benämner det underlag som ska tas fram. Elever med exempelvis neuropsykiatriska tillstånd har ofta återkommande behov av stöd från både hälso- och sjukvård och specialresurser i skolan.

Erfarenheterna från Modellområdesprojektet är att elevhälsan roll i första linjen är oklar i alla modellområden [9].

Andra synpunkter som kom fram under intervjuerna

I diskussioner som uppstår under intervjuerna beskriver några att barn- och ungdomspsykiatri idag har blivit synonymt med eller reducerats till neuropsykiatriska utredningar. Uttryck som "drunknar i" "alldeles för mycket" är inte ovanliga under intervjuerna. Några upplever ett stort tryck från skolan och föräldrar att sätta diagnos. Några framhåller också att problemen inte alltid är av den omfattning eller tyngd att barnen behöver hjälp av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Ett landsting uttrycker drastiskt det som att "skolorna ställer neuropsykiatrisk misstanke på allt som krånglar".

Flera landsting tar upp att fokus i BUP:s verksamhet idag ligger på utredningar bland annat som en effekt av en ökad efterfrågan och en vilja att klara den förstärkta vårdgarantin. Ökningen av nybesök och utredningar bidrar på så sätt till minskad tid för behandlingar, återbesök och konsultationer. Ett landsting uttryckte det som att "Ja, patienten värdesätter att få komma snabbt. Men kanske inte att behandlingstillfällena kommer så sällan eller glesas ut." Den svåra balansen mellan krav på tillgänglighet och att hålla god kvalitet i patientarbetet lyfts fram.

Flera tar också upp det ekonomiskt stramare läget i landsting och kommuner, och att framförallt den lagstadgade verksamheten prioriteras som en följd av detta.

Under intervjuerna togs även verksamheter för unga med samsjuklighet som missbruk och psykisk ohälsa upp. Flertalet landsting menade att man var väl medveten om att detta var ett eftersatt område.

Diskussion

Den förstärkta vårdgarantin och mätning av väntetider

Målet med satsningen på en förstärkt vårdgaranti är att öka tillgängligheten inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. I överenskommelsen mellan SKL och regeringen från 2009 fastställdes att alla landsting senast 2011, utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, ska kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning/behandling inom högst 30 dagar inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin.

Våren 2012 kan konstateras att detta mål var optimistiskt samtidigt som det uppenbart har stimulerat landstingen till ett förbättringsarbete och framsteg vad gäller tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin.

I den mätning av måluppfyllelse som gjordes hösten 2011 klarade 14 av 21 landsting alla krav för att erhålla statsbidraget. Västerbotten klarade inga krav. Dalarna och Västerbotten klarade inte målet att 90 procent av patienterna får komma på ett första besök inom 30 dagar. 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. Måluppfyllelse kan jämföras med 2010 års resultat då 18 av 21 landsting klarade alla krav.

De villkor, krav och definitioner som reglerar den årliga inrapporteringen och mätningen av måluppfyllelse har förändrats varje år. Så har också det regelverk för inrapportering som SKL tar fram i samverkan med landstingen. Förändringen är dels ett uttryck för att kraven skärps men kan också tolkas som ett förbättringsarbete allteftersom svagheter framträder.

Under 2010 började vissa landsting rapportera in väntetider från andra verksamheter än BUP med uppdrag för målgruppen. Exempel på detta som då gavs var neuropsykiatriska utredningar som görs vid habiliteringsenheter och inrapportering av resultat från privata vårdgivare med uppdrag till landstingen. I överenskommelsen som reglerar 2011 års statsbidrag har förtydliganden kring vad som ska rapporteras förts in. Det fastslås att inte bara BUP utan även annan verksamhet med uppdrag psykisk ohälsa ska rapportera in väntetider. I samband med dessa skrivningar i överenskommelsen har bland annat habiliteringschefer framfört synpunkter på begreppet ”psykisk ohälsa” kopplat framförallt till autism/autismspektrumtillstånd som de menar inte innebär psykisk ohälsa i sig. De har också framfört att tillämpningen av den förstärkta vårdgarantin kan, för vissa diagnoser inom habiliteringsorganisationen, innebära att olika grupper ställs mot varandra.

I måluppfyllelsen inför 2011 års statsbidrag har ännu en ny mätmodell använts. Begreppet faktisk väntetid har införts som grund för medelsfördelning. Faktisk väntetid definieras som den tid som gått mellan beslut om re-

miss för första bedömning eller beslut om fördjupad utredning och behandling till den dag detta sker eller påbörjas. Faktisk väntetid används även som grund för den kommande mätningen av måluppfyllelse hösten 2012.

Socialstyrelsen konstaterade redan i uppföljningen våren 2011 att de successiva förändringar och tolkningar av vad som rapporteras in till databasen försvårar möjligheten till tillförlitliga uppföljningar både mellan landsting och över tid [6].

I väntetidsdatabasen kan inte tillgänglighet till vård för skilda patientgrupper, diagnoser eller tillstånd följas. I den uppföljning av landstingens satsningar på den förstärkta vårdgarantin som Socialstyrelsens genomfört finns inga kvantitativa data som gör det möjligt att följa hur tillgänglighet för vissa grupper utvecklats. Flera landsting har däremot de senaste åren framfört att man ser en risk med att ett så ensidigt fokus på tillgänglighet och nybesök gör att andra kvalitetsaspekter i utrednings- och behandlingsarbetet kan bli lidande.

Ökning av neuropsykiatriska diagnoser

Ökningen av neuropsykiatriska utredningar var en av flera orsaker till tillgänglighetssatsningen. Flertalet landsting tar i kartläggningen och i sina redovisningar upp fortsatt intensifierat arbete med neuropsykiatriska utredningar och behandlingar av dessa patienter.

I en rapport från NEPI (Nätverket för läkemedelsepidemiologi) konstateras att användningen av läkemedel med huvudsaklig indikation adhd har nära fyrfaldigats under perioden 2006 till och med 2011 [25]. Ökningen har skett för både män och kvinnor och i alla åldrar. Ökningen har varit högst hos vuxna som är 20 år och äldre, 472 procent för perioden 2006-2011. Hos unga under 20 år var ökningen under samma period 181 procent. 2006 behandlades 10 187 personer under 20 år med läkemedel för adhd och 2011 behandlades 30 501 personer under 20 år. 2006 var antalet nya användare under 20 år 5 069 och 2011 var antalet 10 315.

Socialstyrelsen har uppmärksammat denna kraftiga ökning och konstaterar att den kan ha flera orsaker. Det finns en ökad medvetenhet om adhd inte bara inom hälso- och sjukvård utan också inom skola och hos allmänheten. Hälso- och sjukvårdens resurser för att utreda adhd har ökat, vilket också kan ha bidragit till att diagnostisering och läkemedelsbehandling ökat. Socialstyrelsen konstaterar också att även om ökningen av läkemedel kan te sig dramatisk innebär den inte nödvändigtvis att en överförskrivning äger rum. Ökningen måste ställas i relation till prevalensen i olika åldersgrupper. Ökningen ger dock Socialstyrelsen anledning att bevaka utvecklingen av förskrivningen av läkemedel vid adhd [26].

Socialstyrelsen konstaterar också att Läkemedelsverket rekommenderar dessa läkemedel som en del i ett behandlingsprogram för att komplettera olika pedagogiska och psykosociala insatser om dessa inte varit tillräckliga [26].

I Socialstyrelsens intervjuer med landstingen har det framförts olika hypoteser och tankar om den kraftiga ökningen av barn och unga som söker för misstänkt neuropsykiatrisk diagnos. En sådan hypotes är att om det tidigare funnits en underdiagnostisering och därmed ett uppdämt behov borde

inflödet plana ut. Några av de intervjuade ställer också frågan om en delförklaring till ökningen kan vara resursbrister inom skolan. Har vissa skolorna svårt att få extra resurser för särskilt stöd till elever som behöver detta men som saknar diagnos?

Ansvarsfördelningen vad gäller både utredning och behandling av neuropsykiatriska tillstånd har setts över eller planeras i flera landsting.

Psykiatrisk slutenvård

Andelen unga i åldern 0-19 år som vårdas inom psykiatrisk slutenvård har ökat under 2000-talet och det gäller framförallt unga med ångest och depression [21]. Ökningen är särskilt tydlig för flickor och unga kvinnor. 2010 vårdades 0,2 procent av alla flickor och unga kvinnor och 0,1 procent av alla pojkar och unga män i åldrarna 0-19 år inom barn- och ungdomspsykiatrisk eller allmänpsykiatrisk slutenvård.

Alla landsting har inte egna slutenvårdsplatser inom barn- och ungdomspsykiatri. Den kartläggning av vårdplatser som Socialstyrelsen gjort visar ingen större förändring jämfört med den kartläggning som SKL gjorde 2009/2010.

Vem ansvarar för vad?

Gränsdragningsproblem och otydligheter vad gäller ansvarsfördelning förekommer både mellan verksamheter inom landstingen exempelvis inom den första linjen och mellan landsting och kommun.

I slutrapporten från Modellområdesprojektet framförs att en återkommande beskrivning från alla modellområden är gränsdragningsproblem inom och mellan huvudmännen. Meningsskiljaktigheter är vanliga om vilken verksamhet som bör utreda och kartlägga barn med misstänkt neuropsykiatrisk tillstånd (skola/BUP) eller barn med multiproblematik (socialtjänst/BUP/habilitering).

Alla landsting har samverkan och samordning med kommuner och andra aktörer i länen inom ett stort antal områden. I den kartläggning som Socialstyrelsen gjort har framförallt skolan och elevhälsan varit i fokus. Flera landsting vittnar om en stor logistisk utmaning i att få till stånd avtal eller andra former av samverkansöverenskommelser med ett stort antal kommuner och enskilda skolor. Då BUP:s verksamhet har blivit alltmer specialiserad och centraliserad underlättas inte heller möjligheten att sluta lokala överenskommelser.

I några län har landstinget och kommuner, ibland ”under blod, svett och tårar” gemensamt lyckats komma fram till samverkansavtal.

Flera utmaningar

En satsning på en tydligare första linje och på en ökad psykosocial och psykologisk kompetens kan ses i många landsting, och därmed behov av ökade resurser inom dessa områden. Samtidigt framförs behov av fler specialistläkare inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, bland annat mot

bakgrund av en ökad medicinering och även behovet av differentialdiagnostik.

Flertalet landsting framför också att de mer eller mindre konstant har rekryteringsproblem, även om yrkesgrupperna varierar. Flera menar det är svårt att rekrytera erfaren personal. Landstingen står också inför stora pensionsavgångar inom det barn- och ungdomspsykiatriska området. Detta försvårar handledning av yngre kollegor. Rekryteringsproblemen är inte bara ett glesbygdsfenomen.

Mot denna bakgrund ska tillgänglighetssatsningen och kraven som den förstärkta vårdgarantin ställer genomföras. Flertalet landsting framför positiva erfarenheter av tillgänglighetssatsningen som har satt fokus på viktiga områden och effektiviserat köhantering och vårdprocesser. Stimulansmedlen ses som ett välkommet och ibland nödvändigt tillskott för att kunna genomföra förändringen. Flera landsting uttrycker samtidigt en oro över den ensidiga fokuseringen på tillgänglighet vilket gör att kvalitetsaspekter i utrednings- och behandlingsarbetet kommer i andra hand.

