

Utvärdering av arbetssättet En väg in

En rapport om införandet av centraliserade
funktioner för telefontriagering av vård för barn
och unga med psykisk ohälsa

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-2-9445

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, februari 2025

Förord

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2024 i uppdrag att utvärdera arbetssättet ”En väg in” inom barn- och ungdomspsykiatri. ”En väg in” kan beskrivas som inrättandet av centraliserade funktioner för triage vid vård av barn och unga med psykisk ohälsa. Arbetssättet startades i Skåne 2013 och har sedan spridits till flera regioner i landet. Vid december 2024 fanns det sjutton En väg in-verksamheter i Sverige. Den här rapporten redovisar Socialstyrelsen utvärdering av detta arbetssätt.

Rapporten har utarbetats av utredarna Nathalia Guaje (projektledare) och Andreas Johansson. I arbetet med rapporten har även utredaren Clara Lindberg, medicinsk sakkunniga Anne-Katrine Kantzer, utredaren Frida Lundberg och juristen Helena Teréus medverkat. Ansvarig enhetschef har varit Stina Hovmöller.

Socialstyrelsen vill rikta ett särskilt tack till de regioner och organisationer som deltagit i undersökningen och som bidragit med kunskap och värdefulla insikter.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
EVI är inte ett enhetligt arbetssätt.....	6
Inledning	11
Uppdraget	11
Bakgrund.....	14
Ett ökat vårdbehov och långa köer.....	14
Organisering av vården för barn och unga med psykisk ohälsa	15
Socialstyrelsen har flera pågående uppdrag som knyter an till denna utvärdering	18
Barns rätt till inflytande och samordnade insatser.....	18
Metod och genomförande	20
Verksamhetslogik.....	20
Datainsamling.....	21
Övergripande kartläggning - vad är arbetssättet EVI?.....	22
Översikt av centrala komponenter i arbetssättet	22
Hur sker triageringen?	24
Kontaktvägar till EVI.....	25
Varför har EVI-mottagningar inrättats?	27
Vad har arbetssättet lett till?	29
Särskild verksamhet för triagering har underlättat uppbyggnad av spetskompetens och kvalitetssäkring av bedömningar	29
Ökad jämlikhet och tillgänglighet till vård? – en varierad bild	34
EVI kan bidra till att avlasta andra verksamheter i vårdkedjan	45
Formaliserade och förbättrade förutsättningar för samverkan	47
Rådgivningsuppdraget är efterfrågat men under utveckling	51
Begränsad forskning inom området – men ny svensk forskning pågår.....	54
Vetenskapliga publikationer om triageringsverktyget BCFPI	54
Andra studier med relevans för EVI	55
Slutsatser	59
EVI har lett till flera förväntade resultat men inte alla	59
Andra resultat av betydelse	60

Diskussion och identifierade utvecklingsbehov..... 62

Triage till både första linjen och BUP ger bättre förutsättningar för en sammanlänkad vårdkedja och en god patientupplevelse	62
Telefontriagering ställer höga krav på kompetens	64
Mer behöver göras för att fånga vårdbehoven även hos barn i utsatta områden	64
EVI:s rådgivande uppdrag kan fortsätta utvecklas	67
Omställningen till god och nära vård behöver beaktas vid fortsatt utveckling av EVI.....	67

Redogörelse för hur Socialstyrelsen kan stödja den fortsatta utvecklingen 70

Stödja utvecklingen genom kunskapsstöd för triagering.....	70
Följa och uppmärksamma förändringar i forskningsläget vid framtida revidering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer	70
Stödja insatser för utveckling av EVI:s rådgivningsuppdrag och ökad hälsolitteracitet.....	71
Kunskapsstöd för rådgivning	71
Stödja och samordna utvecklingen av plattformar för kunskapsspridning	71
Informationsinsatser om adhd och barns utveckling	72
Undersöka möjligheten att stödja utvecklingen av EVI genom utvecklingsteam	73

Referenser..... 74

Bilagor 77

Bilaga 1. Relaterade uppdrag hos Socialstyrelsen	77
Bilaga 2. Sex dimensioner av god vård.....	79
Bilaga 3. Aktörer som medverkat i utvärderingens dialoger	80
Bilaga 4. Datainsamling.....	81
Bilaga 5. Diagnoskoder som kategoriserats som FL-diagnoser	84
Bilaga 6. BUP-kontakt utifrån RegSO (inkl. adhd)	85
Bilaga 7. BUP-kontakt utifrån RegSO (exkl. adhd).....	86
Bilaga 8. SBU:s litteratursökning	87

Sammanfattning

Socialstyrelsen har utvärderat arbetssättet ”En väg in” (EVI) inom Barn- och ungdomspsykiatri. Utvärderingen har genomförts genom att kartlägga arbetssättets grundkomponenter och genom att analysera de resultat som uppnåtts med införandet. I utvärderingen har det vetenskapliga stödet för arbetssättet också kartlagts.

Utifrån utvärderingens resultat har utvecklingsbehov inom området identifierats. Rapporten lämnar även förslag för hur Socialstyrelsen kan bidra till att stödja den fortsatta utvecklingen av arbetssättet.

EVI är inte ett enhetligt arbetssätt

Flera regioner har de senaste åren arbetat med att bygga upp EVI. Arbetssättet startades i Skåne 2013 och har sedan spridits till flera regioner. Vid december 2024 fanns det sjutton En-väg in verksamheter i Sverige. I resterande regioner är arbetssättet under implementering eller under planering för uppstart.

EVI är inte ett enhetligt arbetssätt eftersom det finns regionala variationer i arbetssättets implementering. Den minsta gemensamma nämnaren är inrättandet av en centraliserad funktion som i huvudsak arbetar med triage över telefon av barns och ungas psykiska ohälsa. De främsta skillnaderna består i om triageringen görs till såväl BUP som första linjen eller enbart BUP, om vilka triageringsverktyg som används och om verksamheten kan boka in patienten på ett första besök till mottagningarna.

Inget tydligt mönster vad gäller kortare väntetider – men avlastning kan uppnås trots ökat vårdbehov

Flertalet intervjupersoner från EVI-verksamheterna och kringliggande verksamheter framhåller att tillgängligheten till en första kontakt med vården för barn med psykisk ohälsa upplevs ha ökat som ett resultat av EVI. Detta beror på att invånare som ringer till EVI oftast kan ringas upp inom en till två dagar efter kontakt för ett triageringssamtal. Flera regioner framhåller att kontakten med EVI visserligen kan gå snabbt, men att det ändå fortfarande kan finnas köer till BUP.

Analys av väntetidsdata visar att det inte går att dra några tydliga slutsatser om EVI:s påverkan på väntetider till vård inom BUP. Statistiken visar att det finns stora skillnader i väntetider mellan regioner som har EVI. Det går inte heller att se någon systematisk skillnad mellan de regioner som har EVI och de som inte har det. Vid en jämförelse mellan regioner som infört EVI över

tid, är bilden även där blandad. För vissa regioner med EVI kan en förbättring av väntetiderna ses sedan arbetssättet införts, medans det för en del andra inte går att se samma utveckling. Det kan också konstateras att tillgängligheten kan variera betydligt mellan olika år i regioner som infört arbetssättet.

Trots att det inte går att dra några slutsatser om kortare väntetider till BUP, finns tydliga indikationer på att arbetssättet bidragit till effektivare resursanvändning trots ökande volymer av patienter. Genom att lyfta ut vissa arbetsuppgifter som triagering, tidsbokning, rådgivning och/eller remisshantering från kringliggande verksamheter har en avlastning skett som varit märkbar för verksamheterna (främst BUP). Det ökande inflödet av patienter över tid hos flertalet regioner bedöms vara en bidragande förklaring till varför kortare väntetider inte kunnat påvisas hos regioner med EVI genom denna utvärdering.

En tydligare ingång gör det lättare att söka vård men barn från utsatta områden nås inte i lika hög utsträckning som barn från andra områden

Utvärderingen visar att EVI i många regioner uppfattas ha bidragit till en tydligare ingång till vård för psykisk ohälsa hos barn och unga. Vårdssystemet för att hantera barn och ungas psykiska ohälsa ser olika ut i landet. I ett komplext vårdsystem för vård av barn och ungas psykiska ohälsa, som uppstått till följd av en bristande kapacitet inom primärvården och ett ökat vårdbehov, bidrar EVI till att fungera som en lots för invånarna.

Utvärderingen visar samtidigt att vården inte når barn från utsatta områden i lika hög utsträckning som barn från välmående områden. Registerstudien visar en systematisk underrepresentation av barn och unga från utsatta områden som också ökat över tid. Detta trots att barn från utsatta områden snarare förväntas vara överrepresenterade eftersom riskfaktorerna för psykisk ohälsa är högre. Underrepresentation ses oavsett om regioner infört EVI och såväl innan som efter att EVI införts. Det tydligaste mönstret i studien är att underrepresentationen minskar när patienter med adhd-diagnos exkluderas.

Triage till två vårdnivåer tycks innebära mindre bollande av patienter

Av intervju- och enkätsvar från regioner framgår att EVI uppfattas ha lett till bättre bedömningar och gränsdragningar mellan vårdnivåer hos såväl regioner som triagerar till första linjen och BUP som de som enbart triagerar till BUP. Detta uppfattas i sin tur ha lett till ett minskat bollande av patienter

och att patienter i större utsträckning hamnar på rätt vårdnivå. Huruvida i patienter i större utsträckning hamnar på rätt vårdnivå efter införandet av EVI har dock varit svårt att påvisa genom utvärderingens registerstudie. Kartläggning av kontaktytorna för en patient i regioner som infört EVI som enbart triagerar till BUP tillsammans med intervjuer och dialoger indikerar dock att bollandet av patienter är högre i dessa regioner än hos regioner som också triagerar till första linjen. Andra faktorer som påverkar patientflödet oavsett EVI-modell är sådant som möjligheten att boka in patienterna direkt hos mottagningarna istället för att remittera, i vilken utsträckning som remisser avslås, exempelvis från elevhälsan, samt i vilken utsträckning och hur privata utförare inkluderas i EVI:s uppdrag.

Triage över telefon av barns psykiska ohälsa ställer höga krav på kompetens

Av såväl forskningen som av utvärderingen framkommer att en bred kompetens hos personalen är central för kvaliteten i bedömningarna. När triagering sker över telefon och föräldrar utgör den främsta informanten till barnets mående ställer det höga krav på förmågan att fånga inåtvända och somatiska symptom. Här framhåller verksamheterna klinisk erfarenhet som en framgångsfaktor och tillgång till stöd från psykologiska och medicinska kompetenser. En annan framgångsfaktor är personalens möjligheter till kompetensutveckling och att regelbundet kalibrera sina bedömningar. Faktorer som dock tycks variera i de olika regionerna.

Utvärderingen visar även att forskningen på området är begränsad även om ny svensk forskning pågår kring triageringsverktyget Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI). Forskningsläget gällande verktyget är dock än så länge oförändrat sedan publiceringen av Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom

Rådgivningsuppdraget ger ökade möjligheter att jobba förebyggande mot psykisk ohälsa

Utvärderingen visar att inrättandet av EVI medfört ökade möjligheter för regioner att jobba förebyggande mot psykisk ohälsa genom EVI:s rådgivande uppdrag. Genom rådgivningen ges även möjlighet att skapa trygghet och kunskap hos föräldrar att navigera i de insatser och det stöd som finns att tillgå i samhället även utanför vården. Flera regioner har också utvecklat eget rådgivningsmaterial som personal kan skicka till invånare, exempelvis filmer med egenvårdsråd.

Utvärderingen visar även att rådgivning och lättillgänglig information om psykisk ohälsa både uppskattas och efterfrågas av vårdnadshavare och barn och unga själva. Utvärderingen visar att regionerna har kommit olika långt

vad gäller arbetet med rådgivning och framtagande av rådgivningsmaterial. Flera regioner efterfrågar nationella, enhetliga och kvalitetssäkrade rådgivningsmaterial.

Omställningen till god och nära vård och risk för gate-keeping behöver beaktas vid fortsatt utveckling

Forskningen pekar på att triageringsfunktioner kan riskera att bli gate-keepers till vård, särskilt när efterfrågan på vård överskrider utbudet. Givet det ansträngda läget för BUP i många regioner behöver denna risk beaktas. Regioner behöver uppmärksamma tecken på gate-keeping så att dessa vid behov kan hanteras och åtgärdas, exempelvis genom att se över hur olika delar av arbetssättet utformas och implementeras.

I omställningen till god och nära vård är målsättningen att primärvården ska utgöra navet och vägen in till vård. Fortsatt utveckling av EVI behöver beakta hur arbetssättet kan stödja omställningen och komplettera primärvårdens uppdrag. Flera utvecklingsmöjligheter finns, exempelvis genom förebyggande rådgivning till invånare och EVI:s möjlighet som centraliserad sammanlänkade aktör att bidra med konsultation, spetskompetens (t.ex. i triage) och samordning. Det är också viktigt att regionerna inte bygger upp en slags fjärde vårdnivå som verkar innan primärvårdsnivån, exempelvis genom att patienter måste genomgå triage eller rådgivning för att kunna komma i kontakt med primärvården/första linjen. Detsamma om EVI ges ett alltmer likartat uppdrag som det primärvården eller första linjen redan har, t.ex. om behandlingar ges i båda verksamheterna.

Identifierade utvecklingsbehov och Socialstyrelsens förslag

Socialstyrelsen har identifierat följande utvecklingsbehov i regioner med EVI:

- I syfte att minska de regionala skillnaderna kan regionerna se till att EVI:s uppdrag för triage inkluderar första linjen och BUP, privata vårdgivare samt möjligheten att boka in patienter direkt.
- Kompetens, triageringsstöd och kompetensutveckling hos verksamheterna behöver säkerställas.
- Insatser behöver utvecklas för att bättre nå barn i utsatta områden.
- Fortsatt utveckling av arbetet med rådgivning behövs.
- Utvecklingen av EVI i linje med omställningen till god och nära vård behöver säkerställas.

Socialstyrelsen bedömer att myndigheten skulle kunna stödja arbetssättets utveckling genom att:

- Ta fram kunskapsstöd för triagering som tar hänsyn till målgruppen barn och unga.
- Följa och uppmärksamma förändringar i forskningsläget vid framtida revidering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.
- Stödja insatser för utveckling av rådgivningsuppdraget och ökad hälsolitteracitet hos vårdnadshavare samt barn och unga genom att:
 - Stödja utvecklingen av plattformar för kunskapsspridning om psykisk ohälsa
 - Ta fram kunskapsstöd för rådgivning
 - Genomföra informationsinsatser om adhd och barns utveckling
- Undersöka möjligheten att stödja utvecklingen av EVI genom myndighetens uppdrag att utforma utvecklingsteam.

Inledning

Såväl nationellt som lokalt pågår en rad initiativ som syftar till att möta de utmaningar som ett ökat vårdbehov för psykisk ohälsa bland barn och unga medför. Ett regionalt initiativ som fått spridning bland Sveriges regioner är arbetssättet ”En väg in” (EVI). EVI som arbetssätt kan beskrivas som inrättandet av centraliserade funktioner för triage vid vård av barn och unga med psykisk ohälsa. Arbetssättet startades i Skåne 2013 och vid december 2024 fanns det sjutton En väg in-verksamheter i Sverige. I resterande regioner är arbetssättet under implementering eller under planering för uppstart. Den här rapporten redovisar Socialstyrelsen utvärdering av detta arbetssätt.

Uppdraget

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2024 uppdraget att utvärdera arbetssättet En väg in inom barn- och ungdomspsykiatri [1]. I uppdraget ingår att bedöma det vetenskapliga stödet för arbetssättet och att uppmärksamma erfarenheter av arbetssättet. Inom ramen för uppdraget ska Socialstyrelsen lämna förslag på utvecklingsbehov inom området och hur Socialstyrelsen kan bidra till att stödja den fortsatta utvecklingen av arbetssättet.

Vid genomförandet av uppdraget har kunskap och erfarenheter inhämtats från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), regioner och kommuner samt patient-, brukar- och anhörigorganisationer.

Utvärderingens syfte

Syftet med denna utvärdering är att skapa kunskap om genomförandet och resultatet av regionernas arbetssätt med att införa centraliserade funktioner för triage av barn och ungas psykiska ohälsa, även kallat ”En väg in”.

Utvärderingen har genomförts genom att kartlägga arbetssättets grundkomponenter och vetenskapligt stöd för arbetssättet. Med hjälp av metoden verksamhetslogik har arbetssättet sedan utvärderats utifrån verksamhetslogiska antaganden om syfte/mål och tänkta effekter.

Utifrån utvärderingens resultat är syftet också att identifiera utvecklingsbehov inom området och hur Socialstyrelsen kan bidra till att stödja den fortsatta utvecklingen av arbetssättet.

Termer och begrepp

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp som omfattar psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Psykisk ohälsa är en riskfaktor för suicid.

Psykiska besvär kan uttryckas som exempelvis nedstämdhet, oro eller sömnbesvär, eller som kroppsliga besvär såsom huvudvärk, magont eller yrsel. Besvärerna kan vara lätta eller svåra men uppfyller inte kriterierna för en psykiatrisk diagnos. De kan även pågå under kortare eller längre perioder. De flesta personer upplever besvär i någon form då och då.

Psykiatriska tillstånd är mer komplexa besvär som uppfyller kraven för en psykiatrisk diagnos, oavsett om diagnosen fastställts och registrerats av hälso- och sjukvården eller inte. För att en diagnos ska kunna ställas måste personen ha flera olika symtom som också ska ha funnits under en längre sammanhängande tid. Även funktionsförmågan ska vara nedsatt. Psykiatriska tillstånd delas in i psykiska sjukdomar och syndrom samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Psykiska sjukdomar och syndrom är besvär som kan debutera när som helst under livet. Det kan handla om exempelvis depression, ångestsyndrom, utmattningssyndrom och skadligt bruk och beroende av alkohol eller narkotika. Andra exempel är bipolär sjukdom och psykossjukdomar.

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) debuterar i barndomen och kvarstår oftast i vuxen ålder. Exempel på neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är adhd, autismspektrumsvårigheter och språkstörningar.

Adhd (attention deficit hyperactivity disorder) är en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning som kännetecknas av svårigheter att fokusera och bibehålla uppmärksamheten, svårigheter att hantera impulser, samt överaktivitet [2]. Om överaktivitet och impulsivitet saknas kallas adhd också **add (attention deficit disorder)**, eller **adhd, huvudsakligen ouppmärksam form**.

Triage är en process för att sortera och prioritera patienter [3].

Primärvård är hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

Specialiserad vård är hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvård.

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ger specialiserad psykiatrisk vård och behandling till barn och unga.

Första linjens vård är ett sätt att tillgodose behovet av tidiga insatser till barn och unga med psykisk ohälsa och fylla ut de organisatoriska glappen. Med begreppet första linjens vård avses ofta verksamheter och funktioner som har i uppgift att vara den instans som först tar emot barn och ungdomar som mår dåligt. Första linjen organiseras olika bland regionen, hos en del inom primärvårdsnivån och hos andra inom specialistvårdsnivån.

Vårdnivå används för att beskriva grad av specialisering av den vård som tillhandahålls av läkare eller vårdinrättning. Det finns ingen entydig definition av antalet vårdnivåer men utifrån bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL) är en vanlig indelning av vårdnivåer primärvård, specialistvård och högspecialiserad vård. I den här rapporten utgår vi från dessa tre huvudsakliga vårdnivåer. I rapporten likställer vi även första linjens vård med primärvårdsnivån även om första linjens vård i flera regioner i formell mening är organiserad inom specialistvårdsnivån. Detta för att underlätta begreppsanvändningen i rapporten och eftersom första linjens vård, oavsett organisering, i praktiken utgör vårdnivån innan BUP.

Rapportens disposition

I rapportens avsnitt *Bakgrund* ges en kort introduktion till några centrala utgångspunkter för utvärderingen samt den kontext som utvärderingen och arbetssättet EVI befinner sig i. I avsnittet *Metod och genomförande* ges en beskrivning av verksamhetslogik som är utvärderingens analytiska verktyg och de datainsamlingsmetoder som använts.