Socialstyrelsen konstaterar sammanfattningsvis:

- 14 av 21 landsting samtliga krav för att erhålla 2011 års statsbidrag för den förstärkta vårdgarantin. Västerbotten klarade inga krav och fick inte ta del av medlen.
- Landstingen ger fortsatt blandat ”ris och ros” för tillgänglighetssatsningen. Den sporrar till förbättringsarbete och verksamhetsutveckling men ensidigt fokus på tillgänglighet gör att andra kvalitetsaspekter kommer i skymundan.
- Landstingen har rekryterings- och bemanningsproblem inom verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa. Strategier behöver utvecklas för att mer kraftfullt bemöta detta problem.
- Vem ansvarar för vad? Gränsdragningsproblem och otydlig ansvarsfördelning förekommer mellan verksamheter inom landstinget och mellan landsting och kommun och med enskilda skolor.
- Flera landsting är på väg att utveckla en första linje och förtydliga den specialiserade nivåns uppdrag. Engagemanget för förändringen är stort även om den inte går friktionsfritt.
- Landstingen står inför stora utmaningar när en fortsatt kraftsamling behövs både till att klara den förstärkta vårdgarantin och till att bygga upp en första linjens hälso- och sjukvård inom landstinget. För båda dessa processer krävs också samverkan med andra aktörer i länet.

Regeringen har i maj 2012 beslutat om en fortsatt satsning på barn och unga med psykisk ohälsa för 2012 – 2016 [18]. Socialstyrelsen har bland annat 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. Socialstyrelsen ska också fortsätta att följa upp tillgänglighetssatsningen och den förstärkta vårdgarantin.

Mot bakgrund av de resultat som framkommit i Socialstyrelsens uppföljning och de nya regeringsuppdragen kommer Socialstyrelsen under hösten 2012 att se över sina insatser för målgruppen.

Referenser

1. 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.
2. Godkännande av överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Regeringsbeslut nr I:28 2010-12-22.
3. Satsning på landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa 2007. Socialstyrelsen; 2008.
4. Satsning på hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa 2008. Socialstyrelsen; 2009.
5. Satsning på en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2009. Socialstyrelsen; 2010.
6. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Uppföljning av 2010 års statsbidrag för en förstärkt vårdgaranti. Socialstyrelsen; 2011.
7. Godkännande av överenskommelse om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Regeringsbeslut nr I:7 2011-12-15.
8. Godkännande av en överenskommelse om intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa. Regeringsbeslut I:10 2011-06-22.
9. Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga. Slutredovisning för perioden 2009 – 2011. SKL, januari 2012.
10. Uppdrag att genomföra insatser för en förstärkt elevhälsa. Regeringsbeslut nr I:5 2011-10-27.
11. Skolinspektionen. Flygande inspektion – elevhälsa. Webb <http://www.skolinspektionen.se/sv/Tillsyn--granskning/Flygande-tillsyn/Elevhalsa/>
12. 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
13. Godkännande av en överenskommelse om förbättringar inom den psykiatriska heldygnsvården. Regeringsbeslut nr I:18 2011 12-20.
14. Kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården. Barn- och ungdomspsykiatri. SKL; dnr 08/3748 2011-03-08.
15. Uppdrag att förstärka tillsynen över den psykiatriska hälso- och sjukvården. Regeringsbeslut nr I:2 2012-05-03.
16. Barn- och ungdomspsykiatri - vård på olika villkor. Rapport från nationell tillsyn. Socialstyrelsen; 2009.
17. Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – Vem tar hand om dem? Socialstyrelsen; 2010.
18. PRIO psykisk ohälsa – plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012 – 2016. Regeringskansliet, Socialdepartementet; 25 maj 2012.

19. Bemyndigande att ingå överenskommelse om riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Regeringsbeslut nr I:5 2012-05-24.
20. Uppdrag om insatser inom området psykisk ohälsa. Regeringsbeslut I:4 12-05-24.
21. Uppföljning av den nationella vårdgarantin och ”kömiljarden”. Årsrapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.
22. Information 2010-05-31; Frivilligt väntande/patientvald väntan. Riktlinjer för frivilligt väntande/patientvald väntan. Det nationella vårdgarantiarbetet. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
23. Granskning av hälso- och sjukvårdsnämndens styrning och uppföljning av BUP. Landstingsrevisionen. Rapport nr 21/2011. Västerbottens läns landsting; februari 2012.
24. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport. Socialstyrelsen; 2005.
25. Läkemedel vid ADHD m.m. i Sverige 2006-2011. NEPI-rapport februari 2012.
26. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012. Socialstyrelsen; 2012.

Bilaga 1. Väntetider till första besök BUP

Tabell: 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, oktober 2010, mars 2011, oktober 2011, mars 2012. Källa: Sveriges kommuner och landsting. Väntetider i vården.

Landsting	Mars 2010			Oktober 2010			Mars 2011			Oktober 2011			Mars 2012		
	Totalt antal väntande	Andel som väntat >90 dgr	Andel patientvald väntan	Totalt antal väntande	Andel som väntat >90 dgr	Andel patientvald väntan	Totalt antal väntande	Andel som väntat >90 dgr	Andel patientvald väntan	Totalt antal väntande	Andel som väntat >90 dgr	Andel patientvald väntan	Totalt antal väntande	Andel som väntat >90 dgr	Andel patientvald väntan
Stockholm	1345	0,8	9,7	1118	0,5	5,2	1486	0,5	8,3	1310	1,2	9,4	1385	0	12,3
Uppsala	153	0	28,1	86	0	0	76	0	1,3	85	0	2,4	67	0	3,0
Sörmland	90	0	35,6	78	2,6	0	106	0,9	1,9	76	0	2,6	91	1,1	3,3
Östergötland	67	0	13,4	74	0	0	94	1,1	1,1	111	0	2,7	149	0	1,3
Jönköping	70	0	24,3	58	0	0	77	0	0	65	0	0	67	0	0
Kronoberg	49	0	2,0	31	0	0	49	0	0	35	0	2,9	60	0	0
Kalmar	98	0	14,3	61	0	0	76	0	1,3	65	0	0	71	0	1,4
Gotland	6	0	16,7	5	0	0	31	0	0	19	0	0	27	0	0
Blekinge	50	0	42,0	42	0	2,4	47	0	2,1	37	0	0	49	0	0
Skåne	381	0	27,8	371	0	0	449	0,4	0,2	452	0	0	517	0,2	0,8
Halland	107	0,9	9,3	68	0	4,4	122	0	6,6	75	0	1,3	109	0	1,8
Västra Götaland	293	0	9,6	256	0	0	364	1,1	0	298	1,3	1,0	294	0,7	0,3
Värmland	130	0	10,0	73	0	0	91	0	1,1	63	0	0	115	0	0
Örebro	143	0,7	7,0	80	0	0	49	6,1	8,2	28	0	7,1	30	0	0
Västmanland	76	0	11,8	76	0	2,6	82	1,2	1,2	105	0	0	86	1,2	1,2
Dalarna	77	0	22,1	93	0	3,2	176	6,3	2,8	118	9,3	0	98	1,0	0
Gävleborg	71	0	25,4	89	0	0	98	0	0	83	1,2	0	141	2,1	1,4
Västernorrland	75	0	5,3	43	0	0	62	0	0	69	0	0	60	0	0
Jämtland	52	0	11,5	61	1,6	0	64	0	3,1	39	0	2,6	42	0	2,4
Västerbotten	190	17,9	2,1	134	3,0	9,7	248	16,1	7,3	222	27,0	12,2	246	17,5	5,3
Norrbottn	65	1,5	38,5	69	0	0	51	0	0	61	0	1,6	53	0	0
Riket	3588	1,3	14,5	2966	0,4	2,7	3898	1,8	4,3	3416	2,7	4,9	3757	1,4	5,4

Bilaga 2. Ekonomisk redovisning av 2011 års statsbidrag

Fördelning av 2011 års statsbidrag över olika verksamheter

Statsbidraget fördelades enligt direktiven ut till landstingen i december 2011. Vid uppföljningen mars 2012 hade inte alla landsting hunnit fördela medlen på olika verksamheter eller insatser, eller bara hunnit planera dessa mer översiktligt. Redovisningen ger därmed en relativt grov bild av fördelningen på olika verksamheter eller insatser.

Stockholm

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

24 964 165 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri

ca 20 mnkr

Barn- och ungdomshabilitering

ca 4,9 mnkr

Uppsala

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

9 930 817 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri

8 mnkr

Ungdomsmottagningarna

0,6 mnkr

Barn- och ungdomshabilitering

1,3 mnkr

Sörmland

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

7 992 406 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri

Fördelning ej klar

Barn- och ungdomshabilitering

Barn- och ungdomsmedicin

Vuxenpsykiatri

Primärvård

Östergötland

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

12 654 223 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri
Barn- och ungdomshabilitering
Primärvården
Ungdomsmottagningarna
Privata utförare neuropsykiatri

Går ej specificera per verksamhet

Internetbaserad KBT behandling
Tilläggsersättning, vårdprocess-
program och ökad produktion
neuropsykiatri

1,2 mnkr

11,5 mnkr

Jönköping

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

9 919 073 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri
Väntetider, neuropsykiatriska tillstånd,
barnhabilitering
Mödra- och barnhälsovård
Övriga projekt, länsövergripande

5,5 mnkr

2,0 mnkr

0,4 mnkr

2,0 mnkr

Kronoberg

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

2 208 675 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri

2,2 mnkr

Kalmar

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

2 791 281 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri
Anorexi- och bulimicenter

2,2 mnkr

0,6 mnkr

Region Gotland

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

1 685 789 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri

1,7 mnkr

Blekinge

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

4 500 096 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri och
barn- och ungdomshabilitering

4,5 mnkr

Region Skåne

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

36 736 819 kronor

Barnhälsovårdspsykologer

1 mnkr

Primärvård

ca 0,75 mnkr

Barn- och ungdomspsykiatri

20 mnkr

Barn- och ungdomsmedicin

ca 0,25 mnkr

Annat, bl. a samverkan verksamheter

4 mnkr

Kvar att fördela

ca 10 mnkr

Halland

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

3 606 220 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri

3,6 mnkr

Västra Götalandsregionen

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

46 655 041 kronor

År 2012 har det gjorts en förstärkning i regionens budget motsvarande statsbidraget. Avseende statsbidraget 2011 pågår beredning av hur det ska användas

Värmland

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

8 015 103 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri

5,0 mnkr

Barn- och mödrahälsovård

1,2 mnkr

Ungdomsmottagning

1,1 mnkr

Primärvård/vårdcentral

0,2 mnkr

Kvar att fördela

ca 0,5 mnkr

Örebro

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

8 253 601 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri

3 mnkr

Primärvård/vårdcentral

3 mnkr

Ungdomsmottagning

2 mnkr

Barnhälsovård

0,2 mnkr

Västmanland

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

3 038 656 kronor

Primärvård

3 mnkr

Dalarna

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

4 816 068 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri

2 mnkr

Barn- och ungdomshabilitering

2 mnkr

Barn- och mödrahälsovård samt

ca 0,8 mnkr

Primärvård

Gävleborg

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

8 111 348 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri

ca 3,8 mnkr

Barn- och ungdomshabilitering

ca 1,6 mnkr

Kvar att fördela

ca 2,7 mnkr

Västernorrland

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

7 113 604 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri

5,4 mnkr

Barn- och ungdomshabilitering

0,9 mnkr

Vuxenpsykiatri

0,5 mnkr

Logoped

0,3 mnkr

Jämtland

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

3 709 171 kronor

Barn- och ungdomspsykiatri
Barn- och ungdomshabilitering
Mödrahälsovård
Barnhälsovård
Ungdomsmottagning
Ungdomspsykiatrisk mottagning

Ej fördelat över verksamheter

Västerbotten

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

0 kronor

Västerbotten uppfyllde inte kraven för att få del av 2011 års statsbidrag.

Norrbotten

Verksamhetsområde

Tilldelade medel 2011

7 297 844 kronor

Medlen hade inte fördelats vid uppföljning våren 2012.

Bilaga 3. Faktablad landstingens verksamheter

Stockholm

Stockholms län

Befolkningsmängd 31 december 2011

2 091 473 personer

Antal kommuner

Tjugosex kommuner

varav befolkningsrikast

Stockholms kommun, 864 324 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 (BUP), allmänpsykiatri, habilitering, avancerad hemsjukvård, hjälpmedelsverksamhet samt geriatrik.

Den landstingsdrivna barn- och ungdomspsykiatrien 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. Utöver det finns två privat drivna öppenvårdsmottagningar samt Norrtälje BUP som drivs av Tiohundra AB.

Inom BUP finns vidare fyra mellanvårdsteam som ansvarar för respektive geografiskt verksamhetsområde. Mellanvårdens funktion är att förstärka den lokala öppenvården och erbjuda extra intensiva insatser till patienter med stora vårdbehov. Utöver dessa verksamheter finns också ett antal länsövergripande specialenheter inom BUP-divisionen. Landstinget bedriver heldygnsvård vid Södersjukhuset.

Speci enheter

BUP-divisionen driver ett tiotal länsövergripande specialmottagningar med olika behandlingsuppdrag. Två exempel är BUP Grinden för barn och unga som har upplevt våld eller sexuella övergrepp och BUP Lunden, vars målgrupp är barn och unga och familjer som är i behov av olika typer av barnpsykiatriska vårdinsatser och befinner sig i migrationens olika faser. Man bedriver också särskilda verksamheter för döva och hörselskadade barn och unga. DBT-team finns också som bedriver dialektisk beteendeterapi.

Speci enheternas uppdrag omfattar förutom behandlingsarbete även konsultation till de lokala öppenvårdsmottagningarna och andra samarbetspartners, kunskapsspridning och kunskapsutveckling.

Privata aktörer

Stockholms läns landsting har avtal med flera privata aktörer inom barn- och ungdomspsykiatri. Till exempel har landstinget 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 bland annat driver en länsövergripande mottagning för barn och unga med tvångssyndrom (OCD).

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling

Med neuropsykiatriska tillstånd avses i detta sammanhang i första hand ADHD och autismspektrumtillstånd. I Stockholms län utreds och behandlas barn med misstänkt ADHD inom både barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) och inom BUP, där BUP utreder och behandlar barn med mer komplex och sammansatt problembild. Barn- och ungdomsmedicin kommer under år 2013 att bli ett vårdvalsområde, vilket kan innebära förändringar i uppdrag och ansvarsområde vad gäller utredning och behandling av barn med ADHD. Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting ansvarar för autismspektrumutredningar.

För att undvika att köer ska uppstå har Hälso- och sjukvårdsförvaltningen upphandlat tre företag som kan göra neuropsykiatriska utredningar på remiss från BUP och BUMM. BUPs behov av att nyttja underleverantörerna har minskat.

Heldygnsvård

Landstinget har totalt 27 vårdplatser för barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård lokaliserad i anslutning till Södersjukhuset i Stockholm. Heldygnsvården består av två vårdavdelningar och platser i lägenhetsvård. Dessutom finns 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 den 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

I landstingets förfrågningsunderlag för primärvården år 2011 uttrycks att primärvården utgör första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Primärvården ska kunna erbjuda psykosociala insatser av personal med särskild kompetens, såsom socionom med vidareutbildning,

legitimerad psykolog/psykoterapeut eller annan hälso- och sjukvårdsutbildning med grundläggande psykoterapiutbildning. I förfrågningsunderlaget för primärvården år 2012 förtydligas att primärvårdens har ansvar för lättare till måttlig psykisk ohälsa hos barn och unga.

Trots att primärvården har det formella uppdraget att utgöra första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa, finns praktiska problem i organisationen av första linjens vård. För närvarande pågår en utredning i landstinget om hur framtidens första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med lättare till måttlig psykisk ohälsa kan organiseras. Den beräknas vara klar år 2012.

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 behövs tydliga rutiner t.ex. när skolan initierar behovet av utredning för misstänkt ADHD- eller autismspektrumfrågeställning. En pågående dialog finns med KSL för att försöka hitta en samsyn med länets skolor. Den processen inkluderar dock inte friskolorna på grund av att dessa inte styrs av kommunerna utan lyder direkt under Skolverket.

Uppsala

Uppsala län

Befolkningsmängd 31 december 2011

338 630 personer

Antal kommuner

Åtta kommuner

varav befolkningsrikast

Uppsala kommun, 200 001 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Uppsala läns landsting är organiserat i sju förvaltningar. Landstingets specialiserade psykiatriska verksamheter utgör en psykiatridivision inom förvaltningen Akademiska sjukhuset. Barn- och ungdomspsykiatri utgör en länsövergripande klinik som leds av en gemensam verksamhetschef. Inom BUP finns öppenvårdsmottagningar på fyra geografiska platser i länet. Habiliteringen och hjälpmedel respektive primärvården utgör egna förvaltningar.

Inom BUP finns fyra öppenvårdsmottagningar i Enköping, Tierp, Uppsala och Östhammar. Landstinget bedriver heldygnsvård vid Akademiska sjukhuset.

I anslutning till akutmottagningen finns en telefonrådgivning dygnet runt för länet. Denna fungerar som en ingång till BUP och öppenvården. BUP har utvecklat ett datasystem som omfattar en strukturerad rådgivning, bedömning, besluts- och dokumentationsstöd.

Specialistmottagningar

Inom BUP finns sex länsövergripande specialistmottagningar med uppdrag kring olika psykiatriska sjukdomar och diagnoser. Till exempel finns en specialiserad enhet för komplex neuropsykiatrisk problematik. Enheten ansvarar för utredningar av neuropsykiatriska frågeställningar där neuropsykiatrisk specialistkompetens krävs. Inom BUP finns också en Neuropsykiatrisk behandlingsenhet för barn och unga med diagnostiserad adhd, misstänkt psykosjukdom, bipolär sjukdom, begynnande schizofreni och tvångssyndrom.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling

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"

Landstinget bedriver en mottagning tillsammans med gymnasieskolan i Uppsala kommun (Ungdomspsykiatriska Mottagningen) med personal från skolan och BUP. Begreppet "Unga vuxna" finns inom Vuxenpsykiatri ålder 18-25.

"Första linje" inom landstinget

Landstinget har sedan flera år arbetat med att tydliggöra olika vårdaktörers ansvar för barn och unga med psykisk ohälsa. Idag finns 14,5 psykologtjänster inom primärvården med uppdrag kring barn och ungdomar inklusive psykisk hälsa. Psykologtjänsterna är uppdelade mellan vårdcentraler och ungdomsmottagningar och är geografiskt placerade baserade på befolkningsunderlag.

Distriktsläkare och den centrala telefonrådgivningen remitterar till psykologerna i primärvården.

Primärvårdens uppdrag kring barn och unga med psykisk ohälsa uttrycks inte tydligt i landstingets förfrågningsunderlag till primärvården. I 2011 års förfrågningsunderlag uttrycks endast att primärvården ansvarar för en nära och basal sjukvård utan avgränsning vad gäller sjukdom eller ålder.

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. Den omfattar såväl barn och ungdomar som vuxna. Utifrån överenskommelsen har landstinget skrivit lokala samsamarbetsavtal med samtliga kommuner där ansvarsfördelning och gränsdragningar tydliggörs.

Samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa startade i och med ett projekt år 2000, Vardagsnära Insatser med Tydlig Samverkan (VITS). Verksamheten bedrevs initialt som ett projekt på fyra år och innefattade samtliga sju kommuner i länet och landstinget. Idag är projekten permanentade.

Sörmland

Sörmlands län

Befolkningsmängd 31 december 2011

272 563 personer

Antal kommuner

Nio kommuner

varav befolkningsrikast

Eskilstuna, 97 596 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstinget är indelat i sju förvaltningar. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är indelad i divisionerna länssjukvård, närvård, primärvård och medicinsk service.

Barn- och ungdomspsykiatri och allmänpsykiatri återfinns inom division närvård. Barn- och ungdomshabiliteringen finns organisatoriskt inom förvaltningen Habilitering och Hjälpmedel. För närvarande pågår en översyn av förvaltningarnas divisionsstruktur. Till exempel diskuteras om BUP och allmänpsykiatri bör utgöra en egen psykiatridivision.

BUP består av två kliniker, BUP norr i Eskilstuna och BUP söder/väster i Katrineholm/Nyköping. Totalt finns öppenvårdsmottagningar på tre geografiska platser i länet. Sedan februari år 2011 leds de två BUP klinikerna av samma verksamhetschef. Från och med augusti 2012 planeras en sammanslagning av BUP:s verksamheter till en länsövergripande klinik med en gemensam verksamhetschef. Beslut kommer att fattas under sommaren.

Specialistmottagningar

I landstinget finns två verksamheter för ätstörningsvård. I BUP Eskilstuna finns ett tvärteam bemannad med personal från öppenvårdsmottagningen. I BUP Katrineholm/Nyköping finns en egen ätstörningsmottagning.

Inom BUP Eskilstuna finns också mindre subspecialiserade team.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling

BUP och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) har fått i uppdrag av landstingsdirektören att se över vårdkedjan för barn och unga med neuropsykiatriska funktionstillstånd. Enligt den nuvarande ordningen ingår i BUP:s uppdrag att genomföra utredningar av adhd och Tourettes syndrom. 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 vårdkedjeprojektet för neuropsykiatriska funktionstillstånd finns en samverkansenhet med personal från BUP och BUH samt barnneurologkompetens. Samverkansenheten diskuterar och bedömer komplexa ärenden för att undvika gränsdragningsproblem och hitta gemensamma lösningar.

Heldygnsvård

Landstinget har inga vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård av barn och unga. För patienter i behov av inskrivning i slutenvård har landstinget ett avtal med Landstinget Västmanland. Enligt avtalet har Landstinget Sörmland möjlighet att remittera patienter till inskrivning i slutenvård på Västerås sjukhus på samma indikatorer som gäller för patienter inom Landstinget Västmanland.

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

Verksamhet för "unga vuxna"

Inom BUP Katrineholm/Nyköping finns en samtalsmottagning för "unga vuxna" i åldrarna 16 till 23 år.

"Första linje" inom landstinget

Landstinget har inte definierat första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. I 2012 års förfrågningsunderlag för primärvården uttrycks att psykisk ohälsa är ett strategiskt viktigt område för primärvården att arbeta långsiktigt och systematiskt med för att uppnå en hälsofrämjande primärvård. Det framgår dock inte vilket ansvar primärvården har för barn och unga.