Utvärderingens resultat redovisas i tre separata avsnitt. I det första avsnittet redovisas en övergripande kartläggning av arbetssättet grundkomponenter, hur arbetssättet organiseras och går till samt centrala verksamhetslogiker som identifierats som de vanligast förekommande skälen till införandet av EVI i regionerna. I det andra avsnittet presenteras resultat och analys av de effekter som uppnåtts genom införandet av EVI och i vilken utsträckning dessa går i linje med förväntade effekter. Även respondenternas uppfattningar om utvecklingsbehov kopplat till förväntade effekter och mål med arbetssättet analyseras och redovisas i detta avsnitt. Det tredje resultatavsnittet redovisar resultatet från litteratursökningarna som utvärderar det vetenskapliga stödet för arbetssättet.

Rapporten avslutas med att redovisa utvärderingens sammanfattande slutsatser följt av en avslutande diskussion som inkluderar Socialstyrelsens identifierade utvecklingsbehov för arbetssättet. I det sista avsnittet lämnas förslag till hur Socialstyrelsen kan bidra till arbetssättets fortsatta utveckling. Identifierade utvecklingsbehov och utvecklingsförslag utgår från utvärderingens resultat och slutsatser.

Bakgrund

Ett ökat vårdbehov och långa köer

Vårdbehovet för psykisk ohälsa bland barn och unga har ökat kraftigt under de senaste decennierna. År 2023 var det drygt 99 000 barn, 0–17 år, som hade minst ett läkarbesök i den specialiserade psykiatriska öppenvården. Pojkar utgjorde 52 procent och flickor 48 procent. De senaste tio åren har antalet barn, per 100 000 invånare, som haft minst ett läkarbesök inom den specialiserade psykiatriska öppenvården ökat med drygt 60 procent [4]. Ökningen har varit störst bland barn 10–17 år där antalet patienter inom psykiatrisk verksamhet (öppen- och slutenvård) per 100 000 invånare flerdubblats sedan 2008 [5]. Den vanligaste diagnosen är adhd bland både flickor och pojkar och diagnosen har också ökat kontinuerligt över tid. År 2023 hade 70 procent av patienterna i åldern 10–17 år inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri adhd som huvuddiagnos. För diagnoser som ångest, depression, ätstörningar och beroende är andelen vårdade högre bland flickor. Pojkar vårdas dock oftare än flickor för autism [6, 7].

Det är välbelagt att tidiga insatser riktade till barn med psykisk ohälsa kan minska det individuella lidandet, förebygga att problemen försvåras, öka barnets livsvillkor senare i livet samt minska de samhälleliga kostnaderna. Att inte behöva vänta länge på vård är därför centralt. För att säkra en hög tillgänglighet till vård finns en lagstadgad vårdgaranti.

Vårdgarantin innebär en försäkran om att regionen ska erbjuda den som är folkbokförd i regionen vård inom en viss tid. I enlighet med vårdgarantin ska en patient få kontakt med primärvården samma dag och en medicinsk bedömning inom tre dagar av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården. Det sistnämnda är under förutsättning att vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt. Patienten ska vidare få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården samt planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården¹. Sedan 2011 finns en målsättning om en förstärkt vårdgaranti för barn- och ungdomspsykiatri. Den innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första

¹ Se mer om regleringen vad gäller vårdgarantin i 9 kap. HSL. Närmare reglering av tidsgränser för vårdgarantin m.m. finns i 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), HSF.

bedömning samt ytterligare 30 dagar på en fördjupad utredning eller behandling [8].

Under perioden 2016–2022 avsatte staten mer än 3 miljarder kronor till regionerna för att uppnå målsättningen om en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri för att öka tillgängligheten till vård och insatser för barn och unga med psykisk ohälsa [9, 10]. Trots det får många barn vänta längre på en utredning hos barn- och ungdomspsykiatri än garantins 30 dagar och det förekommer stora regionala skillnader [11].

Organisering av vården för barn och unga med psykisk ohälsa

Hälso- och sjukvård kan ges inom ramen för primärvård eller specialiserade mottagningar. Primärvård definieras i HSL, som hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska svara för behovet av åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.² Vidare har primärvården ett särskilt grunduppdrag att bland annat tillhandahålla hälso- och sjukvård för vanligt förekommande vårdbehov, se till att vården är lättillgänglig, tillhandahålla förebyggande och rehabiliterande insatser och samordna olika insatser för patienten när det är mest ändamålsenligt att samordningen sker där.³

Utöver denna reglering finns ingen reglering av vilka uppgifter som primärvården respektive den specialiserade vården ska utföra. Intentionerna i lagen och pågående reform kring omställningen till god och nära vård är att primärvårdsnivån ska vara den vårdnivå som verkar nära invånarna och att specialistvården ska förbehållas ansvaret för svårare vårdbehov eller sådan vård som ställer krav på särskild kompetens eller resurser.⁴

Regionernas kärnverksamhet för primärvården utgörs idag av vård- eller hälsocentraler vilka ansvarar för grundläggande behandling för de flesta besvär och för alla åldrar - inklusive barn och unga. När det gäller psykisk ohälsa hos barn och unga har dock kompetensen inom primärvårdens kärnverksamhet (vårdcentraler/hälsocentraler) länge inte varit lika uppbyggd som inom andra sjukvårdsområden. Historiskt har all psykisk ohälsa hos barn främst hanterats av barn och ungdomspsykiatri. Dessutom finns en mängd verksamheter med olika inriktning och vårdnivå, såväl regional som kommunal vars grunduppdrag inkluderar att arbeta med barn och ungas

² 2 kap. 6 § HSL.

³ 13 a kap. 1 § HSL.

⁴ Se t.ex. Prop. 2019/20:164.

psykiska hälsa, oftast främjande och förebyggande. Exempel på sådana verksamheter är barnhälsovården/BVC, ungdomsmottagningar, elevhälsa, barn- och ungdomshabiliteringen, mariamottagningar⁵ m.fl. Mängden verksamheter med olika uppdrag, olika förutsättningar och varierade organisationsformer som finns för barn och unga, har bidragit till en otydlig vårdkedja och fragmentiserad barn- och ungdomshälsovård, särskilt när det gäller området psykisk hälsa/ohälsa [12].

Uppbyggnaden av första linjen-verksamheter

Många regioner och kommuner har under de senaste åren arbetat med att bygga upp första linjen-verksamheter som ska ansvara för barn och unga med lindrig till måttlig psykisk ohälsa oavsett orsak. Det vill säga sådana besvär som enligt HSL bör omfattas av primärvårdens grunduppdrag. Hur verksamheterna organiseras ser dock olika ut i landet [13, 14]. Enligt SKR:s senaste lägesrapport för 2021/22 hade 12 regioner organiserat sin första linje inom primärvården och 9 inom specialistvården.

I regioner som organiserat sin första linje inom primärvården förekommer det att regioner har inrättat separata första linjen-mottagningar. Ibland är dessa lokaliserade på vårdcentraler. I andra regioner är Första linjen ett uttryckligt uppdrag för alla vårdcentraler. Ibland är det vissa vårdcentraler som har det som ett kompletterande tilläggsuppdrag. Det förekommer även att första linjen-mottagningar har ett delat huvudmannaskap med kommunen/kommunerna.

I regioner som organiserat sin första linje inom specialistnivån finns två huvudsakliga variationer. I en del regioner är första linjen organiserad inom specialistpsykiatri (BUP), ibland med egna mottagningar. I andra regioner är första linjen organiserad inom den somatiska öppna specialistvården (t.ex. Barn- och ungdomshälsan).

Arbetet med att bygga upp verksamheter som kan ta emot lindrig till måttlig psykisk ohälsa hos barn och unga är under utveckling och en variation av lösningar och organisationsformer har alltså vuxit fram. SKR konstaterade i lägesrapporten för 2021/22 att medan det i omställningen till god och nära vård förordas en modell där primärvården ges ett större ansvar, har utvecklingen av första linjen i flera regioner istället inneburit att den specialiserade psykiatri byggt upp första linjen som en primärvårdsnivå inom specialistnivån. Det finns inga juridiska hinder för regionerna att organisera verksamheten på detta sätt och variationerna kan ses som ett utslag för lokala förutsättningar. Socialstyrelsen konstaterade dock i en kartläggning av första linjen från 2021 att skillnaderna i landet riskerar att skapa ett ojämlikt omhändertagande [13]. Även den statliga utredningen

⁵ Mariamottagningar är specialiserade öppenvårdsenheter som vänder sig till ungdomar med alkohol- och narkotikaproblem och bedrivs i samverkan mellan kommun och region.

Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga från 2021 framhöll detta och bedömde att pågående och utbyggda projekt kring första linjeverksamheter för barns och ungas psykiska hälsa behöver integreras i primärvårdens uppdrag [12].

Framväxten av EVI

Flera regioner har de senaste åren arbetat med att bygga upp EVI. SKR beskriver EVI som ett regiongemensamt kontaktcenter eller mottagarfunktion som arbetar med rådgivning till invånare och triagering av patienter till BUP och första linjen [14-17]. I en rapport från 2019 beskriver SKR att det ökade trycket i sjukvården av barn och ungdomar som söker för psykisk ohälsa samt regionernas ambitioner om en jämlik vård har bidragit till att EVI införts i flera regioner. I en rapport från 2022 beskriver SKR att arbetssättet EVI infördes dels för att förenkla för invånare att komma i kontakt med vården, dels för att säkerställa att bedömningarna av deras vårdbehov genomfördes med hög kvalitet och på liknande sätt i en region.

Socialstyrelsen har inte tidigare utvärderat arbetssättet EVI men i kartläggningen av första linjen från 2021 undersöktes kontaktvägarna in till vård vid psykisk ohälsa hos barn och unga. Kartläggningen visade att det fanns en hög grad av variation mellan regionerna. I vissa regioner kunde invånare vända sig direkt till primärvården och i vissa fall även direkt till BUP. Medan det i andra regioner fanns EVI-mottagningar som lotsade invånarna till rätt vårdnivå. Kartläggningen redogjorde även för regioners erfarenheter av EVI utifrån tidigare rapporter av SKR. Kartläggningen beskrev att erfarenheterna av EVI är att arbetssättet uppfattas ha bidragit till att olika aktörers uppdrag blivit tydligare, till ett minskat ”bollande” mellan olika vårdnivåer och till en samsyn i regionen kring vårdnivåer och uppdrag.

Den första EVI-verksamheten startades upp i Skåne år 2013 som ett lokalt initiativ. Arbetssättet har sedan dess införts i allt fler regioner, särskilt under de senaste åren. En betydande majoritet av regionerna använder sig idag av någon form av EVI-verksamhet. SKR arbetar idag aktivt med att ge stöd till regionerna för att utveckla EVI och har tagit fram flera av de rapporter som finns om EVI. SKR samordnar även ett nationellt nätverk kallat ’Hjälpguiden’ som startades 2019. Nätverket består av företrädare för regionerna i form av chefer och verksamhetsutvecklare med ansvar för EVI-verksamheterna i respektive region.

Socialstyrelsen har flera pågående uppdrag som knyter an till denna utvärdering

Inom Socialstyrelsen har flera andra uppdrag som är relevanta i sammanhanget pågått parallellt som genomförandet av denna utvärdering. Exempelvis pågår ett arbete med att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa (dnr S2022/02309) (delvis), ett nationellt hälsoprogram för barn och unga är under framtagande (dnr S2023/02379), samt ett arbete med att utforma Nationella utvecklingsteam inom den specialiserade psykiatriska vården, med start inom barn- och ungdomspsykiatri (dnr S2024/01463). Se bilaga 1 för en närmare beskrivning av dessa uppdrag. Nyligen har Socialstyrelsen även publicerat en målbild för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa [18] och en delrapport från Nationella planeringsstödet med fokus på efterfrågan på läkarvård för adhd bland barn och unga [7] publicerats. De utvecklingsförslag som föreslås i denna utvärdering har tagits fram med beaktande av de resultat och förslag som kommer eller har redovisats i ovannämnda uppdrag.

Barns rätt till inflytande och samordnade insatser

När det gäller barn inom hälso- och sjukvården finns särskild reglering att ta hänsyn till. Barnkonventionen gäller som svensk lag och även den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen har särskild reglering när patienten är ett barn. Grundläggande är att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.⁶ Barn har samma rätt till information som vuxna, men när patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information om inte bestämmelser om tystnadsplikt eller sekretess hindrar detta.⁷ Barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen ska vidare så långt som möjligt klarläggas och tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.⁸ Barnet ska ha ett medinflytande som med tiden tangerar eller, under vissa omständigheter, övergår till ett självbestämmande. I takt med barnets ökande ålder och mognad ska barnet alltså få möjlighet att

⁶ 5 kap. 6 § HSL och 1 kap. 8 § patientlagen (2014:821), PL.

⁷ 3 kap. 1, 2, 3 och 5 §§ PL.

⁸ 4 kap. 3 § PL.

vara delaktig i allt högre grad. Till slut har barnet rätt att fatta helt egna beslut utan inblandning av vårdnadshavarna.⁹

Vård och individuella insatser till barn med psykisk ohälsa aktualiserar inte sällan ett behov av samverkan mellan olika verksamheter. Det finns flera bestämmelser i lagstiftningen som ställer krav på att hälso- och sjukvården ska samordna patientens olika vårdinsatser. Kraven i HSL på en god vård innebär bl.a. att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Det ställs också krav på att olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt.¹⁰

Primärvården har också ett utpekat samordningsansvar, vilket innebär att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård ska samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården.¹¹

Även i Socialstyrelsens ledningssystemföreskrifter åläggs vårdgivare en skyldighet att ha processer och rutiner som säkerställer att samverkan med andra möjliggörs. Motsvarande skyldighet finns också för de som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS.¹²

Det finns också en lagstadgad skyldighet att upprätta en individuell plan (så kallad SIP) när en enskild har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.¹³ Samt ett krav på att utse en fast vårdkontakt för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.¹⁴

⁹ Se mer om barns rättsliga ställning i hälso- och sjukvården i meddelandebladet *Barn som söker hälso- och sjukvård* (Nr 8 2020).

¹⁰ 5 kap. 1 § HSL och 6 kap. 1 § PL.

¹¹ 13 a kap. 1 § 5 HSL. Enligt förarbetena innebär den nya bestämmelsen att det ingår i primärvårdens ansvar att sköta denna samordning för verksamhetens patienter, i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker där. På vilket sätt och på vilken vårdnivå som samordningen lämpligen bör ske får avgöras i varje enskilt fall utifrån patientens behov och önskemål. Se prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform sid. 118.

¹² 4 kap. 5 och 6 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

¹³ 16 kap 4 § HSL och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

¹⁴ 6 kap. 2 § PL.

Metod och genomförande

Verksamhetslogik

En utvärdering kan definieras som ”en systematisk undersökning av en aktivitets värde och betydelse” [19]. I den här utvärderingen har vi utgått från en teoribaserad ansats där vi använder metoden verksamhetslogik som övergripande analytiskt verktyg. Verksamhetslogik kan generera kunskap på flera nivåer, dels om genomförandeprocessen och resultat för enskilda verksamheter, dels sammantaget på aggregerad nivå. I den här utvärderingen analyseras arbetssättet EVI på en aggregerad nivå.

Syftet med verksamhetslogik är att förstå den logik som ligger bakom införandet av en åtgärd/aktivitet/verksamhet för att kunna få kunskap om dess genomförande [19]. I utvärdering kan verksamhetslogik därmed också förtydliga vad som är relevant att ta fram information om och i vilket sammanhang som insamlade data ska förstås [20]. Verksamhetslogiken fokuserar särskilt på de tänkta effekterna av en verksamhet och de prestationer som antas leda fram till dem samt vilka faktorer som bidrar till att förklara de effekter som uppstår. Det är dock sällan som endast en enda effekt blir resultatet av en verksamhet. Ofta kan en rad andra effekter inträffa innan den effekt som ska inträffa enligt det tänkta slutmålet. Uttrycket ”slutmål” kan användas som samlingsnamn för de önskade effekter som är övergripande och som kan sägas utgöra de högre syftena med en verksamhet [20].

Ett sätt att systematisera analysen med verksamhetslogik är genom att ta fram en effektkedja, se tabell 1.

Tabell 1. Effektkedja



Utöver avsedda och planerade effekter kan även oavsedda effekter vara relevanta att uppmärksamma och värdera. En verksamhet kan exempelvis leda till oavsedda effekter som motverkar det slutmål man tänkt sig samtidigt som det kan finnas oavsedda eller överraskande effekter som visar sig vara viktigare än de planerade och förväntade [19]. För att kunna uppmärksamma oavsedda effekter utgör därför Socialstyrelsens sex dimensioner för god vård en grundläggande bas i utvärderingens analys. Se bilaga 2.

Datainsamling

Flera olika källor och datainsamlingsmetoder, såväl kvalitativa som kvantitativa, har använts i utvärderingen:

- **Enkätfrågor till EVI-verksamheter**
16 kvalitativa frågor skickades till 17 regioner varav 12 svar inkom (svarsfrekvens; 70,6 procent).
- **Intervjuer med ett urval regioner**
Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 6 regioner. I 4 regioner (Halland, Västerbotten, Skåne och Gävleborg) genomfördes fördjupade intervjuer med EVI-verksamheter, kringliggande verksamheter och lokala representanter för patient-, brukar-, och anhörigorganisationer. I två regioner (Stockholm och Västra Götaland) genomfördes kartläggande intervjuer med enbart EVI-verksamheterna.
- **Dialoger med och frågor till relevanta aktörer**
För att inhämta kunskap och erfarenheter från relevanta aktörer har dialoger förts med bl.a. representanter för patient- brukar och anhörigorganisationer, professionsföreningar, SKR och SBU. Svar på skriftliga frågor inhämtades även från anhöriga via anhörigorganisationer samt från barn och unga via Socialstyrelsens Barnråd. Se bilaga 3 för en förteckning av medverkande aktörer.
- **Registerdata**
Data från patientregistret (PAR), RegSO och SKR:s väntetidsdatabas har analyserats.
- **Skriftligt material**
Skriftligt material har undersökts, så som uppgifter på 1177:s webbplats, uppgifter på regionernas webbplatser, inskickat material från regioner vi intervjuat (exempelvis rutinbeskrivningar, utvärderingar/uppföljningar, presentationer m.m.) samt SKR:s rapporter om EVI.
- **Litteratursökning**
Det vetenskapliga stödet för arbetssättet har undersökts genom två separata litteratursökningar.
 - Den första sökningen genomfördes av SBU:s upplysningstjänst på uppdrag av Socialstyrelsen och syftade till att identifiera vetenskapliga studier om triageringsverket BCFPI.
 - Den andra sökningen genomfördes internt av Socialstyrelsen och sökte identifiera litteratur om arbetssättet EVI (eller motsvarande) brett. Syftet har varit att komplettera och utvidga den litteratursökning som SBU genomfört, därför inkluderades även grå litteratur.

För en närmare beskrivning av utvärderingens datainsamlingsmetoder hänvisas till bilaga 4.

Övergripande kartläggning - vad är arbetssättet EVI?

Som ett första steg i utvärderingen av arbetssättet EVI har en övergripande kartläggning av arbetssättet gjorts. Detta för att få en översikt av hur regionerna har organiserat arbetet samt för att identifiera möjliga likheter och skillnader i arbetssättets olika delar. I följande avsnitt redovisas resultatet från kartläggningen. Kartläggningen baseras på uppgifter från SKR:s rapporter om EVI från 2022 och 2024, information på 1177:s webbplats, samt intervjuer med och enkätsvar från EVI-verksamheterna.

Översikt av centrala komponenter i arbetssättet

Kartläggningen visar att den minsta gemensamma nämnaren för EVI som arbetssätt är inrättandet av särskilda mottagningar vars uppdrag är att jobba med triagering över telefon till rätt vårdnivå för barn och unga med psykisk ohälsa. En annan gemensam nämnare är att de allra flesta mottagningar som har detta uppdrag, med några enstaka undantag, på ett eller annat sätt också benämner sin verksamhet som "En väg in". Kartläggningen visar att det finns 14 regioner som har etablerat EVI-verksamheter. 3 regioner har startat EVI-verksamheter under 2024 och är fortfarande under implementering. I de 4 resterande regionerna är uppstart av EVI-verksamheter under planering.