Landstingsdirektören har nyligen beslutat om ett utredningsuppdrag om en första linje för barn och unga med psykisk ohälsa. 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 samtliga kommuner i länet om elevhälsans ansvar. Överenskommelsen reglerar samverkan och finns specificerad för samtliga nio kommuner i länet. Överenskommelsen revideras kontinuerligt. Skolverket är medaktör i samverkan.

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

Östergötland

Östergötlands län

Befolkningsmängd 31 december 2011

431 075 personer

Antal kommuner

Tretton kommuner

varav befolkningsrikast

Linköpings kommun, 147 334 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatrin

Landstinget är indelat i tre länsdelar; östra, västra och centrala länsdelen. Varje länsdel utgör ett eget närsjukvårdsområde. Finspång utgör ett eget närsjukvårdsområde. Inom närsjukvårdsområdena finns ett flertal verksamhetsområden, såsom allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri (BUP), barn- och ungdomshabilitering (BUH) och primärvård. Närsjukvården i Finspång har ingen barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet.

I den centrala och östra länsdelen utgör BUP egna kliniker som leds av en verksamhetschef. I den västra länsdelen finns BUP organisatoriskt i en gemensam klinik med allmänpsykiatrin. Öppenvårdsmottagningar finns i Norrköping, Linköping, Mjölby/Motala och Åtvidaberg/Kinda/Ydre. Mottagningarna Mjölby/Motala och Åtvidaberg/Kinda/Ydre är privata. Landstinget bedriver heldygnsvård vid Linköpings universitetssjukhus.

För att samordna arbetet kring landstingets psykiatriska verksamheter finns ett psykiatrichefsnätverk. Samtliga chefer för landstingsdrivna psykiatriverksamheter finns representerade i nätverket. Nätverksgruppen träffas regelbundet för att diskutera strategiskt viktiga frågor. Privata utförare bjuds regelbundet in att delta vid vissa tillfällen.

Specialistmottagningar

I centrala länsdelen finns den länsövergripande verksamheten BUP Elefanten, som är specialiserad på barn och unga som varit utsatta för sexuella övergrepp eller våld. Inom BUP i centrala och östra länsdelarna finns team som specialiserat sig på ätstörningsproblematik och neuropsykiatriska funktionsstillstånd. I den västra länsdelen finns ett ätstörningsteam med länsövergripande verksamhet.

I den centrala och den östra länsdelen finns också mellanvårdsteam som kopplas in när öppenvårdens resurser inte är tillräckliga, men slutenvårdens omhändertagandenivå bedöms för hög. Även den privata utföraren i den västra länsdelen erbjuder mellanvård.

Privata aktörer

I den västra länsdelen bedrivs BUP:s öppenvårdsmottagningar av Psykiatripartners Barn och Ungdom på landstingets uppdrag. Psykiatripartners driver två öppenvårdsmottagningar i den västra länsdelen, i Motala och Mjölby.

I den centrala länsdelen, i Åtvidaberg/Kinda/Ydre, finns en tredje privat BUP-mottagning som drivs av Barn och familjepedagogiskt centrum.

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling

Landstinget har slutit en överenskommelse mellan BUP och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) om ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling. BUP ansvarar för utredningar med frågeställningar kring adhd. BUH ansvarar för autismspektrumutredningar.

Under våren 2012 planerar landstinget att färdigställa ett länsövergripande vårdprogram och vårdprocessprogram gällande neuropsykiatriska diagnoser. Förhoppningen är att dessa dokument ytterligare bl.a. ska förenkla och förtydliga ansvarsfördelningen mellan BUP och HUB gällande neuropsykiatriska funktionstillstånd.

Heldygnsvård

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

Verksamhet för "unga vuxna"

I samtliga större kommuner och i en del mindre kommuner i landstinget finns Ungdomshälsan, en verksamhet inom första linjen. Verksamheten riktar sig till ungdomar upp till 25 år. Ungdomshälsan är en utveckling av ungdomsmottagningarna och är ett samarbete mellan kommun och landsting. Till verksamheten kan ungdomar vända sig som känner sig till exempel nedstämda, har ångestproblem eller problem med alkohol och droger.

"Första linje" inom landstinget

I landstingets förfrågningsunderlag till primärvården år 2012 uttrycks att primärvården ska erbjuda rådgivning, utredning och behandling av psykiska sjukdomar som inte kräver sjukhusets resurser eller annan särskild kompetens. Dock skrivs inget specifikt om målgruppen barn och unga med psykisk ohälsa.

Ungdomshälsan betraktas som första linjen. För barn i åldern 6-13 år har landstinget i projektform drivit s.k. "barnhälsor" i Motala, Norrköping och Linköping. Barnhälsorna är organisatoriskt placerade inom närsjukvården. Primärvården ingår i planering och uppdrag men finansieringen har lagts i närsjukvården. Syftet med barnhälsorna är att vara en förstärkning av första linjen för barn. Landstingets ambition är att permanenta verksamheterna, men tills vidare fortsätter de i projektform.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Östergötlands läns landsting har inte slutit något länsövergripande samverkansavtal med skolorna i länet om elevhälsans ansvar för barn och unga med psykisk ohälsa. Hur samverkan fungerar i praktiken varierar mellan olika kommuner och mellan olika skolor i länet.

I länet finns ett samverkansnätverk, Barnuppdraget, med representanter från både landstinget och kommunerna, inklusive skolan. Inom Barnuppdraget har två frågor diskuterats, dels första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa och dels åtgärder vid stor skolfrånvaro.

Jönköping

Jönköpings län

Befolkningsmängd 31 december 2011

337 896 personer

Antal kommuner

Tretton kommuner

varav befolkningsrikast

Jönköpings kommun, 128 305 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstinget har delat in den specialiserade hälso- och sjukvården i tre sjukvårdsområden; Jönköping, Högländet och Värnamo. Landstingets specialiserade psykiatriverksamhet, inklusive barn- och ungdomspsykiatri, återfinns inom de tre sjukvårdsområdena. Barn- och ungdomshabiliteringen finns också organisatoriskt inom de tre sjukvårdsområdena. Den landstingsdrivna primärvården finns inom en egen förvaltning, Vårdcentralerna Bra Liv.

I Jönköpings sjukvårdsområde utgör BUP en egen klinik. I sjukvårdsområdena Högländet och Värnamo ingår BUP i den psykiatriska kliniken. En eventuell sammanslagning har utretts men man fann att detta inte vore lämpligt utan samverkan bör istället öka. Verksamhetscheferna och de medicinskt ansvariga för psykiatri, inklusive BUP, ingår i en länsledningsgrupp. Landstinget bedriver heldygnsvård vid Ryhovs sjukhus i Jönköping.

Specialistmottagningar

Inom BUP i Jönköpings sjukvårdsområde finns en länsövergripande anorexienhet geografiskt placerad på Ryhovs länssjukhus. Behandling vid anorexienheten sker i öppenvård eller dagvård.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling

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 och BUH ansvarar för behandling för de patienter med ADHD och AST som ingår i våra respektive åtagande. Det innebär att BUH ansvarar för behandling för barn med ADHD och AST om de samtidigt har utvecklingsstörning DCD och/eller grav språkstörning. BUP tar resten.

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

Primärvårdens uppdrag och ansvar för målgruppen framgår inte tydligt av landstingets förfrågningsunderlag till primärvården.

Inom landstinget pågår ett gemensamt arbete mellan primärvård och BUP med att ta fram Faktadokument (allmänt kliniskt kunskapsstöd) för barn och unga med psykisk ohälsa. Faktadokumentet ska utgöra länsövergripande beslutstöd i det grundläggande medicinska arbetet och kommer tas fram för olika diagnoser. Faktadokumentet ska innehålla information om bland annat utrednings- och behandlingsansvar per diagnos. Förhoppningen är att faktadokumentet på så sätt kommer att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan primärvård och den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

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

Ett länsövergripande etablerad samverkansmodell Barndialogen finns mellan kommunerna och landstinget. En styrgrupp med representanter från verksamheter inom både kommunerna, inklusive elevhälsovården, och landstinget styr Barndialogen. Det dagliga arbetet leds av en samordnare anställd vid landstingets kansli. Arbetet i Barndialogen är uppdelat i olika processer vilka leds av processledare. En process inom Barndialogen är Barns psykiska hälsa. Processledaren är skolläkare.

Kronoberg

Kronobergs län

Befolkningsmängd 31 december 2011

184 654 personer

Antal kommuner

Åtta kommuner

varav befolkningsrikast

Växjö kommun, 83 710 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstinget har en centrumorganisation. Barn- och ungdomspsykiatrien ingår tillsammans med barn- och ungdomshabiliteringen, barn- och ungdomskliniken och kvinnokliniken i Barn- och kvinnocentrum. Primärvården finns organisatoriskt inom Primärvårds- och rehabcentrum.

BUP är en länsklirik med öppenvårdsmottagningar på två geografiska platser i länet; Växjö och Ljungby. Under senaste halvåret har BUP i Växjö sett över sina interna arbetsprocesser. Översynen kommer att resultera i en omorganisation. Bland annat kommer en neuropsykiatrisk enhet att bildas inom BUP.

Specialistmottagningar

Vid BUP i Växjö finns en länsövergripande ätstörningsenhet för barn och unga. Knutet till BUP finns också ett konsultationsteam som arbetar konsultativt gentemot elevhälsan, socialtjänsten och primärvården.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling

Idag ingår i BUP:s uppdrag att genomföra adhd-utredningar medan barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) ansvarar för autismspektrumutredningar. BUH ansvarar även för adhd-utredningar där det finns en samtidig misstanke om utvecklingsstörning.

En neuropsykiatrisk enhet kommer att bildas inom BUP:s öppenvårdsmottagning i Växjö med uppdrag att ta emot, utreda och behandla barn och ungdomar med neuropsykiatriska symptom. Enheten kommer att bemannas med personal från både BUP och BUH.

Heldygnsvård

BUP har ingen egen vårdavdelning för psykiatrisk heldygnsvård. Istället har man tillgång till en avskild vårdplats inom vuxenpsykiatriens slutna psykosavdelning i Växjö. Platsen är avsedd för barn och unga med utåtagerande eller aggressiva symptom och behov av heldygnsvård samt tvångsvård. Plat-

sen får beläggas under 48 timmar. Vid fortsatt behov av heldygnsvård remitteras patienten till Halmstad. För barn och unga finns också möjlighet till inskrivning vid barnmedicinkliniken i Växjö där BUP har tillgång till två vårdplatser.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

I landstingets förfrågningsunderlag till primärvården år 2012 uttrycks att primärvården ska erbjuda bedömning och behandling av lindrigare och okomplicerad psykisk ohälsa till barn och ungdomar upp till 18 års ålder. För perioden 2012-2013 ska en kompetensförsörjningsplan för primärvården tas fram som ska stärka kompetensen kring barn och ungas psykiska ohälsa. I praktiken sträcker sig primärvårdens ansvar för målgruppen till att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och unga. Vid upptäckt ska primärvården remittera patienten vidare inom landstinget.

Barn- och kvinnocentrum planerar att under hösten 2012 starta Barn- och ungdomshälsan, som ska fungera som första linjen för barn och unga i ålderna 7-18 år med lättare psykisk ohälsa. Rekryteringsarbete pågår till kliniken. Enheten kommer organisatoriskt att finnas inom barn- och ungdomskliniken med lokaler centralt i Växjö. Enheten kommer också att ha möjlighet att vissa dagar i veckan befinna sig på vårdcentraler runt om i länet. Projektet ska samverka med skolor och elevhälsor och etablera en tydlig ansvarsfördelning mellan verksamheterna.

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. Med anledning av den nya skollagen (2010:800) som började gälla 1 juli 2011 kommer avtalet att revideras under år 2012.

Kalmar

Kalmar län

Befolkningsmängd 31 december 2011

233 090 personer

Antal kommuner

Tolv kommuner

varav befolkningsrikast

Kalmar kommun, 63 055 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

I landstinget finns en psykiatriförvaltning för all specialiserad psykiatrisk verksamhet. Primärvården utgör en egen förvaltning medan barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) finns inom förvaltningen hälso- och sjukvård, vilken består av de tre sjukhusen i länet.

BUP är en länsövergripande klinik som leds av en gemensam verksamhetschef. Den länsövergripande kliniken är indelad i BUP Söder och BUP Norr samt en länsövergripande slutenvård på länssjukhuset i Kalmar. I respektive område finns två öppenvårdsmottagningar, totalt finns mottagningar på fyra geografiska platser i länet. BUP Söder utgörs av en öppenvårdsmottagning i Kalmar, samt en filial i Nybro. I BUP Norr finns öppenvårdsmottagningar i Västervik, Oskarshamn och Vimmerby.

Specialistmottagningar

I landstinget finns ett AnorexiBulimiCenter (ABC) för personer i åldern 10-35 år med ätstörningsproblematik som också tillhör BUP-kliniken. Mottagningen har södra Kalmar län som upptagningsområde. Inom BUP Norr finns en ätstörningsverksamhet i Västervik i samarbete med vuxenpsykiatri.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling

I landstinget 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. I samband med ett arbete att ytterligare förtydliga BUP:s specialistuppdrag kommer ansvarsfördelningen mellan BUP och BUH att ses över.

Heldygnsvård

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

Verksamhet för "unga vuxna"

I länets samtliga kommuner finns unga vuxna mottagningar. Mottagningarna är ett samarbete mellan BUP, allmänpsykiatri och kommunerna. Syftet med mottagningarna är att tidigt identifiera och stödja ungdomar i åldrarna 16-24 år med lättare psykisk ohälsa.

"Första linje" inom landstinget

I landstingets förfrågningsunderlag till primärvården år 2012 framgår inte primärvårdens uppdrag och ansvar för målgruppen tydligt.

Under perioden 2012-2014 kommer psykiatriförvaltningen tillsammans med primärvårdsförvaltningen att påbörja ett arbete för att förtydliga första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har inte slutit något länsövergripande samverkansavtal med skolorna i länet. Hur samverkan fungerar i praktiken varierar mellan kommunerna. På en övergripande nivå är BUP och skolorna överens om att elevhälsan inte har något behandlingsansvar för barn och unga med psykisk ohälsa, utöver detta pågår diskussioner om ansvarsgränser mellan verksamheterna.

Gotland

Gotland

Befolkningsmängd 31 december 2011

57 308 personer

Antal kommuner

En kommun

varav befolkningsrikast

Gotlands kommun, 57 308 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Hälso- och sjukvården i region Gotland är organiserad i en så kallad matrisorganisation. Barn- och ungdomspsykiatri och allmänpsykiatri tillhör tillsammans med primärvården samma verksamhetsområde. Barn- och ungdomshabiliteringen tillhör resursområde Habilitering och Rehabilitering.

BUP består av en öppenvårdsmottagning, geografiskt placerad i Visby.

Specialistmottagningar

Eftersom region Gotland befolkningsmässigt är relativt litet och BUP endast har en öppenvårdsmottagning i regionen, har verksamheten valt att inte skapa subspecialiserade mottagningar eller team.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning vid neuropsykiatrisk utredning och behandling

I region Gotland ingår utredning och behandling av neuropsykiatriska funktionstillstånd i BUP:s uppdrag. Barn och unga med autismsdiagnos har rätt till vissa insatser från barn- och ungdomshabiliteringen (BUH).

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 vuxenpsykiatri.

Verksamhet för "unga vuxna"

Regionen har ingen särskild verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

Sedan hösten 2011 ingår i barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag att vara både landstingets första linje och landstingets specialistnivå för barn och unga med psykisk ohälsa.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

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

Blekinge

Blekinge län

Befolkningsmängd 31 december 2011

152 979 personer

Antal kommuner

Fem kommuner

varav befolkningsrikast

Karlskrona, 64 215 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Blekinge har under kort tid genomgått flera omorganisationer samtidigt som stora finansiella neddragningar har gjorts. Idag är Landstinget Blekinge uppdelat i fem förvaltningar. Inom förvaltningen Psykiatri och Habilitering ingår verksamhet för både vuxna och barn. Primärvården är en egen förvaltning.

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

Specialistmottagningar

Inom BUP:s verksamhet finns ett länsövergripande team som arbetar med dialektisk beteendeterapi (DBT). Vid öppenvårdsmottagningarna i Karlskrona och Karlshamn finns subspecialiserade team kring ätstörningsproblematik, neuropsykiatri och spädbarnsverksamhet.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning av neuropsykiatrisk utredning och behandling

BUP och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) tillhör samma förvaltning. Ett samverkansdokument finns mellan BUP och 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 där misstanke om samtidig utvecklingsstörning finns.

Heldygnsvård

BUP har två egna vårdplatser för 5-dygnsvård i Karlskrona. Vid behov av vård under helger, finns möjlighet att nyttja vuxenpsykiatrins lägenheter anpassade till psykiatrisk heldygnsvård. Vårdinsatser ges av personal från BUP.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget Blekinge har tidigare drivit en "unga vuxna mottagning". Denna verksamhet är dock nedlagd av besparingsskäl. Patienterna hänvisas till Ungdomsmottagningar eller övrig primärvård alternativt vid behov BUP eller vuxenpsykiatri i länet.

"Första linje" inom landstinget

Primärvårdens uppdrag kring barn och unga med psykisk ohälsa framgår inte tydligt i landstingets förfrågningsunderlag. I underlaget för 2012 fastställs att ett av primärvårdens grunduppdrag är insatser vid psykisk ohälsa, dock finns ingen speciell skrivning kring primärvårdens ansvar för målgruppen barn och unga med psykisk ohälsa.

Ansvarsfördelningen för målgruppen mellan BUP och primärvård är inte tydliggjord. För närvarande pågår ett arbete med att ta fram ett samverkansdokument om ansvarsfördelningen mellan BUP och primärvården.

Ungdomsmottagningar som finns i samtliga kommuner har uppdrag kring psykisk ohälsa. Unga upp till 26 år kan söka dit. Det pågår en uppbyggnad av psykosocial kompetens vid mottagningarna. Unga hänvisas till/får hjälp att kontakta mottagningarna när det gäller frågor som rör psykisk hälsa/ohälsa. Ungdomsmottagningarna och vårdcentralerna samverkar, vilket kan innebära att patienten erbjuds farmakologisk behandling på vårdcentral och samtalskontakt på ungdomsmottagningen. Samtliga mottagningar har samverkansmöte med skolornas elevhälsovård 1-2 ggr/år.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har tillsammans med elevhälsorna i länets kommuner arbetat fram ett länsöverskridande samverkansdokument som dock ännu inte är påskrivet. Samverkansdokumentet beskriver dels elevhälsans ansvar för barn och unga med psykisk ohälsa och dels remissförfarandet till BUP.

Kontinuerliga samverkansmöten genomförs mellan BUP, barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) och elevhälsan kring enskilda ärenden som bedöms vara särskilt komplexa.

Skåne

Region Skåne

Befolkningsmängd 31 december 2011

1 252 933 personer

Antal kommuner

Trettiofyra kommuner

varav befolkningsrikast

Malmö kommun, 302 835 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

I Region Skåne finns Psykiatri Skåne som omfattar hela den offentligt drivna specialiserade psykiatriska verksamheten.

Primärvården Skåne utgör en egen förvaltning. Barn- och ungdomshabiliteringen (BOU) finns inom förvaltningen Habilitering och hjälpmedel.

Barn- och ungdomspsykiatri utgör en division inom Psykiatri Skåne och den är indelad i fyra geografiska verksamhetsområden. Inom varje verksamhetsområde finns öppenvårdsmottagningar på flera geografiska platser. Totalt finns elva öppenvårdsmottagningar runt om i regionen. Den psykiatriska heldygnsvården för barn och unga utgör ett eget verksamhetsområde inom divisionen. Region Skåne bedriver heldygnsvård i Malmö.

Specialistmottagningar

Samtliga fyra geografiska verksamhetsområden inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har mellanvårdsverksamhet.

I verksamhetsområde Malmö/Trelleborg och Lund/Eslöv/Landskrona finns enheter som specialiserat sig på ätstörningsproblematik och neuropsykiatri. I Malmö finns också ett team som arbetar med krigs- och tortyrskadade barn och ungdomar. Ingen av dessa enheter har ett länsövergripande uppdrag.

I verksamhetsområde Lund/Eslöv/Landskrona finns ett team som specialiserat sig på psykossjukdomar och bipolära tillstånd. Teamet har ett länsövergripande uppdrag.

Privata aktörer

Landstinget har avtal med en mindre privatdriven enhet, Fenix. Fenix är placerad i Ängelholm. Mottagningen arbetar framför allt korttidsinriktat med olika former av psykoterapi.

Ansvarsfördelning av neuropsykiatrisk utredning och behandling

I Region Skåne ingår neuropsykiatriska utredningar och behandling efter fastställd diagnos i BUP:s kärnuppdrag. Neuropsykiatriska utredningar genomförs på samtliga öppenvårdsmottagningar i regionen, i verksamhets-

område Malmö/Trelleborg och Lund/Eslöv/Landskrona finns team som specialiserat sig på denna typ av problematik.

Vid autismdiagnos och samtidig utvecklingsstörning övergår behandlingsansvaret från BUP till barn- och ungdomshabiliteringen (BOU).

BUP och BOU har ett pågående uppdrag att utforma ett gemensamt samverkansdokument.

Heldygnsvård

Region Skånes psykiatriska heldygnsvård för barn och unga är i huvudsak placerad i Malmö. I Malmö finns en akutavdelning med elva vårdplatser. I Malmö finns också en behandlingsavdelning med sex vårdplatser för heldygnsvård.

BUP driver även ett behandlingshem med integrerad högstadieskola i Malmö.

Verksamhet för "unga vuxna"

Regionen 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 medelsvår psykisk ohälsa.

"Första linje" inom landstinget

I regionens förfrågningsunderlag till primärvården för år 2012 framgår att primärvården har ett uppdrag kring barn och unga med psykisk ohälsa. Enligt förfrågningsunderlaget ska primärvården särskilt uppmärksamma, och samverka, kring psykisk ohälsa hos unga vuxna.