De regioner som fortfarande befinner sig i planeringsfas har exkluderats från den övergripande kartläggningen (det gäller regionerna Dalarna, Kalmar, Värmland och Västernorrland).

Nedan redovisas några centrala aspekter som ingår i arbetssättet EVI hos de regioner som har startat upp sådana verksamheter. Som framgår av tabell 2 har många av verksamheterna startats i relativ närtid, det vill säga de senaste tre-fyra åren. Fyra av verksamheterna har varit igång sedan innan 2020 där Skåne har varit igång längst - sedan 2013.

Tabell 2. Översikt centrala komponenter

Region	Namn på verksamheten	Start (år)	Målgrupp	Triagerar till (FL*/BUP*)	Bokar in besök till	Verktyg för triage
Skåne	En väg in	2013	0–17 år	FL+ BUP	FL+ BUP	BCFPI + annat
Sörmland	Triageringsteamet	2016	0–17 år	FL+ BUP	FL (+BUP)*	BCFPI + annat
Norrbottnen**	BUP-linjen	2018	6–17 år	BUP	BUP	BCFPI + annat
Gävleborg	En väg in	2019	0–17 år	FL+ BUP	FL+ BUP	BCFPI + annat
Kronoberg	En väg in, mottagning för barns psykiska hälsa	2020	6–17 år	FL+ BUP	annat	BCFPI + annat
Jönköping	En väg in, barn och ungas psykiska hälsa	2020	0–17 år	FL+ BUP	FL	BCFPI + annat
Stockholm	En väg in	2020	0–17 år	BUP***	-	Annat
Västerbotten	Kontaktcenter barn och unga psykisk hälsa	2021	0–17 år	FL+ BUP	FL (+BUP)	BCFPI + annat
Halland	En väg in, kontaktcenter barn och ungas psykiska hälsa Halland (EVIK)	2021	0–17 år	FL+ BUP	FL+ BUP	BCFPI + annat
Uppsala	En väg in	2021	6–17 år	FL+ BUP	-	Annat
Örebro	Första kontakten	2022	0–17 år	FL+ BUP	BUP	BCFPI + annat
Västra Götaland	En väg in	2022	0–17 år	BUP	BUP	Annat
Östergötland	En väg in för barn och ungdomars psykiska hälsa i Östergötland	2023	6–17 år	FL+ BUP	-	BCFPI + annat
Blekinge	En väg in, kontaktcenter för barn och ungas psykiska hälsa /Remisshantering barn och ungas psykiska hälsa	2023	6–17 år	FL+ BUP	FL+ BUP	BCFPI + annat
Gotland	En väg in – vägledning om psykisk hälsa för barn och unga på Gotland	2024	6–17 år	BUP	FL	BCFPI + annat
Västmanland	En väg in – för barn och unga med psykisk ohälsa	2024	6–17 år	FL+ BUP	FL	Annat
Jämtland/ Härjedalen	Ingen uppgift	2024	0–17 år	FL+BUP	FL+BUP	Annat

* FL = första linjen, BUP = barn och ungdomspsykiatri, (+BUP) = patient sätts på väntelista hos BUP

** I Norrbotten pågår ett arbete för att ställa om BUP-linjen för att triagera både till BUP och första linjen. Planer finns även på ett namnbyte till "En väg in".

*** Triagerar inte till BUP i regi av Prima BUP och Tiohundra, som tillsammans har områdena Haninge, Järfälla, Rinkeby-Kista, Spånga-Tensta, Norrtälje, Nynäshamn, Sundbyberg, Tyresö och Upplands-Bro som upptagningsområde.

Hur sker triageringen?

Att arbeta med triagering över telefon är centralt i verksamheternas uppdrag. I triageringsuppdraget ingår som ett första steg att ta ställning till om barnet behöver vård. I de fall som barnet inte bedöms vara i behov vård kan rådgivning erbjudas istället. Vid behov kan hänvisning också ske till en annan aktör, exempelvis elevhälsa eller socialtjänst.

Triageringen görs i de flesta regionerna med hjälp av telefon-triageringsverktyget *Brief Child and Family Phone Interview* (BCFPI) tillsammans med andra underlag. Andra verktyg som används tillsammans med BCFPI är oftast Children's Global Assessment Scale (CGAS) i kombination med strukturerade intervjufrågor likt en anamnes. Andra verktyg som också förekommer är exempelvis SDQ, KID-screen och SNAP-IV. I de regioner där BCFPI inte används, används istället andra verktyg som de nyss nämnda, i kombination med egna framtagna triageringsstöd.¹⁵

Kartläggningen visar att i majoriteten av verksamheterna görs triagering till två vårdnivåer (första linjen och BUP). I dessa regionerna syftar triageringen till att utifrån en bred screening ta ställning till om barnets behov av vård bäst tas om hand av första linjen eller av BUP. I flera av dessa regioner kan personalen efter att de har gjort denna bedömning också boka in patienten på en tid för ett första besök hos aktuell mottagning. I en del regioner kan tidsbokning ske på båda vårdnivåerna (första linjen och BUP) och i en del regioner skickas istället en remiss till aktuell vårdnivå. I andra regioner används remiss till en vårdnivå och tidsbokning till den andra. Den vårdnivå som tar emot remissen ansvarar sedan för att ta kontakt med vårdnadshavaren för tidsbokning. I en del regioner kan patienter bokas in på ett första besök om de bedöms tillhöra första linjen och sättas på BUP-mottagningens väntelista om de istället bedöms tillhöra BUP.

I tre regioner sker triagering enbart till BUP. Det innebär att triageringen i syftar till att bedöma om barnets vårdbehov är av sådan art att det bör hanteras inom BUP. I dessa regioner bokar eller remitterar EVI-verksamheten patienter till ett första besök hos BUP. Det innebär att föräldrar till barn som inte bedöms tillhöra BUP hänvisas till att själva ta kontakt med första linjen för bedömning.

Vid intervju med en av dessa tre regioner framkom att triageringen i denna region också skiljer sig något vad gäller djup jämfört med övriga EVI-

¹⁵ Vid uppstarten av EVI i Stockholm valde man att utgå från arbetssättet man redan jobbade utifrån som bestod av en strukturerad anamnes, vilket används fortfarande. I Västra Götaland används ett eget triagematerial som baseras på regionens medicinska riktlinjer för remisser och telefonsamtal. I Västmanland används det arbetssätt som redan var uppbyggt inom barn- och ungdomspsykiatri som innebär en stegvis triagering med klinisk bedömning och screening. I Uppsala använder man 40 frågor som bygger på Cunninghams frågor (inklusive följdfrågor) och som även BCFPI bygger på och fylls i via 1177.

verksamheters triage. Denna region beskriver att EVI i deras region gör en ”grov triagering” och att det är ärenden som har en tydlig BUP-problematik som triageras till BUP. I övriga fall hänvisas patienten istället till första linjen för att få en mer ordentlig triagering där.

Kontaktvägar till EVI

Kontaktvägarna till EVI kan se ut på flera sätt. I samtliga regioner är telefonkontakt den vanligaste kontaktformen. Oftast är det barnets förälder som hör av sig. Det förekommer att ungdomar själva ringer men beskrivs i dialoger och intervjuer som ovanligt. I de flesta regioner kan föräldrar eller ungdomar också ta kontakt med EVI-verksamheten genom e-tjänsten på 1177.

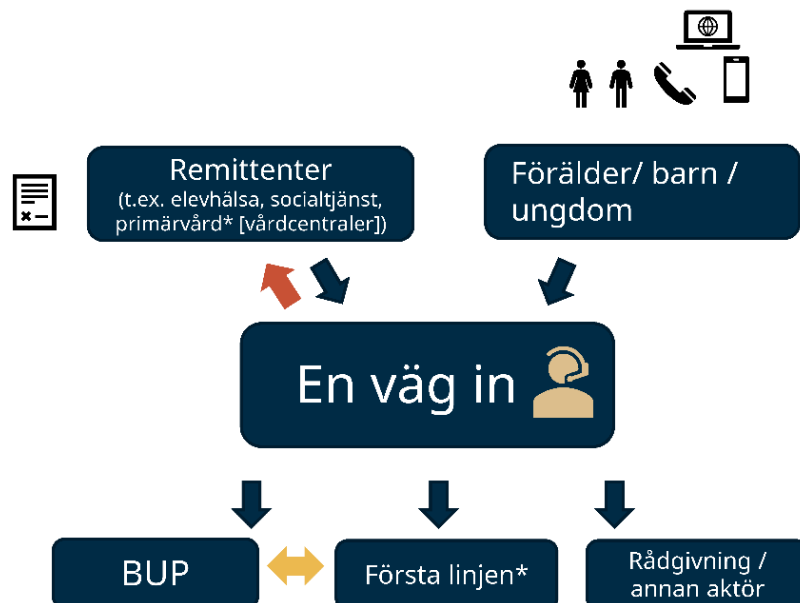
Hos de flesta EVI-verksamheterna kan behov av att bedöma ett barns vårdbehov även aktualiseras genom remisser från andra aktörer, såsom vårdcentralen, elevhälsan eller socialtjänsten. Av dialoger och intervjuer framgår dock att rutiner för hur remisser hanteras och bedöms kan se olika ut i olika regioner. Hanteringen av remisser påverkas även av om verksamheten triagerar både till BUP och första linjen eller enbart till BUP.

I flera regioner har EVI-verksamheten också ett uppdrag att erbjuda konsultation. Personal i andra verksamheter kan ringa till EVI för att rådgöra med personalen som arbetar där. De konsultationer som genomförs handlar i typfallet om stöd i frågor om remisser. Av en relativt ny uppföljning som genomförts av SKR framgår det att ingen EVI-verksamhet hade i uppdrag att erbjuda konsultation till personal i andra verksamheter om hur de kan bemöta och ge stöd till barn och familjer med psykisk ohälsa [16].

I bild 1 och 2 ges en förenklad illustration av hur kontaktvägarna kan se ut före och efter kontakt med EVI utifrån två identifierade ”modeller” för triagering. Bild 1 illustrerar hur kontaktvägarna kan se ut när EVI:s uppdrag är att bedöma vårdnivå och triagera till såväl BUP som första linjen. Bild 2 illustrerar hur kontaktvägarna kan se ut när EVI:s uppdrag är att bedöma vårdnivå och triagera till BUP.

Bild 1

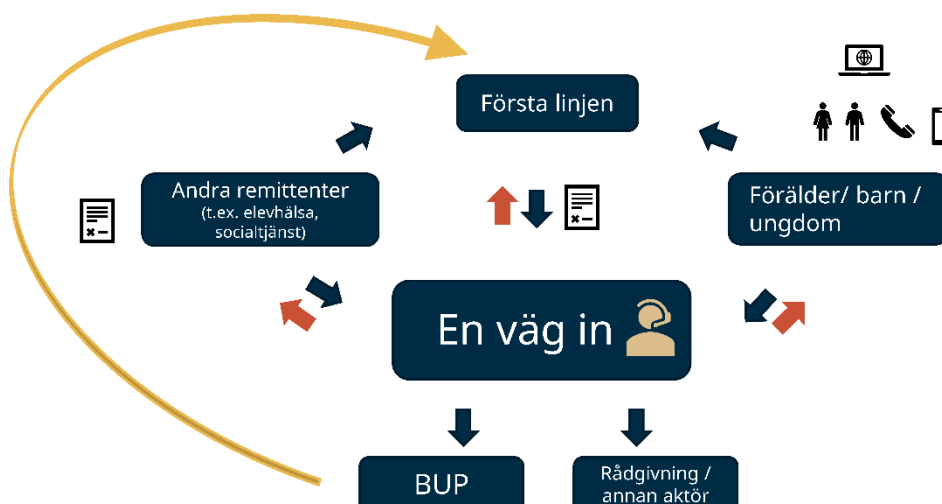
Röd pil illustrerar att ett ärende kan hänvisas tillbaka exempelvis p.g.a. att en remiss bedöms vara ofullständig. Gul pil illustrerar att ett ärende kan triageras om till den andra vårdnivån.



*I vissa regioner ligger första linjen för barn och unga med psykiska ohälsa på särskilda primärvårdsmottagningar eller inom specialistnivån. I dessa regioner gäller att andra primärvårdsverksamheter (t.ex. vårdcentraler) skickar en remiss till EVI för barn som eventuellt behöver vård på första linjen.

Bild 2

Röd pil illustrerar att ett ärende kan hänvisas tillbaka exempelvis p.g.a. att en remiss bedöms vara ofullständig, eller för att ärendet inte bedöms tillhöra BUP. Gul pil illustrerar att ett ärende kan triageras om till den andra vårdnivån.



Varför har EVI-mottagningar inrättats?

I linje med en verksamhetslogisk ansats har vi i utvärderingen undersökt vilka antaganden som ligger bakom införandet av arbetssättet EVI i regionerna. Det innebär att vi har identifierat vad som varit syftet med införandet och vilka mål och resultat som regionerna förväntat sig ska uppnås genom arbetssättet.

I intervjuer och i verksamhetenkäten lyfts framförallt *jämlika bedömningar av vårdnivå* som ett viktigt mål med inrättandet av EVI-verksamheten. Flera regioner lyfter att det tidigare inte har funnits en samsyn inom regionen kring vad som ska gälla vid olika vårdnivåer och att vårdnivån som patienten hamnade på var beroende av vilken mottagning som gjorde bedömningen. Mer jämlika bedömningar kopplas ofta ihop med att patienter förväntas hamna på rätt vårdnivå i större utsträckning och således *minska bollandet av patienterna*.

Ett annat centralt tema som också kopplas ihop med målet om jämlika bedömningar är att inrättandet av EVI förväntas leda till en *ökad tillgänglighet* i form av att patienten förväntas kunna få hjälp snabbare. Detta genom antingen ett minskat bolland och kortade köer eller genom att patienten lättare kan komma i kontakt med vården.

Ytterligare ett centralt tema är att inrättandet av EVI-verksamheten ska leda till en mer *jämlik tillgång till vård/ behandling*. Oftast kopplas detta ihop med att det ska ske via jämlika bedömningar och/eller genom att det blir lättare för föräldrar och unga att kontakta vården. Verksamheterna beskriver exempelvis att EVI är tänkt att minska skillnaderna mellan geografiska områden och bättre fånga de psykiska vårdbehoven hos barn- och ungdomspopulationen i regionen. Andra beskrivningar som görs är det inte ska vara beroende av vilket område vilken vård eller behandling som patienten får eller att tillgången till vård och behandling inte ska vara avhängigt ”den som skriker högst”.

Andra teman som förekommer i intervjumaterialet och enkätsvaren, men som inte är lika vanliga, är att EVI ska bidra till en sammanlänkad vårdkedja, effektivare resursanvändning och möjlighet att arbeta förbyggande genom EVI:s rådgivande uppdrag.

Utifrån intervjuer och enkätsvar kan följande centrala och generella verksamhetslogiker identifieras för EVI. Bilderna nedan beskriver de underliggande antaganden som utifrån en verksamhetslogisk ansats har identifieras som skälen till att EVI har inrättats i regionerna. Dessa verksamhetslogiker är också vanligast förekommande i det empiriska materialet.

Snabbare vård – ökad tillgänglighet

Aktivitet	Prestation	Effekt	Effekt	Mål
• En väg in inrättas	• Jämlika bedömningar av vårdnivå	• Färre patienter på fel vårdnivå	• Minskat bollande av patienter • Kortare köer	• Patienten får [rätt]vård snabbare • Ökad tillgänglighet

Tydligare/färre ingångar till vård – fler grupper nås – ökad jämlikhet

Aktivitet	Prestation	Effekt	Effekt	Mål
• En väg in inrättas	• En aktör istället för flera tar emot ärenden	• Antalet kontaktytor för patienten minskar • Information om var man ska vända sig för vård blir tydligare	• Fler patienter som inte hade sökt vård pga otydligheter eller komplexitet i vårdsystemet söker nu vård	• Resursvaga grupper som tidigare inte sökt vård erbjuds vård i högre uträckning • Jämlik vård

Minskad undanträngning – fler grupper nås – ökad jämlikhet

Aktivitet	Prestation	Effekt	Effekt	Mål
• En väg in inrättas	• Jämlika bedömningar av vårdnivå	• Vård ges efter behov	• Färre patienter trängs undan i vårdkön	• Resursvaga grupper får tillgång till vård i högre uträckning • Jämlik vård

Vad har arbetssättet lett till?

Utifrån identifierade verksamhetslogiker har vi undersökt vilka möjliga resultat och effekter som uppnåtts genom inrättandet av EVI-verksamheter. Möjliga icke-förväntade resultat av arbetssättet har också undersökts. Det har skett dels genom det kvalitativa enkät-, intervju- och dialogmaterialet, dels genom att analysera registerdata och offentlig statistik.

I detta avsnitt redovisas resultat och analys av materialet på en aggregerad nivå. Fokus ligger på att belysa mönster, skillnader och likheter på en samlad nivå och inte på att beskriva vilka utfall som ses i varje enskild region. Därför namnges inte enskilda regioner även om resultat från enstaka regioner lyfts fram för att synliggöra och kontrastera de mönster som syns. Enskilda regioner namnges i vissa fall när positiva exempel lyfts.

Särskild verksamhet för triagering har underlättat uppbyggnad av spetskompetens och kvalitetssäkring av bedömningar

Införandet av EVI uppfattas ha gjort bedömningarna av vårdnivå bättre i regionerna. Många beskriver det som att det blivit en ökad jämlikhet eftersom de som söker bedöms utifrån samma tillvägagångssätt i en region. Beskrivningar som görs är att bedömningarna har blivit mer rättvisa, av högre kvalitet, mer gedigna och/eller mer jämlika än tidigare.

Bland företrädare för BUP och första linjen är uppfattningen i övervägande utsträckning att det oftast är rätt patienter som triageras till dem från EVI. Något som indikerar att bedömningarna av vårdnivåer i de regioner som intervjuats håller en hög träffsäkerhet. Det förefaller också som att triageringen blivit träffsäkrare över tid, vilket uppges hänga samman med personalens ökade kompetens och vana att göra bedömningarna. Såväl EVI-verksamheterna som de verksamheter som tar emot patienter beskriver arbetet med vårdnivå-bedömningar som en utvecklingsresa och att fel bedömningar av vårdnivå oftare förekom under verksamhetens implementeringsfas.

Bland såväl EVI-verksamheterna som mottagande verksamheter upplevs det som en styrka att bedömningarna vilar på en strukturerad och systematisk inhämtning av uppgifter om det enskilda barnet. Ett underlag som dessutom är till nytta i den vidare vården av barnet. Flera av personalen som jobbar med att göra bedömningar beskriver att de ofta får positiv respons från barnets/ungdomens förälder. De beskriver att föräldrar blir positivt överraskade över den tid som bedömningssamtalen tar och upplever

bedömningsarbetet som gediget. Personal på EVI-verksamheterna uppger att föräldrar kan uttrycka att de har känt sig lyssnade på och att bedömnings samtalet också i viss mån ger föräldrar möjligheten att få ”prata av sig”.

Att det är en mindre grupp som arbetar fokuserat och tillsammans med triagering av barn och ungas psykiska ohälsa beskrivs av intervjupersonerna som en avgörande faktor för den förbättring av vårdnivåbedömningarna som ses. Flera nämner att inrättandet av en särskild funktion för triage har inneburit att man har lyckats bygga upp en spetskompetens hos den personal som jobbar med triageringen att det även underlättar kunskapsöverföring mellan personalen. Representanter från EVI-verksamheter uppger att det faktum att man är flera som arbetar tillsammans med samma arbetsuppgift också inneburit en möjlighet att skapat enhetliga former för kvalitetssäkring av bedömningarna. Intervjupersoner från EVI-verksamheter ger olika exempel på gemensamma bedömningsforum och andra arbetssätt och rutiner för att kalibrera personalens bedömningar i syfte att skapa likvärdighet. Inrättandet av EVI har inneburit att personalen som jobbar med triage ges en likvärdig introduktion samt arbetar med samma underlag och ges möjlighet att genomgå samma utbildningar och kompetensutvecklingsinsatser.

Trots den generella bilden om att EVI medfört en förbättring av vårdnivåbedömningarna inom regionerna kan viss variation mellan intervjuade regioner noteras. I särskilt en region framkommer i intervjuer en något mindre positiv bild av de bedömningar EVI gör. Några intervjupersoner från verksamheterna runt om i aktuell region beskriver att kvaliteten på bedömningarna och de underlag som man får från EVI kan vara väldigt personberoende. Denna region är också den enda där EVI-personalen sitter decentraliserat och i huvudsak jobbar hemifrån. I samma region ges i intervjuer inte heller lika många exempel på sambedömningsforum eller andra sätt för personalen att kalibrera sina bedömningar. Samtidigt framkommer i samma region att det finns väldigt lite tidsmässiga förutsättningar att delta på kompetensutvecklande utbildningar. Regionen beskriver också utmaningar med att rekrytera framför allt sjuksköterskor och att man därför jobbat aktivt med att skapa attraktiva arbetsvillkor, så som möjligheten att arbeta på distans.

Bred kompetens, bedömningsstöd och forum för sambedömning är viktigt

Att genomföra kvalificerade bedömningar inför triagering av vårdsökande, i en verksamhet som EVI där kontakten med vårdnadshavare och barn/unga företrädesvis sker via telefon, beskrivs ställa höga krav på personalens kompetens såväl på bredden som på djupet. Det rör dels förmågan att bedöma en bredd av symptom och möjliga tillstånd som förmågan att bemöta vårdsökande på ett individanpassat sätt.

Vikten av klinisk erfarenhet lyfts av majoriteten av de intervjuade som centralt för arbetet på EVI eftersom det ger en djupare förståelse av hur vården fungerar och vilka gränssnitt som kan gälla mellan olika verksamheter. Klinisk erfarenhet uppges även vara en viktig kompetens för att kunna bedöma och särskilja mellan psykiska och somatiska symptom. Även erfarenhet av att ha jobbat med barn och/eller psykisk ohälsa lyfts som en central kompetens för arbetet. Många som jobbar på EVI är därför specialistsjuksköterskor eller sjuksköterskor med längre klinisk erfarenhet. Det finns även anställda som är socionomer eller kuratorer i botten. Det är även vanligt att intervjupersonerna lyfter vikten av regelbunden kompetensutveckling, samt att personalgrupperna i respektive EVI kalibrerar sina bedömningar och har tillgång till stöd från psykologiska och medicinska kompetenser.

Utöver personalens kompetens lyfter flera representanter goda bedömningsstöd för triagering som avgörande för arbetet. Som redogjorts i den övergripande kartläggning använder majoriteten av EVI-verksamheterna BCFPI i kombination med strukturerade intervjufrågor likt en anamnes vid bedömning av vårdbehov och vårdnivå. Ingen av EVI-verksamheterna använder enbart föräldraversionen BCFPI-verktyget i triageringsarbetet. Flera av EVI-verksamheterna lyfter fram BCFPI som ett viktigt verktyg i arbetet med att bedöma vårdbehov och vårdnivå och det verktyg som de bedömt lämpar sig bäst för att triagera över telefon.

Samtliga som använder verktyget framhåller vikten av att komplettera BCFPI-underlaget med annan information för att kunna göra en högkvalitativ bedömning av barnets vårdbehov. Verksamheterna uttrycker en medvetenhet om begränsningar som följer av att enbart intervjua föräldrar. Det kan ibland förekomma att vårdnadshavare överrapporterar sitt barns svårigheter i kontakten med EVI, och att barnet därför triageras till fel vårdnivå. Det finns även en svårighet att genom föräldrantervjuer, fånga inåtvända symptom som handlar om barnets inre liv, exempelvis vid depression eller ångest. Som en följd av detta och rekommendationen i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom¹⁶ nämner flera respondenter från EVI-verksamheter att man har sänkt tröskeln i triageringen vid inåtvända symptom.

Flera framhåller även vikten av en bred insamling av uppgifter om barnets situation som nödvändig för triageringsarbetet. Därför kompletteras information från föräldern ofta med information från annan informant, till exempel skola eller ungdomen själv. Även reliabilitetsbedömning av uppgiftslämnaren (ofta föräldern) beskrivs som centralt för kvaliteten i bedömningarna. En del verksamheter använder även ungdomsversionen av

¹⁶ I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom avråder myndigheten från att enbart använda föräldraversionen av BCFPI för att upptäcka barn och ungdomar som behöver utredas vidare.

BCFPI i de fall en ungdom intervjuas som en del av triageringen. Det kan t.ex. vara aktuellt om ungdomen själv ringer in eller när mer information behövs än den vårdnadshavaren lämnat. Samtidigt poängterar EVI-representanter i intervjuer och dialoger att man behöver göra en avvägning mellan hur betungande ett triageringsverktyg är för respondenten och den information som behövs för att kunna avgöra vårdbehov och allvarlighetsgrad. Detta beskrivs som en viktig anledning till att de flesta regionerna som infört EVI använder BCFPI som ett av underlagen i triageringen.

De bedömningar som beskrivs som svårast att göra gäller särskilt för patienter vars symptombild hamnar i gränslandet mellan de båda vårdnivåerna, vilket försvårar triagen. Ett återkommande tema i intervjumaterialet är det ökade inflödet av NPF-utredningar och svårigheter att triagera och bemöta föräldrar där barnet troligtvis kommer att hamna precis under diagnoskriterierna för exempelvis adhd. I intervjuer och dialoger med EVI-verksamheterna efterfrågas därför nationella stöd för hur dessa patienter ska bedömas samt vilken vård och insatser som ska ges.

Svårt att utläsa effekter på vårdnivåbedömningar genom registerdata

Utifrån beskrivningarna om förbättrade bedömningar av vårdnivå har vi undersökt möjligheten att utläsa förändringar av vårdnivåer efter införandet av EVI genom registerdata. Uppgifter som kan säga något om förändringar i vårdnivåer har analyserats genom patientregistret (PAR). PAR innehåller uppgifter om patienter som vårdats inom den slutna hälso- och sjukvården samt uppgifter om patienter som behandlats av läkare inom den specialiserade öppenvården. Från och med 1 januari 2024 innehåller registret även uppgifter om patienter som behandlats av andra yrkeskategorier än läkare inom den psykiatriska öppenvården.¹⁷

Med utgångspunkt i uppgifter i PAR analyserades om vårdnivåer genom införandet av EVI samvarierar med en tydlig minskning av diagnoskoder som i de flesta fall kan sägas höra hemma inom första linjen. Detta utifrån antagandet att bättre bedömningar bör leda till att färre patienter hamnar på fel vårdnivå. Mot bakgrund av att huvuddiagnoser som representerar en lindrig svårighetsgrad bör förekomma inom första linjen i första hand är en minskning av dessa diagnoskoder inom BUP i så fall önskvärd. Det handlar till exempel om lindrig depression, eller om diagnoser som inte tillhör ICD-10 grupp "F" (Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar) utan grupp "Z" (faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården). Se bilaga 5 för en fullständig översikt av de

¹⁷ Se 4 § första stycket förordningen (2001:707) om patientregister hos Socialstyrelsen.

diagnoskoder som ingått i analysen. Eftersom patientantalet kan förändras över tid och antalet läkarbesök som registreras på en patient kan variera, har vi valt att titta på *andelen unika patienter med en "första linjen-diagnos" (FL-diagnos) som huvuddiagnos*.

För att utvärdera en eventuell minskning av antalet patienter inom BUP med FL-diagnos har en jämförelse gjorts över tid i regionerna som infört EVI. För ytterligare perspektiv på analysen har en jämförelse även gjorts mellan regioner med EVI och regioner utan EVI. Vid tidpunkten för när analysen genomfördes så har vi enbart haft data fram till 2023. Regioner som startat EVI-verksamheter under 2023 och därefter har därför exkluderats från analysen. En del regioner som har organiserat första linjen inom BUP rapporterar data som rör första linjen till patientregistret vilket medför att första linjen-nivån och specialistnivån inte går att särskilja. Dessa regioner har exkluderats från analysen som helhet. Eftersom diagnosen adhd står för den stora ökningen patienter inom BUP har diagnosen exkluderats från analysen.

Tabell 3 visar andelen unika patienter med FL-diagnos över tid i regionerna som ingått i analysen. Blå markering anger de år som EVI har funnits i regionen.

Tabell 3. Andel patienter med FL-diagnos

Region	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Gävleborg	60%	65%	49%	47%	44%	49%	53%	49%	50%	51%	53%	53%	58%	53%	52%	56%	55%	58%
Jönköpings	63%	60%	63%	67%	67%	67%	66%	58%	57%	57%	56%	56%	58%	58%	56%	55%	51%	52%
Kronoberg	61%	48%	55%	55%	51%	59%	61%	56%	53%	46%	51%	56%	68%	69%	82%	78%	72%	64%
Norrbottnen	38%	45%	45%	48%	48%	51%	54%	52%	55%	53%	53%	54%	56%	54%	47%	45%	44%	44%
Stockholm	38%	40%	38%	42%	45%	53%	56%	56%	57%	58%	60%	61%	63%	63%	62%	62%	56%	54%
Sörmland	77%	73%	77%	72%	72%	76%	72%	76%	77%	81%	79%	75%	74%	72%	73%	70%	68%	67%
Uppsala	68%	68%	70%	64%	64%	62%	58%	56%	61%	58%	59%	54%	58%	61%	56%	55%	56%	58%
Västerbotten	55%	58%	65%	62%	69%	69%	69%	71%	67%	70%	73%	63%	65%	61%	63%	71%	71%	69%
Örebro	64%	60%	63%	62%	58%	57%	61%	62%	59%	45%	42%	38%	35%	35%	32%	31%	30%	31%
Västra Götaland	54%	56%	56%	56%	56%	54%	56%	59%	61%	57%	54%	54%	53%	52%	51%	53%	54%	53%
Kalmar (ej EVI)	66%	55%	59%	52%	50%	53%	53%	56%	56%	57%	58%	56%	52%	50%	49%	53%	52%	48%
Västernorrland (ej EVI)	68%	68%	71%	73%	51%	49%	52%	47%	48%	49%	47%	49%	51%	45%	50%	48%	50%	50%
Västmanland (EVI start 2024)	46%	46%	42%	30%	46%	38%	44%	41%	46%	44%	48%	47%	49%	50%	49%	47%	48%	49%
Riket	60%	57%	57%	52%	49%	47%	50%	48%	50%	50%	51%	50%	51%	48%	49%	49%	50%	49%

Källa: Patientregistret.

Uppgifterna från PAR visar att andelen patienter med FL-diagnos har minskat något över tid i de flesta av regionerna. Under 2006 var den

genomsnittliga andelen FL-diagnoser inom samtliga regioner som ingått i analysen 60 procent. År 2023 var denna siffra 49 procent.

Det är dock svårt att se ett entydigt mönster kopplat till införandet av EVI. I flera regioner syns en minskning av andelen FL-diagnoser efter införandet av EVI. I några regioner tycks andelen patienter med FL-diagnos istället ha ökat. I Norrbotten, Stockholm och Sörmland syns en tydlig minskning av andelen FL-diagnoser efter införandet av EVI efter att tiden innan EVI präglats av höga eller ökande andel FL-diagnoser. I flera regioner syns en minskning av andelen FL-diagnoser såväl före som efter införandet av EVI.

De regioner som inte har infört EVI har under mätperioden haft en stabil eller minskande andel FL-diagnoser. För de regioner som infört EVI var den genomsnittliga andelen FL-diagnoser 54 procent år 2023. För de regioner som inte infört EVI var andelen FL-diagnoser 49 procent samma år. Skillnaden är inte stor och skulle kunna förklaras av slumpen eftersom patientpopulationen är mycket mindre i de regioner som inte hade EVI under mätperioden.

Den blandade bild som framgår av uppgifterna från PAR gör att det inte går att dra några tydliga slutsatser om huruvida införandet av EVI lett till en minskning av FL-diagnoser inom BUP. Minskningen av FL-diagnoser över tid, som ses totalt sett och i vissa regioner, skulle som exempel kunna förklaras av andra faktorer, så som förändrade sätt att sätta diagnoser på till följd av ökad kunskap genom forskning, riktlinjearbete och implementeringssatsningar [21].

En begränsning i analysen är att EVI har införts vid olika tidpunkter i regionerna och en del har bara varit igång två till tre år. Eftersom Socialstyrelsen saknat tillgång primärvårdsdata för den undersökta perioden har vi inte heller haft möjlighet att analysera om första linjen inom primärvården tagit emot en större andel unga patienter med psykisk ohälsa än tidigare.

Ökad jämlikhet och tillgänglighet till vård? – en varierad bild

En tydligare ingång till vård

Ett centralt resultat av EVI som lyfts i dialoger och intervjuer är att införandet av EVI har minskat komplexiteten i systemet för den som söker kontakt med vården för psykisk ohälsa hos barn. Att ha ett och samma ställe att vända sig till i frågor som rör barns och ungas psykiska hälsa anses av respondenterna ha gjort det tydligare var man kan vända sig om man har frågor om psykisk ohälsa hos barn. Beskrivningar som görs av personal som

jobbar på EVI är att invånare inte längre behöver ringa runt till olika mottagningar eller hålla reda på vad som är första linjen och vad som är BUP och vem av dessa som ska kontaktas.

I intervjuer och dialoger med representanter för barn-, patient- och anhörigorganisationer framhålls vikten av tydlig information om hur vårdsystemet fungerar och hur kontaktvägarna ser ut. Representanterna lyfter att vårdsystemet för barn och ungas psykiska ohälsa av många anhöriga och patienter upplevs som svårnavigerat. Flera organisationer som arbetar med att erbjuda stöd till patienter och anhöriga beskriver att en av de vanligaste frågorna de får handlar om när och var man ska söka vård. Flera av dessa organisationer ställer sig därför positiva till att EVI har införts i flera regioner eftersom det i många fall har bidragit till en tydligare väg in till vård. Flera av patient- och anhörigorganisationerna vittnar om att EVI är välkänt i regionerna där EVI finns. Att det är tydligt att det inte finns en annan väg in till vården och att det är en tydlig process. Trots detta finns det ändå organisationer som vittnar om att det kan förekomma otydligheter kring vem som får vända sig till EVI. Ett exempel är en region där anhöriga till barn och ungdomar med misstänkt neuropsykiatrisk problematik uppfattar att informationen om EVI avråder dem från att kontakta EVI och i stället vända sig till elevhälsan.

I en av regionerna som bara triagerar till BUP har vi vidare noterat att ett stort geografiskt område inte täcks av EVI:s uppdrag eftersom det i dessa områden finns två stora privata vårdgivare som EVI inte triagerar till. De invånare som bor i dessa områden hänvisas därför till att höra av sig direkt till dessa vårdgivare. I praktiken innebär det att EVI i den här regionen inte är tillgänglig för alla invånare i regionen. I dialoger med EVI-verksamheter har det framkommit att EVI även i några andra regioner inte triagerar till privata vårdgivare eller enbart bokar in till vårdenheter i egen regi men skickar remiss till privata vårdgivare. I dessa regioner utgör de privata vårdgivarna dock inte en så stor del av vårdutbudet.

I dialoger och intervjuer med patient- och anhörigorganisationer framkommer ändå att de flesta ser att införandet bidrar till tydligare information och tydligare kontaktväg in till vården i många av regionerna. Flera lyfter att problemet snarare handlar om att EVI kan se så olika ut i landet och att det finns regioner som inte har infört EVI. Flera organisationer framhåller därför att de ser ett behov av en ökad likvärdighet i landet när det gäller kontaktvägarna in till vård för barn och unga med psykisk ohälsa.

EVI upplevs ha bidragit till en snabb första kontakt

Flertalet intervjupersoner från EVI-verksamheterna och kringliggande verksamheter framhåller att tillgängligheten till en första kontakt med

vården för barn med psykisk ohälsa upplevs ha ökat som ett resultat av EVI. Enligt EVI-verksamheterna kan invånare som ringer till EVI oftast ringas upp inom en till två dagar efter kontakt, för ett triageringssamtal.

Det som också bidrar till bilden av en snabbare första kontakt med vården är det faktum att många av verksamheterna kan remittera patienten till en mottagning eller erbjuda en bokad tid under samma samtal. Att kunna ge patienten ett tydligt besked om nästa steg i processen beskrivs av flera intervjupersoner som ett viktigt resultat av EVI. Beskrivningar om detta är exempelvis ”vi hjälper alla vidare, så var det inte innan”, ”man får med sig något direkt efter kontakten” och ”vi kan oftast ge dem en tid i luren eller ett telefonnummer i handen”.

I dialoger med patient- och anhörigorganisationer förekommer en blandad bild om huruvida införandet av EVI har lett till snabbare kontakt med vården. Organisationerna beskriver att en del av deras medlemmar har upplevt att det exempelvis har tagit lång tid att komma fram i telefonkön för att därefter kunna bli uppringd. Samtidigt vittnar samma organisationer om att det finns upplevelser hos deras medlemmar om precis det motsatta, alltså att kontakten med EVI varit snabb och lättillgänglig.

Flera EVI-verksamheter beskriver att det initialt har behövts göras justeringar och vissa utvecklingsinsatser för att öka tillgänglighet och minska telefonköer. I en del regioner har verksamheterna över tid identifierat att det förekommer vissa toppar i inflödet av samtal till EVI under året, ofta i anslutning till terminssluten i skolorna. Därför har man gjort justeringar vad gäller exempelvis antalet tidslotter, schemaläggning och bemanning.

Att kunna triagera till båda vårdnivåerna beskrivs av flera intervjupersoner i regionerna som en viktig komponent för arbetssättet EVI. Det uppges vara centralt för att arbetet med triageringen ska bli så bra som möjligt och för att kunna ge patienten en god upplevelse av kontakten med EVI. Även möjligheten att boka in en tid direkt hos mottagningarna uppges vara en viktig komponent för att minska ledtider och ge en god patientupplevelse.

Triage till bara BUP tycks inte minska bollandet av patienter

Som beskrivits i den övergripande kartläggningen är det dock inte alla regioner som triagerar till båda vårdnivåerna. En av regionerna där EVI enbart triagerar till BUP och som arbetar med ”grov triage” beskrivs i intervju att 92 procent av alla telefonsamtal inte bokas in till BUP. Det innebär att de får rådgivning eller hänvisas till att ta kontakt med annan aktör (t.ex första linjen). Dock påpekar representanter för aktuell EVI att de kan skriva in en notering i systemet för de patienter som har hänvisats till första linjen. Man beskriver även att många remisser avslås eftersom de inte håller tillräckligt hög kvalitet för att EVI ska kunna bedöma om patienten

ska tas omhand hos BUP. Regionen uppger att remisser från elevhälsan i princip alltid avslås som en konsekvens av detta. I den andra regionen som också enbart triagerar till BUP tycks EVI dock jobba mer med att själva samla in viss komplettering om en remiss saknar tillräcklig information, genom att exempelvis ringa upp vårdnadshavaren.

Som bilderna på sid 26 visar är antalet kontaktytor för den som söker vård för ett barn med psykisk ohälsa i en region med EVI som enbart triagerar till BUP fler än för den som söker vård för ett barn i en region med EVI som också triagerar till första linjen. Utifrån intervjuerna tycks det också som att det finns stor risk för att remisser ”studsar” i åtminstone en av de regioner som triagerar till enbart BUP. De regioner vi intervjuat med EVI enligt denna modell framhåller å andra sidan uppdraget med rådgivning som centralt för deras verksamhet och att man också arbetar för att ge information om hur invånare kan skriva en egenremiss eller var de ska vända sig istället. Båda intervjuade regioner uppger samtidigt att man hade föredragit att kunna triagera till båda vårdnivåerna och att kunna boka in patienter på en tid direkt hos mottagningarna. Samtidigt framhåller båda regioner det faktum att de är storstadsregioner och att det skulle kräva stora logistiska utmaningar att överkomma för att triagera till den mängd mottagningar det handlar om.