År 2011 beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden i region Skåne att genomföra en kompetenssatsning inom regionen riktad mot primärvården. Kompetenssatsningen pågår under 2012 och består av en basutbildning på tre heldagar i omhändertagande av barn och unga med psykisk ohälsa. I maj 2012 hade 115 vårdenheter och 470 personer deltagit i basutbildningen. Genom basutbildningen vill Region Skåne ge primärvården bättre verktyg för att uppmärksamma psykisk ohälsa hos barn och unga.

En arbetsgrupp bestående av bland annat chefer inom BUP och representanter från primärvården utreder idag hur första linjen kan se ut inom regionen.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Region Skåne har inte tecknat något regionövergripande samverkansavtal med kommunerna avseende elevhälsans ansvar för barn och unga med psykisk ohälsa. De fyra verksamhetsområdena inom BUP försöker istället hitta lokala samverkansformer med elevhälsan i kommunerna. Det finns ett regelverk kring samverkan från 2008 framtaget med Kommunförbundet Skåne.

Halland

Region Halland

Befolkningsmängd 31 december 2011

301 724 personer

Antal kommuner

Sex kommuner

varav befolkningsrikast

Halmstad kommun, 92 294 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; Specialiserad vård, Psykiatri och Närsjukvård. Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) tillhör driftsnämnden Specialiserad vård.

BUP ingår i driftsnämnden Psykiatri. BUP är en länsövergripande klinik med öppenvårdsmottagningar i samtliga sex kommuner. Öppenvårdsmottagningarna i Laholm och Hylte är mindre enheter som är öppna vissa dagar i veckan.

Regionens heldygnsvård finns vid sjukhuset i Halmstad.

Specialistmottagningar

I Halmstad finns två team med regionövergripande uppdrag, ett team specialiserade på tvångsproblematisering och ett team specialiserade på psykos- och bipolära sjukdomar. I Halmstad finns också ett neuropsykiatriskt team som genomför fördjupade neuropsykiatriska utredningar.

I Varberg finns behandlingsenheten Ginsten som är en specialiserad mottagning för barn med svår utåtagerande problematik.

I regionen finns också en åldersneutral ätstörningsenhet som organisatoriskt tillhör BUP.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning av neuropsykiatrisk utredning och behandling

I region Halland ansvarar BUP för utredning och behandling av neuropsykiatriska tillstånd. Ett samverkansavtal om ansvarsgränser mellan BUP och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) har tagits fram av verksamheterna. Samverkansavtalet revideras kontinuerligt.

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.

"Första linje" inom landstinget

Inom ramen för Vårdval Halland uttrycker Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i förfrågningsunderlaget till primärvården år 2012 att primärvården har ansvar för att barn och unga med psykisk ohälsa ges grundläggande insatser inom primärvården. Primärvården ska också ha tydliga riktlinjer och rutiner för samverkan med BUP och elevhälsan.

Förtydligandet av primärvårdens ansvar för målgruppen infördes i 2011 års förfrågningsunderlag. Primärvårdens arbete med barn och ungas psykiska ohälsa varierar därför mellan olika vårdenheter i regionen.

Ett förslag till handlingsöverenskommelse har tagits fram mellan BUP och primärvården. Detta har dock inte undertecknats.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

I regionen finns ett samverkansavtal mellan hälso- och sjukvårdens verksamheter och kommunerna kring barn och ungas psykiska ohälsa. Elevhälsan ingår i detta avtal. Samverkansavtalet kan dock behöva revideras i och med den nya skollagen som förändrar elevhälsans uppdrag.

Hur samverkan ser ut i praktiken varierar mellan olika kommuner och skolor i regionen.

Västra Götaland

Västra Götalandsregionen

Befolkningsmängd 31 december 2011

1 590 604 personer

Antal kommuner

Fyrtionio kommuner

varav befolkningsrikast

Göteborg kommun, 520 374 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Västra Götalandsregionen är indelad i fem sjukvårdsområden. Primärvården respektive Habilitering och Hälsa utgör egna förvaltningar.

Landstingets specialiserade psykiatriverksamhet finns organisatoriskt inom de fem sjukvårdsområdena. Hur de fem sjukvårdsområdena har valt att organisatoriskt placera BUP varierar. 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 psykiatriförvaltning tillsammans med allmänpsykiatri.

I regionen finns 22 öppenvårdsmottagningar fördelade på de 5 sjukvårdsområdena. Regionens heldygnsvård finns vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, Södra Älvsborgs sjukhus, NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus.

För BUP:s verksamhet finns ett medicinskt sektorsråd där de fem verksamhetscheferna för BUP deltar. Sektorsrådet har i uppgift att tillföra sakkunskap till den politiska och administrativa ledningen i regionen, samordna verksamheterna, utfärda vårdprogram, besvara remisser och verka för ett välfungerande samarbete mellan specialistvård, primärvård.

Specialistmottagningar

Inom BUP-klinikerna i regionen finns olika specialistmottagningar. Vid Sahlgrenska och Södra Älvsborg finns enheter för ätstörningsproblem. Ätstörningsenheten vid Sahlgrenska är en regiongemensam verksamhet med åtta vårdplatser för åldrarna 16-25 år. Vid Sahlgrenska finns också en enhet för barn och unga med tvångssyndrom, psykosjukdom eller bipolär sjukdom. Vid Skaraborgs sjukhus finns en mellanvårdsenhet.

I regionen finns flera mottagningar specialiserade på neuropsykiatriska frågeställningar.

Privata aktörer

Regionen har slutit avtal med en privat verksamhet för adhd-utredningar.

Ansvarsfördelning av neuropsykiatrisk utredning och behandling

I Västra Götalandsregionen har beslut fattats om att neuropsykiatriska utredningar och behandling ingår i BUP:s uppdrag.

Heldygnsvård

I Västra Götalandsregionen 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 regiongemensam 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 Specialistmottagningar och Heldygnsvård för verksamheter för unga vuxna.

"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 reviderades år 2010 och tydliggör både primärvårdens och BUP:s ansvar för

målgruppen. Tydliggörandet av ansvarsgränser mellan verksamheterna berör både identifikation, utredning och behandling av psykisk ohälsa.

I regionens förfrågningsunderlag till primärvården år 2012 tydliggörs också primärvårdens ansvar för barn och unga med psykisk ohälsa. Enligt förfrågningsunderlaget ska primärvården ha kompetens att genomföra basala funktionsbedömningar av barn och unga med psykisk ohälsa. Primärvården ska också samverka med olika yrkeskategorier och verksamheter för att kunna utreda och behandla lättare psykisk ohälsa. Varje vårdcentral ska ha tillgång till kompetens inom området, även om inte kompetensen behöver finnas på den enskilda vårdcentralen.

För att öka primärvårdens kompetens kring målgruppen har BUP genomfört en kompetenssatsning riktad mot personal inom primärvården under perioden september 2011 till februari 2012. Fokus under utbildningen har varit att utifrån konkreta exempel förtydliga primärvårdens ansvar för målgruppen och när remiss bör skickas till BUP.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

I regionen finns ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna kring barn och unga med psykisk ohälsa och social problematik, där skolan ingår. Samarbetet benämns Västbus. Västbus leds av en central styrgrupp som regelbundet rapporterar till politiken. Inom ramen för samarbetet togs riktlinjer fram och beslutades av regionstyrelsen år 2005. I riktlinjerna fastställs skolans respektive BUP:s ansvar för barn och unga med psykisk ohälsa. Ett dokument har också tagits fram och 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, även om förankringsarbetet för att få legitimitet för riktlinjerna på lokal nivå har tagit tid. Riktlinjerna och dokumentet om skolans utredningsansvar är under omarbetning. Nya versioner väntas vara fastställda under hösten 2012.

Värmland

Värmlands län

Befolkningsmängd 31 december 2011

272 736 personer

Antal kommuner

Sexton kommuner

varav befolkningsrikast

Karlstad kommun, 86 409 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. Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) utgör en egen division tillsammans med barn- och ungdomsmedicin, kvinnokliniken och öron-, näsa- halskliniken. Primärvården återfinns inom division Allmänmedicin.

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.

Specialistmottagningar

Inom BUP finns en länsövergripande enhet för utredning av neuropsykiatriska frågeställningar (NP -enheten) och en enhet för behandling och habilitering av neuropsykiatri samt tvångssyndrom. Inom BUP finns också en enhet för intensiva insatser som framför allt arbetar med intensiv familjevård där barnet eller ungdomen bor. Inom Psykiatridivisionen finns en åldersneutral, länsövergripande ätstörningsenhet.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning av neuropsykiatrisk utredning och behandling

I den länsövergripande neuropsykiatriska utredningsenhetens (NP -enheten) uppdrag ingår att genomföra neuropsykiatriska utredningar, såsom adhd- och autismspektrumutredningar. BUP ansvarar också för kompletterande utredningar vid misstanke om autism på barn som tillhör BUH:s målgrupp.

Vid fastställd neuropsykiatrisk diagnos övergår behandlingsansvaret till tre geografiska team inom enheten för neuropsykiatrisk behandling och habilitering.

Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) ansvarar för behandling av autismspektrumfrågeställningar 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 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.

"Första linje" inom landstinget

BUP och primärvården fick i mars 2012 i uppdrag från landstingsledningen att definiera första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psy-

kisk ohälsa. En arbetsgrupp har bildats med representanter från båda verksamheterna.

I landstingets förfrågningsunderlag till primärvården för år 2012 uttrycks att primärvården har ansvar för bedömning, rådgivning, behandling och rehabilitering av lättare psykisk ohälsa. Primärvårdens ansvar gäller vuxna och ungdomar över 16 år.

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 Värmlands län 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 tillträdde 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 2011
Antal kommuner
varav befolkningsrikast

281 572 personer
Tolv kommuner

Örebro kommun, 137 121 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Den specialiserade psykiatrien utgör sedan årsskiftet 2012 en egen förvaltning i landstinget. I psykiatriförvaltningen ingår allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri, viss beroendevård och ett psykiatriskt forskningscenter. Primärvården och Habilitering och hjälpmedel utgör egna förvaltningar.

BUP:s verksamhet leds av en verksamhetschef som ansvarar för två öppenvårdsmottagningar, BUP Örebromottagning och BUP Länsmottagning. De två öppenvårdsmottagningarna är geografiskt placerade i Örebro, men har olika upptagningsområden. BUP länsmottagning tar emot barn och unga från samtliga länsdelar förutom Örebro och Lekebergs kommuner.

Landstingets heldygnsvård finns vid Örebro sjukhus.

Specialistmottagningar

Inom BUP finns en länsövergripande utrednings- och behandlingsenhet som är indelad i en barnneuropsykiatrisk mottagning och en behandlingsenhet. Den barnneuropsykiatriska mottagningen (BNP) ansvarar för utredningar av eventuell autismspektrumstörning medan behandlingsenheten ansvarar för behandlingsinsatser för barn och unga med sammansatt problematik. En

översyn pågår för närvarande. Till enheten hör också verksamheten Gryningen, som drivs i samverkan med Karlskoga kommun.

Inom BUP finns också en åldersneutral länsövergripande ätstörningsenhet.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning av neuropsykiatrisk utredning och behandling

Landstinget har i samverkan med länets kommuner tagit fram och beslutat om riktlinjer för adhd.

Enligt riktlinjerna för adhd, som reviderades år 2010, ingår i BUP:s uppdrag att genomföra utredningar med adhd-frågeställningar. BUP ansvarar även för behandling vid fastställd adhd-diagnos.