I svar och dialoger från patient- och anhörigorganisationer framträder bilden av att negativa erfarenheter av kontakten med EVI tycks hänga ihop med upplevelsen av att ha känt sig bollad runt eller mött av en återvändsgränd. Organisationerna vittnar om upplevelser hos några av deras medlemmar att vissa EVI:s är en instans som avvisar remisser och ”ber efter komplettering efter komplettering”. Uppfattningen är att kontakten med EVI i dessa fall medfört lång väntan på hjälp och en fördröjning av kontakten med BUP. En organisation lyfter särskilt att negativt språkbruk hos EVI där man fokuserar på brister i remisser också ökar otryggheten hos anhöriga. Ytterligare en aspekt som påverkar upplevelser av att bli bollad är när man känner sig hänvisad tillbaka till elevhälsan eller när elevhälsans remisser avslås.

Inget tydligt mönster om att EVI lett till kortare vårdköer till BUP

Flera intervjupersoner hos regionerna anlägger ett systemperspektiv och problematiserar det faktum att kontakten med EVI visserligen kan gå snabbt, men att det ändå fortfarande finns köer t.ex. till BUP. Det kan skapas en förväntan hos de som söker EVI att de också snabbt ska få komma på besök hos en vårdmottagning, vilket alltså inte är givet. För den som söker EVI med en förväntan om att vård kommer ges direkt kan det uppstå ett glapp mellan förväntningarna och att i praktiken behöva stå i kö efter den triagering som gjorts av EVI. I en region där EVI skickar remiss till aktuell mottagning beskriver intervjupersonerna att de får många samtal från

föräldrar som undrar vad som har hänt och om det kommer någon tid eller inte.

I dialoger med patient- och anhörigorganisationer beskrivs att lång väntan på behandling inte är ovanlig. Organisationerna framhåller att kontakten med EVI visserligen kan gå fort men att flera medlemmar beskriver att man därefter har fått vänta länge på vård. En del vittnar om att lång väntan medfört en stark otrygghet och en känsla av att bli lämnad ensam samt i vissa fall till att problem hos barnet har förvärrats.

Statistik om väntetider visar att det inte går att dra några tydliga slutsatser om EVI:s påverkan på väntetider till vård. Ett sätt att analysera tillgängligheten till vård för barn och unga med psykisk ohälsa är att titta på andelen genomförda första besök inom 30 dagar inom BUP. Hur utvecklingen sett ut sedan 2014 illustreras i tabell 4. Som tabellen visar finns det stora skillnader i väntetider mellan regioner som har EVI. Det går inte heller att se någon systematisk skillnad mellan regioner som har EVI och de regioner som inte har det. Jämförs en och samma region med EVI under några år i följd är bilden även där blandad. För vissa regioner med EVI kan man se en ökning av andelen genomförda första besök sedan arbetssättet infördes, jämfört med året innan det infördes. Detta gäller till exempel i Gävleborg och Västra Götaland. För en del andra regioner går det dock inte att se samma utveckling. Det kan också konstateras att tillgängligheten kan variera betydligt mellan olika år i regioner som infört EVI. På samma sätt som den varierar i regioner som inte har arbetssättet.

Detta indikerar att det kan finnas andra faktorer som inverkar mer på tillgängligheten till BUP än införandet av EVI. Inte minst faktorer som en ökad efterfrågan på vård, andra organisationsförändringar och ökade eller minskade resurser till BUP m.m. Det går därför inte att med automatik säga att det är EVI som är orsaken till att vissa regioner sett förbättrad tillgänglighet sedan arbetssättet infördes.

I tabell 4 redovisas andelen genomförda första besök inom 30 dagar inom BUP för respektive region, sedan 2014. De celler som har en färgmarkering illustrerar året som EVI infördes i regionen.

**Tabell 4. Andel genomförda första besök inom 30 dagar inom BUP
(exklusive PVV¹⁸)¹⁹**

Region	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Blekinge	95	94	86	72	66	63	63	47	39	46	75
Dalarna (ej EVI)	68	60	41	38	37	21	48	83	68	68	84
Gotland	96	97	97	93	95	97	93	92	97	96	90
Gävleborg	92	90	69	62	68	71	94	88	89	85	83
Halland	90	95	80	47	63	55	39	69	75	68	68
Jämtland Härjedalen	93	73	72	84	59	50	38	42	38	43	65
Jönköping	94	92	91	70	75	55	70	70	53	72	88
Kalmar (ej EVI)	97	94	94	90	79	63	76	76	65	75	80
Kronoberg	97	91	81	48	38	57	69	33	51	55	62
Norrbottnen	91	89	84	60	52	44	51	52	56	49	51
Skåne*	92	95	91	87	93	84	79	64	62	55	63
Stockholm	90	94	95	91	92	86	91	74	59	58	69
Sörmland	92	95	84	67	58	31	22	42	23	20	22
Uppsala	94	97	94	44	35	37	65	62	68	94	88
Värmland (ej EVI)	78	77	61	65	88	68	41	39	18	34	59
Västerbotten	35	37	37	37	29	23	21	23	21	20	32
Västernorrland (ej EVI)	96	96	77	40	34	26	23	23	21	20	47
Västmanland	94	91	80	62	46	46	38	31	49	51	45
Västra Götaland	84	72	66	60	61	50	46	33	54	53	74
Örebro	92	78	93		75	50	64	82	62	69	73
Östergötland			89	83	78	72	68	46	58	57	70
Riket	88	89	84	75	74	66	66	57	55	56	69

Källa: Väntetider i vården.

*Region Skåne införde EVI år 2013.

¹⁸ PVV är en förkortning för patientvald väntan.

¹⁹ Sedan 2021 finns en ny, mer detaljerad modell för hur BUP följs upp inom Väntetider i vården. Bl.a. är data från tidigare år inte lika strukturerad vilket gör att jämförelser mellan åren behöver göras med försiktighet.

Hur tillgängligheten sett ut på första linjen mäts genom andelen barn och unga som fått en medicinsk bedömning på första linjen²⁰ inom vårdgarantins tidsgräns (tre dagar). Även med detta tillgänglighetsmått är det svårt att dra några egentliga slutsatser, framförallt beroende på att data på Väntetider i vården inte sträcker sig så långt bakåt i tiden. Men inte heller här ses ett tydligt mönster mellan regioner med EVI och de utan EVI. Däremot ses en viss positiv utveckling över tid hos de regioner som infört EVI. Här finns dock skillnader vad regionerna bedömer som en medicinsk bedömning inom första linjen. En del regioner räknar in triageringen som görs av EVI som en medicinsk bedömning, andra inte. Det finns vidare inte statistik som mäter ett första besök till första linjen.

I tabell 5 redovisas andelen barn och unga som fått en medicinsk bedömning på första linjen inom vårdgarantins tidsgräns på tre dagar, sedan 2020. För många regioner saknas ibland helårsdata, där en del regioner vissa år bara har data för enstaka månader. Det gör att jämförelser mellan åren behöver göras med försiktighet.

De celler som har en färgmarkering illustrerar året som EVI infördes i regionen.

Tabell 5. Andel barn och unga som fått en medicinsk bedömning inom vårdgarantins tidsgräns, 3 dagar, vid första linjen efter första kontakt (exklusive PVV)

Region	2020	2021	2022	2023	2024
Blekinge		3	5	8	59
Dalarna (ej EVI)		20	19	19	24
Gotland	74	59	96	100	89
Gävleborg*	100	100	100		
Halland	52	57	77	77	73
Jämtland Härjedalen			97	93	94
Jönköping	34	60	61	69	81
Kalmar (ej EVI)	91	96	96	95	97
Kronoberg	86	92	93	92	92
Norrbotten*	77	70	77	68	72

²⁰ SKR mäter väntetider till ”första linjen” som väntetider till vård för barn och ungas psykiska ohälsa enligt vårdgarantin för primärvården. Det innebär att vård som i formell mening ges via specialistnivån är inkluderad i statistiken. Se <https://skr.se/vantetiderivarden>. Det finns även skillnader i hur regionerna bedömer en medicinsk bedömning inom första linjen. En del regioner räknar in triageringen som görs av EVI som en medicinsk bedömning, andra inte.

Region	2020	2021	2022	2023	2024
Skåne*		78	70	81	97
Stockholm	31	47	35	35	48
Sörmland*	53	61	48	66	74
Uppsala			58	99	100
Värmland (ej EVI)	84	84	82	73	72
Västerbotten	33	64	71	71	71
Västernorrland (ej EVI)	53	50	86	49	46
Västmanland	7	68	83	86	73
Västra Götaland	72	62	73	73	79
Örebro		18	8	92	93
Östergötland	75	76	75	76	57
Riket	57	66	69	74	80

Källa: SKR, Väntetider i vården, <https://skr.se/vantetiderivarden.46246.html>. Statistik sammanställd av Socialstyrelsen.

* EVI inrättades före år 2020, men data för åren innan dess finns inte tillgänglig.

Främst vårdnadshavare som kontaktar EVI

Det är framförallt vårdnadshavare som kontaktar EVI enligt flera intervjupersoner. Det förekommer att ungdomar hör av sig men uppges inte vara så vanligt. Ännu ovanligare är det att yngre barn hör av sig (vilket inte är oväntat).

Av de dialoger vi har haft med patient- och barnorganisationer framkommer att EVI inte förefaller vara så välkänt bland barn och unga själva. En del EVI-verksamheter och kringliggande verksamheter nämner att verksamheten kan bli bättre på att finnas tillgänglig för barn och unga som behöver söka kontakt för vård vid psykisk ohälsa. Flera nämner att det faktum att kontakten främst sker via telefon kan utgöra ett hinder för unga att själva höra av sig till EVI. Någon intervjuperson nämner också att det kan ha blivit svårare för ungdomar (och en del vårdnadshavare) att kontakta vården i och med att kontakten inte längre sker genom fysiska besök hos första linjen. Det finns även funderingar hos flera EVI-verksamheter på om det i större utsträckning går att få med barnets perspektiv i bedömningarna som görs.

Några intervjupersoner framhåller att EVI arbetar aktivt med att öka tillgängligheten för barn och unga genom att utöka antalet sätt som det går att kontakta EVI på. Här har man dock kommit olika långt i regionerna. I någon region är det enbart telefon som gäller men i de flesta regionerna går det att även ta kontakt genom 1177:s e-tjänst. En region som lyfts av andra EVI-verksamheter när det gäller satsningar för att nå ungdomar, är EVI i Skåne och deras plattform BUP Skåne online. Där finns lättillgänglig information om vård vid psykisk ohälsa riktad till ungdomar och hur man söker kontakt. Här finns även möjlighet att ta kontakt via chatt.

I en region ingår ungdomsmottagningen som en av de verksamheter som EVI triagerar till. Personal från EVI-verksamheten menar att detta är ett bra sätt att nå ungdomar bättre. Att kontakten med ungdomsmottagningen måste gå via EVI menar man ökar möjligheten att fånga upp fler ungdomar som kan få en bredare bedömning för rätt vårdinsats. Å andra sidan finns det intervjupersoner i kringliggande verksamheter som menar att kravet på att kontakten med ungdomsmottagningen måste gå via EVI innebär en onödig omväg för ungdomar och att den närhet som verksamheten naturligt har med ungdomar inte längre kvarstår.

Resurssvaga familjer uppfattas inte höra av sig till EVI i lika hög utsträckning

Som beskrivits om verksamhetslogikerna bakom införandet av EVI finns en underliggande förväntan om att införandet ska bidra till en mer jämlik vård genom att vården når fler grupper som har ett vårdbehov.

Bilden som framträder i intervjumaterialet är dock att införandet av EVI inte tycks ha bidragit till en ökad tillgång till vård för resurssvagare grupper i samhället. Att resurssvaga familjer inte nås i samma utsträckning är en uppfattning som återkommer i dialoger och intervjuer med såväl EVI-verksamheter och verksamheter runt om, som med patient- och anhörigorganisationer. Här nämns socioekonomiska, språkliga och kulturella faktorer som möjliga hinder.

En vanligt förekommande uppfattning i intervjumaterialet är att barn och vårdnadshavare som har bristande kunskaper i svenska språket har en högre tröskel att ta sig över än andra grupper för kontakt med EVI. Det handlar både om att ha den språkliga förmågan att söka och ta till sig information om att EVI finns, och om att sedan ta den första kontakten. Som en intervjuperson uttrycker det: ”Kan man inte språket så ringer man inte”.

Majoriteten av EVI-verksamheterna erbjuder inte heller tolkmöjligheter över telefon. Det innebär dock inte att patienter med tolkbehov avvisas utan här beskriver verksamheterna att patienter i dessa fall istället bokas in på ett fysiskt besök hos en mottagning (i vissa regioner hos BUP i andra hos första linjen) där tolk kan erbjudas. Flera EVI verksamheter uppger vidare att det i

områden med socioekonomiska utmaningar är vanligare att kontaktvägarna in till vård går via socialtjänsten och skolan, än vad det är i socioekonomiskt starkare områden, där det är relativt sett vanligare att kontakterna med vården initieras av familjerna själva.

Barn från utsatta områden nås inte i lika hög utsträckning som barn från välmående områden

För att undersöka om EVI bidragit till att resurssvaga grupper kommer i kontakt med vården i högre uträkning användes information i från PAR²¹ tillsammans med uppgifter om regionala statistikområden (RegSO)²². RegSO är en rikstäckande områdesindelning för statistisk uppföljning av socioekonomisk segregation. RegSO delar in Sverige i 3363 områden utifrån fem områdestyper som definieras utifrån grad av socioekonomiska utmaningar.²³ De fem områdestyperna beskrivs och numreras enligt följande:

1. Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar
2. Områden med socioekonomiska utmaningar
3. Socioekonomiskt blandade områden
4. Områden med goda socioekonomiska förutsättningar
5. Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

I den här delen av analysen har vi undersökt i vilken utsträckning som barn boendes i områden med socioekonomiska utmaningar (områden 1 och 2) finns som patienter inom BUP, och om det går att se några skillnader i förhållande till barn som bor i områden med bättre socioekonomiska förutsättningar (områden 3, 4 och 5). Vi har även undersökt om det går att utläsa några skillnader mellan regioner som infört EVI och regioner som inte infört EVI.

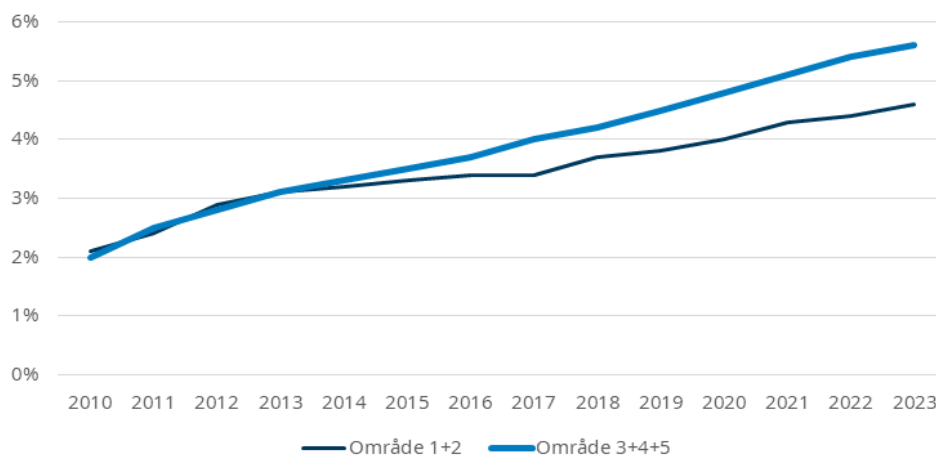
Intervjupersonernas bild av att barn från resurssvaga familjer eller utsatta områden inte kommer i kontakt med vården i lika hög uträkning bekräftas av statistik från PAR och RegSO. Resultatet från registerstudien visar att det finns en systematisk underrepresentation av barn från utsatta områden inom BUP som har ökat över tid, se graf. 1. Det gäller det stora flertalet regioner oavsett införande av EVI eller inte, se bilagorna 6 och 7.

²¹ PAR innehåller uppgifter kopplade till läkarbesök inom specialistvården.

²² <https://www.scb.se/hitta-statistik/regional-statistik-och-kartor/regionala-indelningar/regso---regionala-statistikomraden/>

²³ Områdestypens indelning baseras på sammanvägda uppgifter om: a) Andel personer med för gymnasial utbildning (som högsta utbildningsnivå), b) Andel personer med låg ekonomisk standard (disponibel inkomst lägre än 60 procent av medianinkomsten), c) Andel personer med ekonomiskt bistånd i minst 10 månader och/eller arbetslösa längre än sex månader

Graf 1. Andel barn från områdestyp 1-2 och 3-5 i kontakt med BUP



Källa: Patientregistret och RegSO.

Vid en jämförelse över tid mellan regioner som har och inte har EVI är det svårt att se något generellt mönster kopplat till införandet av EVI. Flera av de regioner som infört EVI har haft en ökande överrepresentation av patienter från välmående områden redan flera år innan EVI infördes. En ökande överrepresentation av patienter från välmående områden ses även i några regioner som inte har infört EVI. Det tydligaste mönstret från registerstudien är att när patienter med adhd-diagnos exkluderas är överrepresentationen från välmående områden inte lika stark, i såväl regioner med som i regioner utan EVI. Se bilagorna 6 och 7.

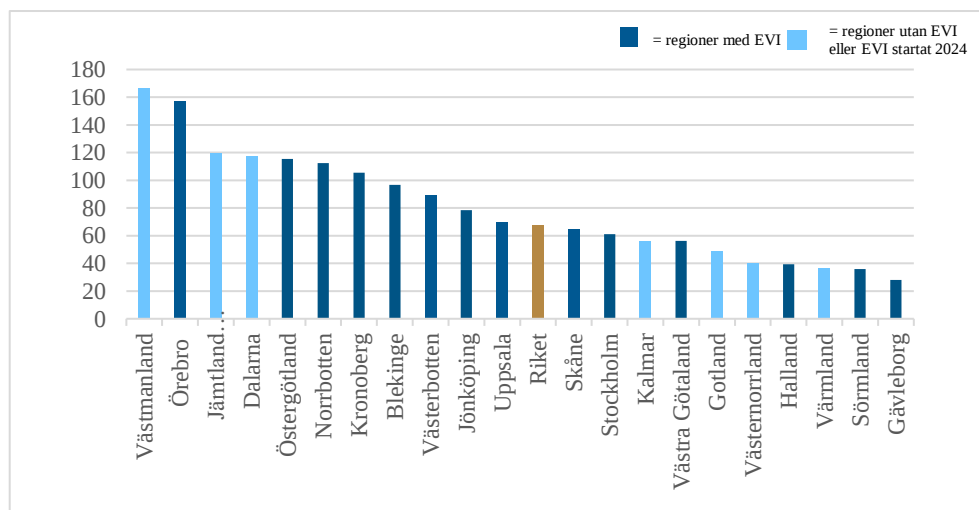
Resultaten av registerstudien bör ses i ljuset av att barn från områden med stora, och mycket stora, socioekonomiska utmaningar, snarare förväntas vara överrepresenterade inom BUP eftersom måtten som områdestyperna bygger på i sig utgör kända riskfaktorer för psykisk ohälsa [22]. Resultaten bör även ses i ljuset av Socialstyrelsens rapport från 2024 som visat att allvarigare utfall av psykisk ohälsa förekommer i högre uträkning bland barn och unga i områden med sämre socioekonomiska förutsättningar. Områden med sämre socioekonomiska förutsättningar har högre förekomst av exempelvis självskada och suicid. Rapporten visar också att förekomsten av psykiatrisk tvångsvård är högst bland unga vuxna i områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar [23].

Utifrån registerstudien av RegSO och PAR i denna utvärdering och intervjupersonernas beskrivningar finns det sammantaget få indikationer på att EVI skulle ha bidragit till en ökad jämlikhet vad gäller tillgången till vård för barn från utsatta områden och således resurssvaga familjer.