Ett vårdprogram för autismspektrumtillstånd upprättades år 2008 av BUP och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) gemensamt. Programmet står inför revidering. Enligt vårdprogrammet ansvarar BUP:s barnneuropsykiatriska mottagning (BNP) för utredning av autismspektrumtillstånd medan barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) ansvarar för behandling och rehabilitering efter fastställd diagnos. I samband med översynen av den barnneuropsykiatriska mottagningen pågår också samtal med BUH kring framtida ansvarsfördelning vid autismspektrumutredningar och behandling.

Heldygnsvård

Vid Örebro sjukhus finns sex vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga. BUP:s vårdavdelning är inte samlokaliserad med allmänpsykiatriens vårdavdelningar för heldygnsvård, vilket landstinget inte anser vara optimalt ur bland annat säkerhetssynpunkt. Ett intensivt arbete pågår därför inom psykiatriförvaltningen med att hitta nya lokaler.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

I landstingets förfrågningsunderlag till primärvården år 2011 uttrycks att primärvården har ansvar för bedömning, rådgivning, behandling och rehabilitering vid psykisk ohälsa för barn och unga.

Förvaltningscheferna för psykiatri och primärvården har fått ett uppdrag från landstingsdirektören att definiera primärvårdens uppdrag och arbeta fram en överenskommelse om ansvarsfördelning. Arbetet ska vara klart runt årsskiftet 2012-2013.

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.

Västmanland

Västmanlands län

Befolkningsmängd 31 2011

254 257 personer

Antal kommuner

Tio kommuner

varav befolkningsrikast

Västerås kommun, 138 709 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. Landstingets heldygnsvård finns vid sjukhuset i Västerås.

Landstingets barn- och ungdomspsykiatri leds av en gemensam verksamhetschef. BUP-kliniken består av fyra öppenvårdsmottagningar placerade runt om i länet.

Specialistmottagningar

Inom BUP finns två specialistmottagningar med länsövergripande uppdrag. Ätstörningsenheten finns organisatoriskt inom BUP men är åldersneutral. Enheten arbetar primärt med patienter med svåra ätstörningsproblem.

Den neuropsykiatriska mottagningen (NEP) genomför fördjupade neuropsykiatriska utredningar på barn och unga upp till 18 år efter remiss från BUP:s öppenvårdsmottagningar. NEP-enheten har endast ett utredningsuppdrag.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning av neuropsykiatrisk utredning och behandling

I BUP:s uppdrag ingår att genomföra neuropsykiatriska utredningar. Utredningarna genomförs primärt vid BUP:s öppenvårdsmottagningar, men möjlighet finns att remittera komplexa utredningar till den specialiserade neuropsykiatriska mottagningen inom BUP.

BUP ansvarar för behandling och habilitering efter fastställd adhd-diagnos. Vid fastställd autismspektrumdiagnos ansvarar BUP för behandling

av eventuella psykiatriska besvär, medan barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) ansvarar för föräldrastöd och insatser via LSS.

Heldygnsvård

Landstinget har vid Västerås sjukhus 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 indikatorer som gäller för patienter inom Landstinget Västmanland.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

Landstingets förfrågningsunderlag till primärvården för år 2011 innehåller inga uppgifter om primärvårdens uppdrag för barn och unga med psykisk ohälsa. Ett arbete pågår inom landstinget med att inkludera en skrivning om primärvårdens ansvar för målgruppen i 2012 års förfrågningsunderlag.

Hösten 2010 startade landstinget ett pilotprojekt kallat Barn- och ungdomshälsan. Projektet kommer att pågå till årsskiftet 2013/2014, och utvärderas våren 2013. Syftet är att utarbeta en första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga. Barn- och ungdomshälsans uppdrag är att utreda och behandla lättare till måttlig psykisk ohälsa hos barn och unga. Barn- och ungdomshälsan finansieras av och tillhör BUP organisatoriskt.

Mottagningar finns år 2012 på tre platser i Västerås kommun. Personal till mottagningarna rekryterades från BUP i Västerås. Föräldrar, ungdomar, skolor med flera söker mottagningen via familjeläkaren som sedan hänvisar till barn- och ungdomshälsan.

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 2011

276 565 personer

Antal kommuner

Femton kommuner

varav befolkningsrikast

Falun, 56 124 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 skilda verksamhetsområden inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

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

BUP's heldygnsvård finns på Falu lasarett.

Specialistmottagningar

BUP formerar sig alltmer länsgemensamt i form av nätverk/kompetenscentra när det gäller specifika patientgrupper respektive metoder exempelvis bipolär problematik, DBT. Förutom heldygnsvård finns länsgemensam verksamhet för medicinering av ADHD (för patienter där läkar- och sjuksköterskekontakt är tillräcklig) samt två dagsjukvårdsenheter: Tornet för ätstörningar samt Familjeterapienheten.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning av neuropsykiatrisk utredning och behandling

I landstinget finns en neuropsykiatrisk utredningsenhet för barn och ungdomar (NPU). Verksamheten har bedrivits i projektform under tre år med avslut år 2012. Idag pågår diskussioner inom landstinget för att hitta en ny organisatorisk lösning.

NPU har remisskrav och ligger organisatoriskt utanför BUP. Enhetens uppdrag är att utreda barn och ungdomar med misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning såsom adhd, Tourettes syndrom och autismspektrumtillstånd. Barn t. o. m. fem år med misstänkt autism utreds av barn- och ungdomshabiliteringen.

Vid fastställd diagnos sker ett överlämnande från NPU till BUP gällande adhd och Tourettes syndrom och till barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) vid autismspektrumtillstånd. Vid samsjuklighet behandlas ärendet i

samarbete mellan BUP och BUH. BUC-mötet är en mötesplats tillsammans med barn- och ungdomsmedicin och inom ramen för barn och ungdomscentrumsamverkan. Många patienter med Aspergerproblematik behandlas inom BUP.

Heldygnsvård

I BUP finns en vårdavdelning med fyra vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård av barn och unga. Vårdavdelningen ligger på Falu lasarett.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

Ett förslag till ansvarsfördelning, organisation och resurser mellan primärvården och BUP antogs politiskt i oktober 2011. Beslutet innebär att primärvården ansvarar för lindrig till måttlig grad av psykisk ohälsa medan BUP ansvarar för allvarlig psykisk ohälsa. Beslutet innebär att landstinget under en period av tre år kommer att satsa 12 miljoner för att tillsätta ca 20 tjänster med psykosocial, psykoterapeutiskt och psykologisk kompetens inom primärvården. Under 2012 fortsätter arbetet med att sätta satsningen och successivt bygga upp en organisation inom primärvården för omhändertagande av barn och unga med psykisk ohälsa. Detta sker enligt modellområdestanken.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har inte något övergripande samverkansdokument med skolorna i länet. Däremot finns sedan 2005 ett nätverk för verksamhetschefer inom kommunernas skolhälsovård respektive landstingets barnverksamheter där gemensamma och gränsfrågor behandlas.

Gävleborg

Gävleborgs län

Befolkningsmängd 31 december 2011

276 130 personer

Antal kommuner

Tio kommuner

varav befolkningsrikast

Gävle kommun, 95 428 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 tillsammans med allmänpsykiatri ett verksamhetsområde inom divisionen. Landstingets habiliteringsverksamhet ingår också i divisionen, men denna verksamhets placering är under diskussion. Primärvården utgör en egen division.

Barn- och ungdomspsykiatri är en länsövergripande verksamhet och består av tre öppenvårdsmottagningar, i Gävle, Bollnäs och Hudiksvall. Öppenvårdsmottagningarna i Bollnäs och Hudiksvall är mindre enheter.

Specialistmottagningar

Inom BUP:s verksamhetsområde finns en länsövergripande, åldersneutral ätstörningsenhet i Gävle. Öppenvårdsmottagningen i Gävle är indelad i två enheter, en utredningsenhet och en behandlingsenhet.

Privata aktörer

Landstinget har avtal med Catio Anorexi Center och AB Mando, Mandometerkliniker i Stockholm avseende ätstörningsvård.

Ansvarsfördelning av neuropsykiatrisk utredning och behandling

BUP och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) har slutit ett samverkansavtal. En gemensam remissgrupp har bildats för genomgång av alla patienter med frågeställningar kring autismspektrumtillstånd. Remissgruppen avgör om remiss ska skickas till BUP eller BUH. Remiss skickas generellt sett till BUH om misstanke finns om samtidig utvecklingsstörning.

En översyn pågår av ansvarsfördelningen mellan BUP och BUH vid neuropsykiatriska frågeställningar.

Heldygnsvård

Landstinget har ingen psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga. Vid behov av heldygnsvård finns möjlighet till inskrivning på barnmedicinkliniken eller inom allmänpsykiatriens slutenvårdsavdelning. Inskrivning vid barnmedicinkliniken sker om patienten är yngre eller har ätstörningsproblem.

Vid behov av heldygnsvård köps platser från andra landsting. Ett avtal håller på att tas fram med Dalarna. Vid svåra ätstörningsproblem har landstinget avtal med Catio Anorexi Center och Mandometerkliniker.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

Landstinget fattade i februari 2011 beslut om primärvårdens och BUP:s uppdrag och ansvar för barn och unga med psykisk ohälsa. I samband med detta beslut togs ett dokument fram som beskriver ansvarsfördelningen mellan olika aktörer utifrån olika diagnoser. Beslutet innebär också att BUP ska arbeta konsultativt gentemot primärvården.

Primärvården i landstinget 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 ung-

domsmottagningarna. Barn- och ungdomshälsan finns på sex geografiska platser i länet, medan ungdomsmottagningar finns på nio platser. Verksamheterna har inte remisskrav.

Vårdcentralernas uppdrag kring psykisk ohälsa omfattar därmed vuxna personer över 18 år, vilket också framgår av landstingets förfrågningsunderlag till primärvården år 2012.

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.

Västernorrland

Västernorrlands län

Befolkningsmängd	242 155 personer
Antal kommuner	Sju kommuner
varav befolkningsrikast	Sundsvalls kommun, 96 113 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstinget är indelat i fem förvaltningar; Länssjukhuset Sundsvall-Härnösand, Sollefteå sjukhus, Örnsköldsviks sjukhus, Rättspsykiatriska regionkliniken och Primärvården. Den psykiatriska verksamheten, utöver rättspsykiatri, är placerad inom de tre sjukhusförvaltningarna. Även barn- och ungdomshabiliteringen finns inom dessa.

Vid länssjukhuset Sundsvall-Härnösand utgör BUP en egen klinik i ett verksamhetsområde tillsammans med barnklinik och habilitering. I Sollefteå sjukhus utgör BUP en egen klinik i ett verksamhetsområde tillsammans med vuxenpsykiatri. På Örnsköldsviks sjukhus har ett psykiatricentrum bildats, där vuxenpsykiatri, BUP och barn- och vuxenhabiliteringen ingår.

Totalt finns fyra barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar i länet, i Sundsvall, Örnsköldsvik, Sollefteå och Kramfors. Mottagningen i Kramfors tillhör Sollefteå sjukhusförvaltning.

En översyn av landstingets organisation pågår och förväntas vara klar år 2012. Bland annat förs diskussioner om att bilda en länsövergripande processinriktad matrisorganisation där psykiatri blir ett vårdområde.

Specialistmottagningar

BUP har inga specialistmottagningar eller enheter. Inom öppenvårdsmottagningarna, vilka är relativt små enheter, har personal dock möjlighet att utveckla spetskompetens kring vissa diagnoser eller symptom, såsom ätstörning och neuropsykiatriska funktionshinder.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning av neuropsykiatrisk utredning och behandling

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

I Örnsköldsviks sjukhusförvaltning genomförs autismspektrumutredningar på barn- och ungdomshabiliteringen (BUH). I övriga länet genomförs dessa inom BUP. Vid samtidig misstanke om utvecklingsstörning övergår dock utredningsansvaret till BUH.

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

Heldygnsvård

Landstinget har sedan början av 1990-talet inte någon psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga. Vid behov av heldygnsvård finns möjlighet till inskrivning vid allmänpsykiatriens slutenvårdsavdelning. Personal från BUP ansvarar i dessa fall för patientens vårdinsatser fram till kl. 21.00. Samarbete finns också med barnmedicin.

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har ingen speciell verksamhet för unga vuxna.

"Första linje" inom landstinget

I landstingets förfrågningsunderlag till primärvården för år 2012 uttrycks att primärvården ansvarar för lättare till medelsvåra psykiatriska sjukdomstillstånd där behov av specialistvård inom barn- och ungdomspsykiatri inte finns. I förfrågningsunderlaget uttrycks också att detta innebär att primärvården har ett första linjens ansvar för barn och unga med psykisk ohälsa.

En uppföljning av hur primärvårdens arbete med målgruppen fungerar i praktiken ska göras under år 2012.

Ett arbete har påbörjats mellan BUP och primärvården i ett försök att tydligare definiera ansvarsgränser mellan verksamheterna. Arbetet består i att ta fram behandlingslinjer för olika diagnoser.

Landstinget har drivit ett projekt för att utöka psykologkompetensen inom primärvården för behandling av vuxna patienter. Projektet är nu permanentat och psykologernas ansvarsområde kommer att utökas 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 elev-

hälsan är organiserad varierar mellan kommunerna. I vissa kommuner finns lokala samverkansavtal mellan BUP och skolorna.

Jämtland

Jämtlands län

Befolkningsmängd 31 december 2011

126 299 personer

Antal kommuner

Åtta kommuner

varav befolkningsrikast

Östersunds kommun, 59 373 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstinget i Jämtlands län är sedan januari 2012 organiserat i centrubildningar. Primärvården utgör ett eget centrum. 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. Verksamheten leds av två enhetschefer i samledarskap och en läkare med medicinskt ledningsuppdrag (MLU) som är underställda områdeschefen för Barn och unga vuxna. För att tillgodose god tillgänglighet i yttrekommunerna arbetar personal från BUP-mottagningen i Östersund på filialer ute i länet en till två gånger i månaden.

Specialistmottagningar

BUP har inga speciella specialistmottagningar. Däremot finns olika subspecialiserade team inom öppenvårdsmottagningen.

Inom allmänpsykiatri finns en ätstörningsenhet där vården sker i öppenvård eller dagvård. Ett arbete pågår med att skapa en gemensam, åldersneutral ätstörningsenhet inom landstinget.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning av neuropsykiatrisk utredning och behandling

Utredning, diagnos och behandling av neuropsykiatriska funktionstillstånd utförs vid både BUP och barn- och ungdomshabiliteringen (BUH). År 2008 tog BUP fram riktlinjer för handläggning av adhd- respektive autismspektrumstörning. Inom BUH finns ett neuropsykiatriskt team som vänder sig till unga med adhd och autismspektrumstörning.

Idag ingår BUP och BUH i samma verksamhetsområde. En samverkansgrupp mellan BUP och BUH finns sedan tidigare för barn och unga med neuropsykiatriska frågeställningar.

Heldygnsvård

Sedan år 1994 finns ingen psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga inom landstinget. 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 allmänpsykiatrins 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 också emot en del ungdomar med psykisk ohälsa.

I landstingets förfrågningsunderlag till primärvården för år 2012 uttrycks att primärvården har ansvar för psykosocial verksamhet. Dock uttrycks inte specifikt att primärvården har ett ansvar för barn och ungas psykiska ohälsa.

Inom primärvården finns psykosociala team som arbetar med lättare till medelsvår psykisk ohälsa. De psykosociala teamens uppdrag är avgränsat till personer över 18 år.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget har inte slutit någon länsövergripande överenskommelse med skolorna i länets kommuner. Vissa lokala samverkansöverenskommelser finns och hur samverkan fungerar i praktiken varierar mellan kommunerna i länet.

Ett länsövergripande samverkansavtal mellan landsting och kommuner har utarbetats, men har ännu inte implementerats.

Västerbotten

Västerbottens län

Befolkningsmängd 31 december 2011

259 667 personer

Antal kommuner

Femton kommuner

varav befolkningsrikast

Umeå kommun, 116 465 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

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

ett eget verksamhetsområde. Ett gemensamt habiliteringscentrum för barn och vuxna ska bildas.

BUP utgör en egen länsklirik med öppenvårdsmottagningar på tre platser i länet, Umeå, Skellefteå och Lycksele. Landstinget har heldygnsvård i anslutning till Norrlands universitetssjukhus NUS.

Specialistmottagningar

BUP har inga specialistmottagningar eller enheter. I Umeå finns dock ett team som är specialiserat på självskadebeteende och dialektisk beteende terapi (DBT).

BUP har ett länsövergripande ätstörningsteam.

Privata aktörer

Landstinget upphandlar neuropsykiatriska utredningar från privata aktörer.

Ansvarsfördelning av neuropsykiatrisk utredning och behandling

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

BUP har även utredningsansvar vid misstänkt autism, 0-17 år. Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) genomför också autismutredningar när misstanke finns om samtidig utvecklingsstörning. Vid fastställd autism samarbetar BUP med BUH kring habiliteringsinsatser.

BUP och BUH tillgör samma verksamhetsområde och verksamheterna samverkar regelbundet i remissgrupper och andra samverkansgrupper.

Heldygnsvård

I Umeå finns en avdelning med sex vårdplatser för psykiatrisk heldygnsvård för barn och unga. I BUP:s årsredovisning år 2011 beskrivs att vårdavdelningens lokaler inte är helt ändamålsenliga för att bedriva barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård. Avdelningen har problem med "sjuka hus sjukan".

Verksamhet för "unga vuxna"

Landstinget har särskild öppenvårdsverksamhet för unga vuxna mellan 18-25 år med psykisk ohälsa på Klockarbergets Behandlingscentrum KKBC, i Skellefteå. Vid vuxenpsykiatri i Umeå finns en särskild öppenvårdsmottagning för unga vuxna upp till 25 år.

"Första linje" inom landstinget

Den politiska ledningen beslöt 2010 att primärvårdens hälsocentraler/sjukstugor, familjecentraler och ungdomshälsor ska utgöra första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa. Våren 2011 togs ett dokument fram

som tydliggör primärvårdens ansvar för utredning och behandling av målgruppen och vilka metoder och instrument primärvården bör använda sig av.

I landstingets uppdrag till primärvården för år 2012 framgår att hälsocentralerna/sjukstugorna, har det primära ansvaret för bedömning och behandling av psykisk ohälsa för alla åldersgrupper. Vidare att hälsocentralerna/sjukstugorna särskilt ska beakta barn och ungas psykiska ohälsa. I den årliga uppföljningen av primärvårdens arbete kommer särskilt fokus att ligga på hälsocentralernas/sjukstugornas arbete med målgruppen.

Landstinget har påbörjat en utbildningssatsning för att öka primärvårdens kompetens kring barns och ungas psykiska ohälsa. BUP har gett stöd i denna kompetensutveckling. Primärvården har också fått extra resurser för att anställa personal med psykosocial kompetens.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

År 2008 slöt landstinget en länsövergripande överenskommelse med skolorna i länets kommuner om ansvar för barn och unga med psykisk ohälsa. Överenskommelsen sträckte sig till år 2012 och ett revideringsarbete av överenskommelsen pågår.

I länet finns också länsgrupp Barn och Unga som är en kommun- och landstingsgemensam tjänstemannastyrgrupp. Gruppen är beredande organ till den politiska kommun- och landstingsgemensamma styrgruppen, AC Konkensus. I Skellefteå och Umeå finns lokala formella samverkansgrupper inom Barn och Unga området.

Norrbotten

Norrbottens län

Befolkningsmängd 31 december 2011

248 545 personer

Antal kommuner

Fjorton kommuner

varav befolkningsrikast

Luleå kommun, 74 426 invånare

Organisatorisk placering av barn- och ungdomspsykiatri

Landstingets verksamhet är indelad i divisioner. Inom division Medicinska specialiteter finns bland annat verksamhetsområdet Barnsjukvård. Verksamhetsområdet består av tre verksamheter, barnmedicin, barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och barn- och ungdomshabilitering (BUH). Primärvården utgör en egen division.

Verksamhetsområdet Barnsjukvård är organisatoriskt indelat i fyra geografiska enheter; Gällivare, Piteå, Kalix och Sunderby sjukhus (Luleå-Boden). I Gällivare och på Sunderby sjukhus utgör BUP egna kliniker. I Piteå och Kalix bildar BUP, BUH och barnmedicin en gemensam enhet. I länet finns fem barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar på fyra platser. Landstingets heldygnsvård finns vid Sunderby sjukhus.

Specialistmottagningar

Vid BUP på Sunderby sjukhus finns en länsövergripande enhet för neuropsykiatriska utredningar. Enheten är en specialistresurs inom landstinget med uppdrag att utreda omfattande neuropsykiatriska funktionstillstånd, såsom svår adhd, autism eller asperger.

Privata aktörer

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

Ansvarsfördelning av neuropsykiatrisk utredning och behandling

BUP ansvarar för adhd-utredningar. BUP har även behandlingsansvar efter fastställd adhd-diagnos. De flesta utredningar med frågeställningar om adhd genomförs på BUP:s öppenvårdsmottagningar.

Den länsövergripande neuropsykiatriska enheten genomför utredningar vid misstänkt autism på barn upp till förskoleåldern. Äldre barn tas omhand av barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) eller inom barnmedicin. BUH ansvarar även för behandling efter autismdiagnos.

BUH ansvarar även för utredningar av misstänkt adhd om det finns samtidig misstanke om andra funktionshinder.

Heldygnsvård

Vid Sunderby sjukhus finns sex vårdplatser på en vårdavdelning 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 allmänpsykiatriens 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

År 2010 antog landstinget en handläggningsöverenskommelse som utifrån olika diagnoser tydliggör ansvarsområden och ansvarsgränser mellan primärvård och verksamheterna inom divisionen Barnsjukvård. 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.

I landstingets förfrågningsunderlag till primärvården år 2011 framgår att samtliga vårdcentraler ska ha kompetens och resurser för att kunna behandla patienter med psykisk ohälsa.

Landstinget arbetar under 2012 med att förankra överenskommelsen i primärvårdens verksamhet och som en del i detta arbete genomför BUP utbildningar och föreläsningar för personal inom primärvården.

Landstingets samverkan med elevhälsan i kommunerna

Landstinget i Norrbottens län har inte slutit någon länsövergripande överenskommelse med elevhälsan i länets kommuner. 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.