EVI kan bidra till att avlasta andra verksamheter i vårdkedjan

Som beskrivits i tidigare avsnitt finns ingen tydlig bild av om inrättandet av EVI bidragit till snabbare vård och eller minskade köer till BUP. Den varierade bilden av EVI:s påverkan på väntetider eller snabbare kontakter inom vården bör dock beaktas i relation till att vårdtyngden på BUP samtidigt har ökat kraftigt över tid. Uppgifter från PAR visar att andelen barn i befolkningen med läkarkontakt på BUP öppenvård år 2023 var 5,4 procent. SKR:s kartläggning av BUP för 2023 som bygger på statistik för vårdkontakter med alla yrkeskategorier visar att andelen barn med en vårdkontakt ökade från 8 till 11 procent mellan åren 2017 och 2023 [24]. Om man utöver andelen barn i befolkningen också ser till den procentuella ökningen av antal patienter över tid visar uppgifter från PAR att det sedan 2015 fram till 2023 skett en ökning av antal patienter med en läkarkontakt inom BUP öppenvård på 67 procent (se figur 6). SKR:s kartläggning visar vidare att andelen årsarbetare per patient inom BUP öppenvård har minskat över tid men att detta inte beror på att antalet personal minskat utan att antalet barn som fått vård har ökat. Samtidigt har antalet arbetade timmar ökat över tid [24].

Figur 6. Procentuell ökning av patienter mellan år 2015–2023²⁴



Källa: Patientregistret

Även om det är svårt att dra några slutsatser om kortare väntetider som ett resultat av EVI finns det indikationer på att arbetssättet kan bidra till

²⁴ I en tidigare version av rapporten visade figuren indexerade siffror med ett startvärde på 100 procent för år 2015 och kunde därmed inte tolkas som ökning i procent som rubriken angav. Den uppdaterade figuren visar nu förändring i procent sedan 2015, baserat på samma datakälla som tidigare. I den tidigare versionen angavs även att antalet patienter i riket ökat med 167 procent mellan 2015 och 2023. Den korrekta ökningen är 67 procent. Det övergripande mönstret – en markant volymökning av patienter i flertalet regioner – är dock oförändrat och fortsatt centralt för analysen.

effektivare resursanvändning trots ökande volymer av patienter. I intervjuerna med regionerna beskriver flera respondenter att EVI har bidragit till att avlasta verksamheterna i vårdkedjan.

Intervjupersonerna beskriver att EVI har bidragit till att frigöra resurser genom att bedömning av vårdnivåer, bokning av tider och remisshantering har lyfts ifrån verksamheterna och över till EVI. En respondent från en EVI-verksamhet anger ” BUP behöver inte sitta och bedöma lätt psykisk ohälsa, utan kan ägna sig åt att behandla svår psykisk ohälsa”. En BUP-mottagning i annan region beskriver som exempel att det tidigare kunde komma in så många remisser till verksamheten att man inte hann med remissittningarna eller att göra bra bedömningar och att det upplevdes som en övermäktig arbetssituation. Samma mottagning uppger att EVI avlastar samt bidrar med ett bredare bedömningsunderlag som också är till nytta vid första mötet med patienten: ”Det [underlaget] kan säga mycket om hur man behöver förbereda sig och hålla samtalet. Också allvarlighetsgraden i det.”.

Andra respondenter från mottagningar runt om EVI beskriver en liknande utveckling. En person uppger exempelvis: ”Vi är otroligt nöjda med EVI. De gör en enorm avlastning. Det är ett enormt vårdbehov.”. En annan beskriver att ”underlaget man får är till jättestor hjälp för att kunna göra mitt jobb om EVI gör en bra intervju”. Andra beskrivningar är att EVI också bidrar till effektivare och snabbare vårdflöden och att det rådgivande uppdraget bidrar till att minska behovet av vård.

En aspekt som lyfts av flera EVI-verksamheter och några verksamheter runt om är att EVI också bidrar till att skapa en överblick över de vårdresurser som finns. En del framhåller att det bidrar till att patienter i större utsträckning kan hamna hos rätt behandlare eftersom EVI har god överblick över mottagningarna samt kännedom om behandlares specialistkompetenser. Personalen som arbetar på EVI i en region beskriver exempelvis att de har sammanställt de olika kompetenserna som finns i olika områden och mottagningar inom regionen och försöker boka in patienter utifrån detta. Andra beskriver att inrättandet av EVI har synliggjort var resurserna brister och några framhåller att detta särskilt gäller resurser inom första linjen. En region som enbart triagerar till BUP beskriver att det i samband med införandet av EVI har blivit lättare att produktionsplanera och att EVI också synliggjort vilka områden i regionen som sticker ut vad gäller brister i remisser.

Formaliserade och förbättrade förutsättningar för samverkan

EVI kan bidra till att sy ihop kontakterna i vårdkedjan

I intervjuer beskriver respondenterna att EVI blivit som ett nav i vårdkedjan som syr ihop kontaktytorna mellan verksamheter, vilket gäller såväl de regioner där EVI triagerar till enbart BUP som de där EVI också triagerar till första linjen.

Vid inrättandet av EVI har regionerna behövt skapa formella organisatoriska kontaktvägar och samverkansformer för att EVI ska kunna fullgöra sitt uppdrag. I de regioner där triagering sker till båda vårdnivåerna har även gränsdragningar mellan respektive vårdnivå varit nödvändiga att tydliggöra på olika formaliserade sätt. Detta har skett genom överenskommelser mellan verksamheterna, genom rutinbeskrivningar hos EVI och/eller genom upprättandet av tydliga beslutsvägar eller samarbetsformer vid otydliga fall vad gäller vårdnivå. Även bland de verksamheter som finns runt EVI framhålls att arbetssättet bidragit till att tydliggöra gränssnitten mellan vårdnivåerna. Här bör poängteras att dessa svar gäller för de regioner där vi intervjuat kringliggande verksamheter och där EVI triagerar till både första linjen och BUP.

Vår bild är att arbetet har sett olika ut i olika regioner, och att det tar tid att etablera nya samverkansstrukturer och arbetssätt. En del intervjupersoner beskriver att det fanns problem när det nya arbetssättet påbörjades. Flera intervjupersoner från såväl EVI som kringliggande verksamheter beskriver hur det, åtminstone till en början, funnits ett visst motstånd hos vissa verksamheter mot att acceptera de bedömningar av barn och unga som görs av personalen på EVI. Det har då handlat om kvaliteten på bedömningarna och om de är tillräckligt träffsäkra. I de fall EVI har givits möjlighet att boka in nybesök har det på en del håll funnits en upplevelse av att lämna ifrån sig kontrollen över de egna tidböckerna, direkt hos BUP eller första linjen. Dessa aspekter har dock endast lyfts som ett initialt problem.

Det förefaller som att eventuella motstånd efterhand har arbetats bort i samband med att personalen också blivit bättre på att göra bedömningar och i samband med att man lyckats etablera en upplevd jämlikhet i bedömningarna hos de mottagande verksamheterna. Hos de flesta regioner där vi intervjuat verksamheter runt om verkar de tvivel som funnits i en del verksamheter främst vara ett utslag av en implementeringsfas och att de bedömningar som EVI gör i dagsläget snarare genomgående anses hålla hög kvalitet. I dessa regioner är verksamheterna runtomkring överlag också nöjda med samarbetet med EVI och gränssnitten mellan vårdnivåerna. En

region avviker dock som inte lika samstämmig när det gäller upplevda gränssnitt mellan verksamheterna och upplevd nöjdhet över samarbetet med EVI. I denna region har vi också noterat att det finns fler upplevelser av att bedömningarna och underlagen som EVI skickar ut håller en ojämn kvalitet.

I en av storstadsregionerna där EVI enbart triagerar till BUP har EVI fått en central roll för konsultation till vårdgrannar och därmed att bidra till att sätta ett gränssnitt för vårdnivån till BUP. Här beskrivs mängden aktörer i regionen som en utmaning när olika delar i vårdkedjan har olika syn på gränsdragningen i varandras uppdrag. Representanter för EVI beskriver att EVI-verksamheten därför arbetar kontinuerligt med hur de kan stödja processen i att få med rätt information i remisserna. Bland annat har EVI skapat remisstöd som riktar sig till både vårdgrannar och samverkanspartners, samt erbjuder remissutbildningar, digitala konsultationsträffar och samverkansmöten vid behov.

EVI kan bidra till att öka förutsättningarna för samverkan med verksamheter utanför vården

Att inrätta EVI i regionerna verkar också i vissa regioner bidragit till att förbättra förutsättningarna för samverkan med andra aktörer utanför vården och särskilt ökat regioners överblick över andra insatser som kan erbjudas när vård inte är aktuellt.

Intervjupersoner från EVI-verksamheter beskriver att det inte räcker med att avvisa en person som ringer om det visar sig det inte finns behov av vårdinsatser. För att kunna ge inringaren ett gott bemötande och fullgöra uppdraget kring rådgivning så är det nödvändigt för personalen att ha kunskap om vilka andra insatser som finns att tillgå inom exempelvis kommunen eller civilsamhället. Flera intervjuade beskriver att EVI på så vis kan bidra till att invånare kan få stöd av andra aktörer så som socialtjänsten.

Socialtjänsten är en aktör som respondenterna uppger är vanlig att hänvisa till. Flera intervjupersoner beskriver att det dock finns en utmaning vad gäller att förmå personer att ta kontakt med socialtjänsten som troligtvis beror på en rädsla eller oro. Kunskap om vilka faktiska insatser som kommunen genom socialtjänsten erbjuder, exempelvis olika föräldraskapsstöd, beskrivs därför som viktigt för att sänka trösklarna i att ta kontakt.

I syfte att sänka trösklarna för kontakt med socialtjänsten har en region initierat ett projekt med en kommun som innebär att EVI "lämnar över" personen till socialtjänsten. I praktiken innebär det att EVI ber om personens samtycke till att lämna över kontaktuppgifter till socialtjänsten som senare tar kontakt med familjen. På så sätt lämnas ansvaret inte över på familjen att söka stöd hos socialtjänsten och risken för att familjens behov inte fångas

upp minskar. Regionen i fråga beskriver projektet som lyckosamt hittills och planer finns därför på att utvidga samarbetet med fler kommuner.

Indikationer på att samarbetet med socialtjänsten behöver stärkas i flera regioner

Socialtjänsten är en viktig samverkanspartner för EVI-verksamheter när det gäller psykiatrisk vård till barn som redan är i kontakt med socialtjänsten. I vårt material nämns dock socialtjänsten inte i så stor utsträckning av EVI-verksamheterna när det gäller upplevelser av samverkan. Det som främst framgår av materialet är att barn från sämre socioekonomiska förhållanden i huvudsak kommer till EVI genom just socialtjänsten. En del uppger att man har arbetat för att informera om EVI:s uppdrag brett där socialtjänsten har varit en sådan aktör som information riktats till. Någon region uppger att kontakten med socialtjänsten främst gäller placerade barn. I en storstadsregion har EVI fått ansvaret för att delta på SIP-möten för de barn som ännu inte har en kontakt med BUP. Detta arbetssätt förekommer dock inte i någon annan region. En annan region uppger att remisser från socialtjänsten inte är så vanliga och en annan uppger att EVI i dagsläget inte har ett upparbetat sommarbete med kommunernas socialtjänst. I de två regioner där socialtjänst har intervjuats framkommer en överlag positiv bild av samarbetet med EVI. I de två regioner där vi har intervjuat socialtjänsten framkommer en överlag positiv bild av samarbetet med EVI. I dessa två regioner finns upparbetade samverkansrutiner med socialtjänsten. En av de intervjuade kommunerna är också den som medverkar i projektet med ”överlämningar” till socialtjänsten

Som framgår av resultat i tidigare avsnitt finns dock skäl att tro att samarbetet mellan EVI och socialtjänst kan behöva stärkas på ett generellt plan. Barn från utsatta områden är underrepresenterade i kontakten med BUP trots att de har större riskfaktorer för psykisk ohälsa. I en nationell enkät från Socialstyrelsen om familjehemsplacerade barn som skickats till landets samtliga kommuner under 2024 framgår att endast 4 % av kommunerna upplever ett välfungerande samarbete med barn och ungdomspsykiatri. Ett delvis fungerande samarbete uppges av 60 % av kommunerna medan 37 % uppger att samarbetet inte fungerar alls.²⁵

I intervjuer från samma uppdrag framkommer en generell bild av stora svårigheter med att få tillgång till vård för barn som är familjehemsplacerade. Detta gäller särskilt barn med komplexa problem och trauma. Intervjupersoner från socialtjänst beskriver att barnen många gånger bollas tillbaka till socialtjänsten, med hänvisning till att BUP inte kan

²⁵ Svarsfrekvens 79%. Resultaten från enkäten är ännu inte publicerad. Enkäten ingår i en kartläggning som är en del av Socialstyrelsens pågående uppdrag att förbättra förutsättningarna för fler placeringar i förstärkta familjehem och behandlingsfamiljer (S2023/01363).

påbörja utredning på grund av barnets instabila levnadssituation. Placering i sig uppges många gånger i praktiken utgöra ett hinder för vård. Det beskrivs även att BUP sällan deltar i Samordnad Individuell Planering (SIP)²⁶.

Enstaka delar av vårt intervju- och enkätmaterial sammanfaller med några av dessa beskrivningar. Så som att EVI i en region beskriver att man ofta hänvisar remisser tillbaka till socialtjänst för kontakt med första linjen p.g.a. brister i remissen. I en annan region beskrivs att placerade barn behöver vara placerade minst sex månader innan traumabehandling kan bli aktuell. Samtidigt är det några EVI-verksamheter i vårt material som också uppger att samarbete med socialtjänsten på ett generellt plan behöver utvecklas. I någon region finns funderingar på om EVI också skulle kunna triagera och boka in besök till socialtjänsten. En intervjuperson beskriver att hen skulle vilja att EVI var mer sammanlänkat med både socialtjänst och elevhälsa och att EVI skulle kunna vara den sammanlänkande funktionen.

Gott samarbete med ungdomsmottagningar men samarbetet med elevhälsan är en tydlig utmaning för flera regioner

När det gäller samverkan med andra aktörer beskriver majoriteten av regionerna i enkät- och intervjusvar ett gott samarbete med ungdomsmottagningarna. I en intervjuad region ingår ungdomsmottagningen som en av verksamheterna som EVI kan triagera till. I regionen finns dock blandade åsikter om hur kopplingen till EVI är utformad även om bilden är att kopplingen i sig anses vara bra. I en region pågår även ett utvecklingsarbete för att EVI ska kunna triagera direkt till mottagningen.

När det gäller samarbetet med elevhälsan framträder en något annorlunda bild. Ett genomgående mönster i intervjuer, enkätsvar och dialoger är att samverkan med elevhälsan uppges vara en utmaning i nästan alla svarande regioner, trots inrättande av EVI. Något som ytterligare återkommer i intervjumaterialet är att det finns olika uppfattningar och önskemål om vilken roll som elevhälsan bör ha och hur elevhälsan kopplar an till det övriga vårdssystemet. I relation till detta nämns också det stora inflödet av frågeställningar om NPF-utredningar som en utmaning. Flera uttrycker en önskan att elevhälsan ska ges ett bredare uppdrag än vad det har idag. Utifrån beskrivningar från anhörig- och patientorganisationer tycks det

²⁶ Om en person har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, ska kommunen och regionen upprätta en individuell plan tillsammans med personen om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om personen samtycker till det (se 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen [2017:30] och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen [2001:453]). Den kallas ofta samordnad individuell plan (SIP). Läs mer på: <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/samordnad-individuell-planering-sip/samordnad-individuell-plan/>

också som att kommunikationen från EVI till elevhälsan i en del fall skulle kunna fungera bättre, t.ex. vad gäller återkoppling kring vad som händer efter att elevhälsan skickat en remiss till EVI.

Det finns enstaka undantag där EVI:s samarbete med elevhälsan uppges fungera bättre. I en region beskrivs exempelvis ett framgångsrikt arbetssätt hos EVI som innebär att underlag som behövs i triageringen skickas ut digitalt till elevhälsan. Det digitala arbetssättet för att samla in underlag uppges fungera väl och lätt till att EVI får in underlag snabbt och smidigt.

Rådgivningsuppdraget är efterfrågat men under utveckling

Av såväl enkäter som intervjuer med EVI-verksamheter framgår att flera regioner uppfattar möjligheten att jobba med rådgivning och därigenom också förebyggande mot psykisk ohälsa som ett viktigt positivt resultat av införandet av EVI. Genom rådgivningen, uppger flera regionerna att det även finns en möjlighet att skapa trygghet och kunskap hos föräldrar att navigera i de insatser och det stöd som finns att tillgå i samhället.

Den rådgivning som erbjuds består i de flesta fall av information om vilka stödsatser som finns, hänvisning med kontaktuppgifter till andra aktörer än vården samt egenvårdsråd för lättare besvär och information om var man själv kan läsa mer. Hos en del regioner har rådgivningsuppdraget utvecklats ytterligare genom att regionen tagit fram eget rådgivningsmaterial till patienterna. I en region berättar EVI-personalen att de kan skicka filmer till den som ringer med egenvårdsråd kopplat till olika ämnen, t.ex. sömn. Några regioner har även utvecklat uppdraget så att EVI vid lättare besvär eller svårigheter kan triagera och boka in familjen direkt till ett föräldraskapsstöd som regionen erbjuder. I en region är det psykologer anställda på EVI som kan erbjuda digitala kurser för föräldraskapsstöd.

BUP Skåne online är ett annat exempel som lyfts fram av flera regioner som en förebild för hur EVI kan arbeta med det rådgivande uppdraget.

Representanter för regionen beskriver hur BUP online är ett resultat av ett omfattande utvecklingsarbete för att öka tillgängligheten till EVI och för att kunna arbeta än mer förebyggande mot psykisk ohälsa genom rådgivning. På plattformen finns lättillgänglig information anpassad för både unga och vårdnadshavare om psykisk ohälsa kring olika teman. På hemsidan går det även att ta del av psykoedukativt material i form av poddar, korta filmer och filmade föreläsningar. Barn och unga kan också via BUP Skåne online komma i kontakt med EVI genom att chatta anonymt eller genom videosamtal prata direkt med personal på BUP eller Ungdomsmottagningen. BUP Skåne online utgör ett viktigt verktyg för EVI-personalen att hänvisa till för egenvårdsråd och utgör därtill en viktig informationskälla till invånarna om psykisk ohälsa och kontaktvägar till vård redan innan de

kontaktar EVI. Av utvärderingen framgår att EVI-personal även i andra regioner använder sig av BUP Skåne online vid rådgivning.

Målgruppen önskar råd, stöd och tydlig information om vårdkedjan och psykisk ohälsa

Av dialoger med, och svar från, organisationer som företräder barn och unga, anhöriga och patienter framkommer en tydlig bild av att rådgivning och lättillgänglig information om vård och om psykisk ohälsa också är något som efterfrågas av målgrupperna.

Representanter för anhöriga uppger att föräldrar och familjer ofta önskar stöd för att kunna hantera sin roll i förhållande till barnet som blir komplicerat när man både är förälder och anhörig, särskilt när barnet motsätter sig vård eller när det finns en tystnadskultur inom familjen. Anhörigrepresentanter beskriver att det finns ett behov av allmänna råd om hur man som förälder kan förhålla sig till och stötta sitt barn med psykisk ohälsa. Det efterfrågas också olika former av stöd och hjälpinsatser riktade till föräldrar under tiden barnet står i kö i väntan på vård. Många anhöriga uppges uppleva en känsla av maktlöshet och ensamhet i kontakten med vården på grund av dess komplexitet och särskilt i samband med att barnet väntar på vård. I det här sammanhanget framhålls BUP Skåne online som ett bra exempel på en sådan insats, som ger tydlig information och erbjuder stöd i väntan på vård. Anhörigrepresentanter föreslår också att EVI skulle kunna utgöra den instansen där en fast vårdkontakt eller koordinator erbjuds och som kan följa familjen/barnet/ungdomen genom vårdprocessen.

Av dialoger och svar från barn- och ungdomsorganisationer framkommer samma behov av att föräldrar kan behöva kunskap om hur de kan stötta sina barn. Organisationerna lyfter också att barn och unga för egen del kan vilja lära sig mer om vad man kan göra när man oroar sig för någon i familjen eller för någon vän. Både för att kunna ge stöd och för att må bättre själv. Något som framhålls är också att det är viktigt med regelbunden information till barn och unga om psykisk ohälsa och var man kan få stöd. Informationen behöver var lättillgänglig, finnas på flera språk och dessutom finnas tillgänglig i flera olika miljöer (så som skola, bibliotek, ungdomsmottagning mm).

Nationellt stöd för att arbeta med rådgivning, inklusive digitala lösningar efterfrågas av regionerna

Utvärderingen visar att den rådgivande och stödjande delen av arbetet inom EVI är under utveckling och att nationellt stöd efterfrågas av regionerna för att fortsätta utveckla detta arbete.

Av dialoger, intervjuer och enkätsvar framgår det att flertalet regioner ser EVI:s arbete med rådgivning som ett utvecklingsområde som det behöver

tas ett systematiskt grepp om. Det rör t.ex. framtagande av rådgivningsmaterial, både sådant som kan användas av personal på EVI i telefonrådgivning och sådant som kan användas av barn/unga och vårdnadshavare på egen hand. I det senare fallet kan det handla om psykoedukativt material i form av t.ex. filmade föreläsningar eller olika typer av moduler som kan genomföras på distans (enskilt eller under ledning av behandlare). I relation till detta lyfter flera regioner att man önskar tillgång till gemensamt, nationellt framtaget och kvalitetssäkrat rådgivningsmaterial. Flera regioner uppger att det i regionerna idag tas fram eget material vilket kan vara resurskrävande samt innebär en olikvärdighet i den rådgivning som ges i landet.

En region framhåller att det behövs breda kampanjer i samhället i syfte att stärka föräldrar i sin roll och som kan hjälpa ungdomar att ta hand om sig. En annan region uppger att det även skulle behövas ett digitalt psykoedukativt program riktat till de föräldrar och unga som ställts i kö för NPF-utredning där familjerna kan få stöd i att jobba med de symtom som kan bero på NPF och som kan stötta barnet i väntan på utredning. Även gällande barn med subkliniska symptom på NPF efterfrågar flera regioner nationellt stödmaterial för rådgivning (och behandlingsinsatser).

Något som särskilt efterfrågas av flertalet regioner är en nationell digital plattform riktad till vårdnadshavare om psykisk ohälsa hos barn. En sådan plattform kan innehålla patientinformation om vårdkedjan samt hur, när och var man söker vård. Även ovannämnt rådgivningsstöd och psykoedukativt material uppges kunna göras tillgängligt via en sådan nationell plattform. En region uppger att information om olika stödinsatser som erbjuds av kommuner skulle kunna samlas på en sådan plattform för att underlätta rådgivning och hänvisning till andra aktörer än vården. Här föreslås att kommuner och skolhuvudmän skulle kunna vara medskapare i en sådan plattform exempelvis genom att hålla informationen uppdaterad. Behovet att öka regionerna kunskap och överblick över de insatser som erbjuds av andra aktörer, så som kommun och civilsamhälle har dessutom lyfts som ett särskilt utvecklingsområde för EVI av flera av de organisationer vi har haft dialog med.

Under utvärderingens gång har det i dialoger med region Skåne och med Inera²⁷ framkommit att det just nu pågår ett arbete för att införliva BUP Skåne Online i 1177:s e-tjänst. Införlivandet är en del av ett större utvecklingsarbete för att göra informationen på 1177 mer tillgänglig för barn och unga. Arbetet förväntas lanseras under 2025.

²⁷ Inera AB är ett aktiebolag ägt av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), samt alla regioner och nästan samtliga kommuner. Inera tillhandahåller e-hälsotjänster inklusive bland annat vårdinformationstjänsten 1177.

Begränsad forskning inom området – men ny svensk forskning pågår

I detta avsnitt redovisas resultat av de två litteraturstudierna som gjorts för att utvärdera det vetenskapliga stödet för arbetssättet. Vi redogör först för resultatet av litteraturstudien som genomförts av SBU och därefter några centrala resultat från den bredare litteraturstudien som genomförts internt av Socialstyrelsen.

Vetenskapliga publikationer om triageringsverktyget BCFPI

SBU identifierade 16 vetenskapliga studier i sin litteratursökning om BCFPI varav fyra [25-28] uppfyllde inklusionskriterierna (se bilaga 8). Samtliga inkluderade studier identifierades också i Socialstyrelsens granskning av BCFPI i samband med framtagandet av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom²⁸. I de nationella riktlinjerna avråds från att använda enbart föräldraversionen av BCFPI för att identifiera barn och ungdomar som behöver utredas vidare för misstänkt depression eller ångestsyndrom. Socialstyrelsens rekommendationer om BCFPI baserades på Andersson et al.[25] och Boyle et al.[26] medan Cook et al.[27] och Wernersson et al.[28] exkluderades på grund av att strukturerad diagnostisk intervju inte användes och för att inga sensitivitets- eller specificitetsanalyser genomfördes. I den här utvärderingen görs ingen bedömning av risk för bias eller vidare granskning av de inkluderade studierna i SBU:s litteratursökning eftersom dessa redan har bedömts inom ramen för Socialstyrelsens framtagande av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom.

Resultatet av SBU:s litteratursökning visar att det vetenskapliga underlaget för triageringsverktyget BCFPI fortsatt är begränsat och att ingen ny publicerad forskning tillkommit sedan publiceringen av de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom. Det har i samband med genomförandet av utvärderingen emellertid framkommit att den svenska normeringen av BCFPI har utvecklats sedan dess och att ny forskning på verktyget också pågår, med relevans för svenska förhållanden.²⁹ Det handlar bland annat om svensk och engelsk normering av en ny ungdomsversion och

²⁸ Kunskapsunderlag till Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (dnr 2021-4-7339).

²⁹ Mejlkorrespondens med ledningsansvarig psykolog, En väg in – kontaktcenter barn och ungas psykiska hälsa Halland (2024-10-28)

uppdaterad föräldraversion, svensk valideringsstudie av uppdaterad ungdomsversion, svensk valideringsstudie av uppdaterad föräldraversion, svensk studie kring långtidsuppföljning av barnpsykiatrisk population, samt en svensk studie kring tidig identifikation av antisocialitet hos barn med hjälp av BCFPI.

Andra studier med relevans för EVI

Litteratursökningen som Socialstyrelsen genomfört visar på få studier som handlar om EVI eller motsvarande arbetssätt, varför det vetenskapliga underlaget bedöms vara begränsat även ur detta bredare perspektiv. En första litteratursökning genomfördes våren 2024, och två kompletterande sökningar genomfördes under hösten 2024. Den första sökningen avgränsades till publiceringar från 2013 och framåt. För de båda senare sökningarna vidgades sökningarna till att omfatta publiceringar från 2010 och framåt. Sökningarna resulterade i totalt 268 referenser, inkluderande både vetenskapliga artiklar, grå litteratur, och webblänkar. Av dessa har nio vetenskapliga artiklar tagits med i denna rapport.

Utöver de nio artiklarna ovan har även ett antal rapporter från SKR, Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen av intresse för området i bred bemärkelse identifierats inom ramen för litteratursökningen. Dessa utgör underlag för utvärderingens bakgrund och kartläggande del och redovisas därför inte här.

Därutöver har fyra vetenskapliga artiklar tagits med som ett resultat av granskningar av litteraturförteckningar eller genom sökningar med Google. Två examensuppsatser med specifikt fokus på EVI har också identifierats via Google.

De studier som identifierats är av väldigt varierande typ och design, och även om myndigheten inte genomfört någon systematisk kvalitetsgranskning av dem så bedöms de ändå ha begränsad generaliserbarhet som enskilda studier. Men sammantaget bedöms de bidra till kunskapen inom området och redovisas nedan.

Litteraturöversikt om centraliserade intagningsmodeller

I myndighetens olika sökningar efter studier återfanns två litteraturöversikter av intresse för denna utvärdering.³⁰ I den första översikten sammanställs erfarenheter från 34 studier om centraliserade intagningsmodeller (CI-modeller) inom olika vårdområden, där psykisk hälsa utgör ett av dem [29].

³⁰ Båda är så kallade scoping reviews. En scoping review är en översiktsstudie som görs för att skapa överblick över ett forskningsområde.

Två av de underliggande studierna identifierades även i våra sökningar, vilka inte redogörs för separat eftersom, de ingår i litteraturöversikten [30, 31]. Översikten är inte avgränsad till barn och unga. Artikeln innehåller ingen redovisning av att någon kvalitetsgranskning gjorts av studierna i översikten. Slutsatserna bör beaktas med detta i åtanke.

En övergripande slutsats i översikten, baserad på samtliga underliggande studier och därmed även andra vårdområden än enbart vård för psykisk ohälsa, är att CI-modeller som implementerats framgångsrikt visat på förbättrad tillgänglighet till, och ökad efterfrågan på, vårdtjänster. Detta förutsätter dock att arbetssättet understöds av ett nätverk av vårdenheter som kan erbjuda vård som möter patientens behov. Artikeln lyfter att användande av CI-modeller på populationsnivå för att förbättra tillgången till vård för psykisk ohälsa är ett relativt nytt fenomen.

I ett fåtal av de underliggande studierna redovisas vinster och utmaningar med CI-modeller inom vård för psykisk ohälsa. Socialstyrelsen kan konstatera att bilden är blandad. För patienter redovisas, baserat på två studier (där en är relativt gammal, från 1995), bl.a. förbättrad tillgänglighet och reducerade vänte- och vistelsetider. Samtidigt visar en studie på sämre utfall vid svårigheter att samtala med patienten och för patienter med komplex problembild. För vårdgivare redovisar en studie vinster i termer av mer samlade och integrerade bedömningar och tidsvinster, och två studier pekar på bättre förståelse för patienternas historia och behov, samt ett undvikande av dubbelarbete. Utmaningar handlar bl.a. om behov av upprepade inledande möten och diskussioner med lokala vårdenheter för att möta farhågor hos personalen, vilket en studie pekar på. På systemnivå anges den ovan nämnda studien från 1995 redovisa vinster i termer av förebyggande av otillräckliga bedömningar av barns behov samt bättre vård, och en annan studie anges visa på förbättrad vårdkapacitet. Studien från 1995 pekar vidare på initiala utmaningar i form av att få vårdenheter att arbeta tillsammans, samt otillräcklig tillgång till specialistkompetens bland vårdenheter. En studie anges vidare visa att nyttjandegraden av vårdtjänster ökade, men modellen löser inte på egen hand problemen med behov av vård.

Litteraturöversikt om strategier för att hantera väntetider

I den andra litteraturöversikten, som inkluderar 119 artiklar, redovisas strategier för att hantera väntetider och/eller öka tillgänglighet och flöde inom den öppna barn- och ungdomspsykiatri [32]. En strategi som författarna identifierade i 23 artiklar handlade om att förbättra processerna för intag och initiala bedömningar. Målet med interventionerna enligt dessa artiklar var att säkerställa korrekta remitteringar genom införandet av triageringsverktyg eller en initial bedömningsprocess. Några av studierna visade att interventionerna tenderade att öka effektiviteten och reducera

väntetider. Författarna framhåller dock att många av de aktuella studierna inte haft en rigorös studiedesign. Detta tillsammans med att det inte framgår i vilken utsträckning verksamheterna använder telefonkontakt som primär kommunikationskanal med vårdsökande gör att slutsatser som baseras på dem bör beaktas med försiktighet.

Studier med fokus på triageringsprocessen och rådgivning

Utöver litteraturöversikterna ovan har några studier hittats som är av intresse, med fokus på triagering och telefontriagering, men även rådgivning. Även dessa studier bedöms ha begränsad generaliserbarhet. Några slutsatser från studierna redovisas nedan:

- Personal som arbetar med telefontriagering inom psykiatri (ej avgränsat till barn och unga) behöver ha kompetens inom sju kärnområden; inledning av samtal, genomförande av bedömningar av mental status, riskbedömning, beslut om fortsättning, avslut av samtal, remittering, och dokumentation [33].
- Att bedöma ett barns välbefinnande och eventuella psykiska ohälsa över telefon, baserat på information från vårdnadshavare, kräver särskild kompetens [34]. Avsaknaden av fysiska möten nödvändiggör en förmåga att lyssna noggrant på det som sägs såväl som på sättet som det sägs, och även att uppfatta det outtalade. Telefontriagering inom EVI påverkas av såväl möjliggörande som hindrande faktorer. Det handlar t.ex. om barnet har distinkta symptom, vårdnadshavarnas förmåga att förmedla barnets symptom och funktionsnivå, barnets eventuella medverkan i samtalet och dess insikt och förmåga att beskriva sina problem, samt sjuksköterskornas kunskaper och erfarenheter.
- I en examensuppsats från Lunds universitet, som undersökt hur sjuksköterskor som arbetar inom En väg in i Region Skåne upplevde sin arbetssituation, visades att de kände en meningsfullhet med arbetet som de utförde med själva telefonsamtalet [35]. Men de upplevde också brist på information och tydlighet om syftet med telefonrådgivningsuppdraget samt bristande resurser inom organisationen.³¹
- Av en annan examensuppsats från Jönköpings universitet, med fokus på EVI i Region Jönköpings län, framgår att en gemensam, strukturerad och systematisk bedömningsmetod för triagering till BUP och BUH medfört en mer likvärdig och patientsäker bedömning till rätt vårdnivå [36]. Något som lett till ökad kvalitet och tydligare information kring nästa steg för familjen. Både familjer och medarbetare uttrycker nöjdhet med det nya

³¹ Det bör noteras att Region Skåne har organiserat om sin En väg in-verksamhet efter att studien genomfördes.

arbetssättet, och det har resulterat i närmare samverkan och förståelse mellan olika verksamheter.

- Införandet av ett telefonbaserat arbetssätt påminnande om EVI (Single Point of Access [SPA]) har potentialen att förbättra ungas tillgång till vård för psykisk ohälsa [37, 38]. Detta genom att förenkla var man kan vända sig för att få hjälp och genom att göra det lättare att komma i kontakt med verksamheten. Utmaningar som identifierats var kompetensförsörjning och behovet av strukturerad informationsinhämtning för att uppnå konsekventa bedömningar. En annan utmaning var att självinitierad kontakt med SPA framförallt gjordes av invånare från områden som inte var eftersatta (least deprived areas).
- Införandet av en ny triageringsprocess (ej via telefonkontakt), innehållande en kort klinisk intervju, psykometriska mått, samt ett bedömningsmöte, kortade väntetiderna för barn och unga som remitterats till att få en första bedömning inom barn- och ungdomspsykiatri[39].
- Ett 10–15 minuter långt tillägg till en standardiserad telefonintervju med föräldrar till barn med beteendestörningar gjorde att det var tre gånger så sannolikt att de som fick interventionen kom på det första inbokade mötet med vården och den fortsatta vården. Intervjutillägget hade motiverande inslag och fokuserade bl.a. på föräldrarnas erfarenheter av att söka vård för sitt barn [40].
- Triageringsprocesser kan fungera som gate-keepers för att hantera efterfrågan på vård [41, 42]. Det är därför ett steg där unga som söker vård potentiellt kan avbryta sina försök att få vård [41].

Studier om centraliserat konsultationsstöd för att stärka primärvården

En del av uppdraget som flera EVI har är att erbjuda kringliggande verksamheter konsultationsstöd. Konsultationerna handlar primärt om att ge stöd inför beslutet att eventuellt skicka en remiss till vården. I vår litteratursökning har vi hittat artiklar som beskriver liknande arbetssätt vad gäller just konsultationsstöd. Ett sådant exempel är så kallade Child Psychiatry Access Programs (CPAPs), program som började implementeras i Massachusetts i USA och sedan har spridits till andra delstater. Även om det inte handlar om EVI-organisationer bedömer vi att det ändå kan vara av intresse att redogöra kort för några iakttagelser från dessa artiklar. En artikel visar t.ex. att CPAP är ett sätt att stärka primärvårdens förmåga att vårda barn med psykisk ohälsa genom att läkare inom primärvården får möjlighet att konsultera team med psykiatrisk expertis [43]. Teamen kan stötta vid omhändertagande av mild till medelsvår psykisk ohälsa och på så sätt frigöra resurser inom specialistpsykiatri för svårare fall. De kan också bistå med vårdkoordinering.

Slutsatser

EVI är ett relativt nytt sätt att arbeta på i Sverige. Region Skåne var först ut med sin uppstart år 2013. Därefter har en majoritet av landets regioner implementerat eller påbörjat implementeringen av liknande lösningar, ofta under de senaste åren. Det gör att olika regioner har kommit olika långt i införandet av EVI till vård för barn- och unga med psykisk ohälsa.

EVI är i dagsläget inte heller ett enhetligt arbetssätt eftersom det finns regionala variationer i implementeringen. En minsta gemensam nämnare är inrättandet av en centraliserad funktion som arbetar i huvudsak med triage över telefon av barn och ungas psykiska ohälsa. De främsta skillnaderna består i om triagen görs till två vårdnivåer eller enbart en, om vilka triageringsverktyg som används och om verksamheten kan boka in patienten på ett första besök till mottagningarna. En minskad variation i några av dessa aspekter kan vara en möjlig väg för att uppnå en ökad jämlikhet i patienters kontakt med vården oavsett var i landet man bor. Att minska de regionala skillnaderna i hur EVI fungerar är också något som patient- och anhörigorganisationer särskilt efterfrågat i de dialoger vi har haft i utvärderingen.

Det finns inte mycket forskning om EVI, eller liknande modeller, som tar ett helhetsgrepp på arbetssättet. Forskning om telefontriagering av psykisk ohälsa för barn och unga är begränsad, samtidigt visar utvärderingen att forskning kopplat till BCFPI pågår. Det finns därför behov av mer forskning och behov av att fortsatt följa utvecklingen inom området.

EVI har lett till flera förväntade resultat men inte alla

I utvärderingens initiala del identifierades tre centrala verksamhetslogiker bakom införandet av EVI (se även sidorna 27–28):

- EVI ska leda till en ökad tillgänglighet i form av snabbare vård. Detta genom bättre bedömningar av vårdnivå och således minskat bollandet av patienter.
- EVI ska leda till en mer jämlik vård genom att minska komplexiteten i systemet så att fler grupper nu söker vård. Detta genom en tydligare ingång till vård.
- EVI ska bidra till en mer jämlik vård genom en minskad undanträngning av patienter. Detta genom en jämlik bedömning av patienternas vårdbehov så att vård ges efter behov.

Vår samlade bedömning är att EVI som arbetssätt, på en aggregerad nivå har bidragit till flera positiva resultat som också går i linje med de verksamhetslogiker som finns bakom införandet av EVI. De positiva resultaten handlar på ett generellt plan om:

- Uppbyggnad av strukturer för kvalitetssäkring av vårdnivåbedömningar, vilket kan bidra till bättre bedömningar.
- Tydligare ingång till vård för psykisk ohälsa hos barn och unga i regionen.
- Tydligare gränsdragningar mellan vårdnivåer inom regionen och bättre samverkansmöjligheter inom regionen vilket kan bidra till ett minskat bollande av patienter.

Samtidigt kan vi konstatera att de positiva resultat som kan uppnås med arbetssättet påverkas av hur vissa delar av arbetssättet implementeras. Olika delar av arbetssättet fungerar således olika väl i olika regioner. En framgångsfaktor för att skapa tydligare gränsdragningar mellan vårdnivåer och minskat bollande av patienter tycks vara när EVI triagerar till såväl BUP som första linjen. Såväl intervjupersoner som forskningen framhåller även en bred kompetens hos personalen som central för kvaliteten i bedömningarna. En framgångsfaktor är personalens möjligheter till kompetensutveckling och att regelbundet kalibrera sina bedömningar. Faktorer som tycks variera i de olika regionerna.

Vi kan även konstatera att flera förväntade resultat inte har kunnat bekräftas genom denna utvärdering. Vi kan bland annat konstatera att EVI på ett generellt plan inte lett till en mer jämlik vård genom att vård i större uträkning ges till de med störst behov. En utmaning, som inte endast har med EVI att göra men som ändå behöver hanteras är hur vården bättre ska nå barn och unga i utsatta områden. När det gäller ökad tillgänglighet genom snabbare vård har denna utvärdering inte heller kunnat påvisa att EVI på ett generellt plan lett till kortade köer till BUP. En bidragande förklaring till det bedöms vara det ökande inflödet av patienter över tid.

Andra resultat av betydelse

Trots att det inte går att dra några slutsatser om kortare väntetider till BUP, finns tydliga indikationer på att arbetssättet bidragit till effektivare resursanvändning trots ökande volymer av patienter. Genom att lyfta ut vissa arbetsuppgifter till EVI, som triagering, tidsbokning, rådgivning och/eller remisshantering från kringliggande verksamheter har en avlastning skett som varit märkbar för verksamheterna (främst BUP). Det här resultatet har dock inte varit ett vanligt uttalat mål med införandet av EVI.

Ett annat resultat som inte heller varit ett lika vanligt uttalat mål med införandet av EVI är de förbättrade möjligheter som arbetssättet medfört att

arbeta förebyggande med psykisk ohälsa genom rådgivning. Något som utvärderingen visar uppskattas och efterfrågas av vårdnadshavare och barn och unga själva.

Diskussion och identifierade utvecklingsbehov

I följande avsnitt förs en fördjupad diskussion av de resultat och slutsatser som framkommit i utvärderingen. Utifrån detta förs även en diskussion kring identifierade utvecklingsbehov och möjliga utvecklingsinsatser.

Socialstyrelsen har identifierat följande utvecklingsbehov:

- I syfte att minska de regionala skillnaderna kan regionerna se till att EVI:s uppdrag för triage inkluderar första linjen och BUP, privata vårdgivare samt möjligheten att boka in patienter direkt.
- Kompetens, triageringsstöd och kompetensutveckling hos verksamheterna behöver säkerställas
- Insatser behöver utvecklas för att bättre nå föräldrar och barn i utsatta områden
- Arbetet med rådgivning behöver fortsätta utvecklas
- Utvecklingen av EVI i linje med omställningen till god och nära vård behöver säkerställas

Diskussion och beskrivna utvecklingsbehov riktas i huvudsak till regionerna men är även av relevans för andra, som beslutsfattare och andra aktörer på nationell nivå samt forskarsamhället.

Redogörelse för hur Socialstyrelsen kan bidra till arbetssättets fortsatta utveckling redogörs för i nästa avsnitt.

Triage till både första linjen och BUP ger bättre förutsättningar för en sammanlänkad vårdkedja och en god patientupplevelse

Att patienter slipper bollas mellan olika vårdnivåer och aktörer i vården är av vikt både för att förbättra resursanvändningen i vården och för att göra vården bättre ur ett patientperspektiv. Tidigare forskning har pekat på att triageringsprocesser till vård så som sker på EVI dock kan riskera att fungera som gate-keepers till vård, särskilt när efterfrågan på vård överskrider utbudet. Givet det ansträngda läget för BUP i många regioner är denna risk av särskild vikt att beakta. Uppmärksamhet behöver därför riktas mot hur triageringsuppdraget för EVI utformas och tecken på gate-keeping hanteras och åtgärdas.

Utvärderingen visar att när EVI enbart triagerar till BUP innebär det betydligt fler kontaktytor för patienten och en ökad risk för att patienten hänvisas fram och tillbaka mellan olika aktörer. Triage till endast en vårdnivå tycks även öka risken för att remisser studsar i vårdsystemet. Utvärderingen indikerar således att EVI som triagerar till två vårdnivåer har bättre förutsättningar att bidra till en sammanhållen vårdkedja och därmed bättre patientupplevelse. Detta kan troligtvis förklaras av att triagering till två vårdnivåer förutsätter att EVI-verksamheterna har en motpart på respektive vårdnivå som de kan boka in eller remittera patienterna till och att borthänvisning inte heller kan ske i lika hög utsträckning. Samtidigt tyder utvärderingen på att en gemensam förståelse och acceptans av gränsdragningar mellan vårdnivåer troligen uppnås lättare när triagering sker till två vårdnivåer. Socialstyrelsen bedömer därför att regioner som inför/t EVI kan överväga att ge verksamheten uppdraget att triagerar till såväl BUP som första linjen. Detta för att minska riskerna för att EVI fungerar eller upplevs som en gate-keeper till vård och för att öka förutsättningarna att åstadkomma tydliga gränsdragningar mellan vårdnivåer.

Samtidigt pekar utvärderingen på att acceptans för gränsdragningar mellan vårdnivåer inte uppnås per automatik genom triage till två vårdnivåer. För att gränsdragningen mellan vårdnivåer och acceptans ska cementeras krävs också att bedömningarna som görs på En väg in håller god och jämn kvalitet. En annan central framgångsfaktor som framkommer i utvärderingen är formaliserade samverkansformer och rutiner mellan ledningsnivåerna för EVI, BUP och första linjen.

Utifrån utvärderingen bedömer Socialstyrelsen att regioner även behöver se över hur triageringen som görs på EVI även ska kunna inkludera privata vårdgivare som finansieras med offentliga medel (i de regioner där dessa finns) för att öka likvärdigheten och invånarnas tillgång till vård. För att minska ledtider och risken för att EVI upplevs som en onödig omväg bedömer Socialstyrelsen att regionerna också behöver se över hur EVI-verksamheterna skulle kunna ges möjlighet att boka in tider direkt hos mottagningarna.

Ett tydligt resultat från dialogerna med patienter och anhöriga är önskemålet om att vården för barn och unga med psykisk ohälsa ska blir mer likvärdig över landet genom att de regionala skillnaderna minskar. Att minska de regionala skillnaderna för hur EVI fungerar i landet är också något som patienter och anhöriga lyft i utvärderingen. De identifierade utvecklingsbehoven som beskrivit bedöms utgöra viktiga steg för att minska de regionala skillnaderna och därmed bidra till en ökad likvärdighet för invånares kontakt med vården. Utvecklingsförslagen bedöms även vara i linje med regeringens nationella strategi för psykisk hälsa och suicidprevention som framhåller vikten av enkla ingångar till vård som kan tillhandahålla snabb bedömning och vid behov erbjuda en vårdkontakt direkt, utan remittering, behovsprövning eller hänvisning till andra instanser [44].

Telefontriagering ställer höga krav på kompetens

Tidigare studier visar att telefontriage av barn och ungdomars psykiska ohälsa ställer särskilda krav på personalens kompetens. Samtidigt visar studier att utmaningar med centraliserad telefontriage kan uppstå när det gäller kompetensförsörjning samt att uppnå konsekventa bedömningar. Studier pekar vidare på vikten av strukturerade bedömningsförenden, personal med adekvat kompetens och kompetensutveckling [33, 34, 37, 38].

Vikten av personalens kompetens och erfarenhet samt vikten av goda trigeringsstöd bekräftas av En väg-in verksamheterna i denna utvärdering. Klinisk erfarenhet beskrivs av fler intervjuade som centralt likväl som regelbundna forum för kvalitetssäkring av bedömningarna. Att EVI-verksamheterna säkerställer att inåtvända och somatiska symptom fångas upp är av särskild vikt för patientsäkerheten i synnerhet när triagering sker över telefon och föräldrar utgör den främsta informanten till barnets mående. Att säkra adekvat kompetens till EVI-verksamheterna i glesbygdsregioner kan vara en särskild utmaning. Socialstyrelsen bedömer därför att det är centralt att regionerna riktar särskild uppmärksamhet till personalens kompetens och hur kompetensutveckling och kompetensöverföring mellan personalen kan stödjas för att säkra en jämn och hög kvalitet i bedömningarna. Socialstyrelsen bedömer att regioner med EVI behöver säkerställa att personalen ges förutsättningar för kompetensutveckling och för regelbunden kalibrering av bedömningar. Regionerna behöver också vara uppmärksamma på att medicinska bedömningar för att uppfylla vårdgarantin ska ske av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.

Forskning om centraliserade triageringsfunktioner för vård av barn och ungas psykiska ohälsa är begränsad, särskilt i svensk kontext. När det gäller triageringsverktyg använder majoriteten av verksamheten verktyget BCFPI. Utvärderingen visar att forskningsläget gällande verktyget är oförändrat sedan publiceringen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ångest och depression. Socialstyrelsen ser ett behov av fortsatt forskning på området, såväl vad gäller triageringsverktyg som centraliserade triageringsfunktioner och ämnar att fortsätta följa utvecklingen av forskningsläget.

Mer behöver göras för att fånga vårdbehoven även hos barn i utsatta områden

Såväl denna utvärdering som tidigare rapporter från Socialstyrelsen visar på behovet av att bättre fånga vårdbehoven hos barn och unga från utsatta

områden. Den här utvärderingen kan inte påvisa att EVI lett till en ökad tillgänglighet till vård för barn och unga i dessa områden. Utvärderingen visar att vårdnadshavare är de som främst kontaktar EVI men att barn från utsatta områden oftast kommer i kontakt med EVI genom andra samhällsaktörer som socialtjänst och skola. Samtidigt finns det indikationer på att regionerna, inklusive EVI- verksamheternas samverkan med skola och socialtjänst fungerar olika väl och i vissa fall kan ha stora utmaningar.

Att vården för barns psykiska hälsa inte når barn i utsatta områden i samma utsträckning som barn i andra områden är något som regionerna behöver prioritera att åtgärda. Studier visar att triageringsprocesser/funktioner kan bidra till såväl ökad tillgänglighet som leda till gate-keeping varför implementering av arbetssättets olika delar behöver uppmärksammas i respektive region. Utvecklingsinsatser kan med fördel innefatta att regionerna skapar sig en tydligare bild av hur väl vården och EVI når familjer från utsatta områden.

Riktade insatser behövs för att vägen in till vård ska vara känd och tillgänglig för olika målgrupper, inklusive unga själva

Ett generellt utvecklingsområde som har identifierats för att bättre nå utsatta grupper är utvecklandet av fler kontaktvägar till, samt informationsspridning om EVI. Kontaktvägar behöver anpassas till barn och ungdomars behov och information om EVI behöver nå ut till barn och unga på olika sätt. Att barn och unga känner till vägarna för hur man söker vård är i linje med barnkonventionen och av särskilt vikt för barn som inte har resursstarka föräldrar eller fungerande hemförhållanden. Det är även viktigt att EVI görs tillgängligt för de familjer som inte har svenska som första språk. Information om EVI på andra språk, tillgång till tolk och samverkan med civilsamhällesorganisationer är områden där utvecklingsinsatser kan övervägas.

Av utvärderingen framgår att ungdomar har olika behov och önskemål för hur de vill kunna komma i kontakt med vården. Att få stöd i att kontakta vården genom personal i andra verksamheter är ett vanligt önskemål. Att EVI omfattar verksamheter så som ungdomsmottagningar och mariamottagningar kan därför vara ett sätt att bättre fånga och stödja vårdbehoven hos fler ungdomar. EVI:s koppling till verksamheter som har en låg tröskel för ungdomars kontakt med vården utan föräldrars medverkan behöver dock utformas på ett strategiskt och ändamålsenligt sätt. När det gäller ungdomsmottagningar har dessa en viktig roll och tyngd genom sina nära kontakter med ungdomar och som ingång till vården. Verksamheten har också en stor potential att fånga upp psykiska vårdbehov hos ungdomar som kanske inte kommer till uttryck i andra sammanhang [45]. Tidigare studier

har vidare pekat på att triageringsprocesser kan riskera att utgöra ett steg där unga som söker vård potentiellt kan avbryta sina försök att få vård [41]. Krav på att genomgå triagering för att kunna få en tid på ungdomsmottagningen behöver utvärderas i de regioner där det sker för att öka kunskapen om och hur det påverkar vårdens tillgänglighet. Även utvecklingsinsatser som innebär att ungdomar vid behov kan kontakta EVI/vården exempelvis digitalt/via videobesök utan att behöva genomgå triagering, likt utvecklingen i Skåne, bedöms kunna bidra till att sänka trösklarna för kontakt med vården och således bidra till ökad tillgänglighet.

Utvecklingsinsatser kan innefatta hur EVI kan bidra till att stärka samverkan med aktörer med närhet till barn och unga

Ansvar för kontakten med vården kan aldrig läggas över på barn och unga själva. Vårdnadshavaren är den som ansvarar för barnets behov av hälso- och sjukvård blir tillgodosedda³² men det finns även situationer då detta inte fungerar. Därför är samarbetet med aktörerna som har en närhet till barn, som socialtjänst och skola centralt för att fånga vårdbehoven hos de mest utsatta barnen (vilket ofta sammanfaller med socioekonomi).

Kontaktvägarna till EVI för dessa verksamheter behöver vara kända och smidiga. Regionerna kan även behöva se över rutiner och arbetssätt för hur barn som aktualiseras hos vården via socialtjänst kan prioriteras och säkerställa att befintliga arbetssätt utgår från individens medicinska behov och att prioriteringar sker utifrån människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen. Regioner kan behöva se över hur SIP-möten och barn med instabil familj- eller boendesituation ska hanteras vid beslut om vård och hur EVI kan utgöra en resurs i sammanhanget. Vidare är ett förtroendefullt samarbete med elevhälsan ur ett patientperspektiv angeläget. Regioner har i de samverkansutmaningar som finns fördelen att vara en stor sammanhållen aktör jämfört med skolhuvudmän där EVI kan spela en viktig roll för att stärka samarbetet. Utvärderingen visar på flera exempel på innovativa arbetssätt kopplat till socialtjänsten och elevhälsa som visat på att EVI kan verka som en sammanlänkade funktion mellan vården och andra verksamheter.

³² Se 6 kap. 2 § föräldrabalken (1949:381). Se även Socialstyrelsens meddelandeblad Barn som söker hälso- och sjukvård Nr 8/2020.

EVI:s rådgivande uppdrag kan fortsätta utvecklas

Utvärderingen visar att EVI:s rådgivande uppdrag har potential att förebygga behovet av vård, att lotsa patienter/invånare till rätt insatser utöver vård samt bidra till att skapa trygghet i väntan på vård. Arbetet med rådgivning har kommit olika långt i regionerna och Socialstyrelsen bedömer att det arbete som pågår med fördel kan fortsätta utvecklas.

Inom ramen för EVI:s uppdrag att arbeta med rådgivning bedömer Socialstyrelsen att fortsatt utveckling behöver kopplas till att skapa överblick över de lokala insatser som ges av andra aktörer än de regionala, framförallt av socialtjänst och civilsamhälle. Intensifierade insatser för att upprätta ett upparbetat samarbete med dessa verksamheter kan bidra till att dels fånga upp fler grupper med vårdbehov, dels fler stödinsatser att hänvisa till. Andra verksamheters stödinsatser, så som anhörigstöd via kommunen, som kan erbjudas parallellt med insatser via vården kan verka kompletterande i att skapa en trygghet i kontakten med vården. Även här vill Socialstyrelsen återigen lyfta vikten av att rådgivningsuppdraget inte fungerar som gate-keeping.

Det pågående arbetet med att inkorporera BUP Skåne online i 1177:s e-tjänst bedömer Socialstyrelsen som ett viktigt steg för att stödja EVI-verksamheternas arbete med rådgivning. Myndigheten bedömer att arbetet utgör en viktig insats på systemnivå för att öka hälsolitteraciteten bland vårdnadshavare och barn och unga. Myndighetens bedömning är att regionerna gynnas av att medverka i detta utvecklingsprojekt och att 1177-projektet med fördel kan ta hänsyn till EVI och den rådgivning som ges där. Egna framtagna rådgivningsmaterial skulle som exempel kunna tillgängliggöras och delas mellan regioner inom ramen för utvecklingsprojektet.

Omställningen till god och nära vård behöver beaktas vid fortsatt utveckling av EVI

EVI är en lösning som skiljer sig mot hur vägen in till vård ser ut inom andra vårdområden (där primärvården, genom vårdcentralerna³³, oftast är vägen in) och som därför kan riskera att inte gå i linje med omställningen till god och nära vård. I denna omställning är målsättningen att primärvården ska utgöra navet och vägen in till vård oavsett ålder. Inom ramen för

³³ Eller motsvarande vårdenheter av den typ som vårdcentraler utgör, som även benämns som exempelvis "husläkarmottagning", "distriktsläkarmottagning", "sjukstuga" eller "hälsocentral".

Socialstyrelsens uppdrag att stödja omställningen har en målbild för vårdcentralernas omhändertagande av psykisk ohälsa nyligen tagits fram av myndigheten. I målbilden ingår att vårdcentralerna som främsta primärvårdsverksamhet ska kunna omhänderta psykisk ohälsa hos såväl vuxna som hos barn och unga.

Idag råder dock ett komplext vårdssystem för att hantera barn och ungas psykiska ohälsa där framför allt primärvårdsuppdraget ser olika ut i landet. Primärvårdsuppdraget för lindrig och måttlig psykisk ohälsa hos barn har fått namnet Första linjen och organiseras idag såväl inom primärvårdsnivån som inom specialistvårdsnivån. Inom vissa regioner ligger första linjen inom vissa primärvårdsenheter, ibland inom samtliga primärvårdsenheter (vårdcentraler eller motsvarande) eller ibland inom BUP (specialistnivån). Regionerna har enligt HSL ett relativt stort utrymme att organisera den regionala hälso- och sjukvården utifrån regionala förutsättningar och behov.³⁴ Framväxten av arbetssättet EVI kan därför ses som ett svar på ett komplext vårdssystem som uppstått till följd av en bristande kapacitet inom primärvården och ett ökat vårdbehov.

I betänkandet Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34) framhålls behovet av att integrera pågående utbyggnad av första linjen-verksamheter i primärvården, vilket också går i linje med omställningen och Socialstyrelsens målbild. Socialstyrelsen bedömer att det finns ett behov av att uppmärksamma vikten av att utvecklingen av EVI därför görs med omställningen i åtanke.

En risk som identifierats genom utvärderingen är att regionerna genom EVI riskerar att bygga ut en slags fjärde vårdnivå³⁵ som verkar innan patienten kan komma i kontakt med primärvården/första linjen. Exempelvis om kontakt med EVI blir ett krav eller en instans som patienter måste passera för att kunna komma i kontakt med primärvården/första linjen. Detsamma om EVI ges ett alltmer likartat uppdrag som det primärvården redan har, exempelvis genom att behandlingar ges i båda verksamheterna. I relation till det senare bedömer Socialstyrelsen att psykoedukativa insatser kan utgöra viktiga delar i EVI:s rådgivningsuppdrag men att regionerna behöver säkra att dessa inte fungerar som gate-keepers och därför också kan behöva överväga om dessa främst ska vara av förebyggande karaktär.

EVI:s unika roll som sammanlänkande funktion mellan två vårdnivåer innebär en möjlighet att bidra till kapacitetsuppbyggnaden av primärvårdens uppdrag att omhänderta psykisk ohälsa hos barn och unga. Som flera regioner nämnt har EVI bidragit till överblick och kunskap om var kapacitet saknas, kunskap som kan nyttjas i pågående arbeten med omställningen. I

³⁴ Regionerna måste emellertid förhålla sig till regleringen av primärvårdens grunduppdrag som stadgas i 13 a kap. HSL samt definitionen av primärvård som finns i 2 kap. 6 § HSL.

³⁵ En vanlig indelning av antalet vårdnivåer är tre nivåer (primärvård, specialistvård och högspecialiserad vård). Se även avsnittet *Begrepp*.

utvärderingen ges också exempel från såväl regioner som i forskningen på hur EVI (eller motsvarande arbetssätt) kan bidra med konsultationsstöd (exempelvis vid remisskrivande). Utvärderingen visar hur EVI som en centraliserad funktion också kan verka avlastande gentemot mot såväl första linjen som BUP. Det finns således flera tänkbara utvecklingsmöjligheter för hur EVI kan bidra med centraliserad samordning, stöd eller spetskompetens (tex i triage eller rådgivning och egenvårdsråd till invånarna) som kan främja omställningen till god och nära vård. Men för att omställningen ska främjas vill Socialstyrelsen avslutningsvis framhålla vikten av att utvecklingen av EVI sker på ett sätt som stödjer och kompletterar snarare än konkurrerar och duplicerar det arbete som görs av första linjenverksamheterna inom primärvården.

Redogörelse för hur Socialstyrelsen kan stödja den fortsatta utvecklingen

Stödja utvecklingen genom kunskapsstöd för triagering

En av kärnkomponenterna i den verksamhet som EVI bedriver är triagering av barn och unga till rätt vårdnivå. Socialstyrelsen kommer under våren 2025 publicera en förstudie om behovet av kunskapsstöd för ett strukturerat omhändertagande av psykisk ohälsa på vårdcentraler med stegvisa och väl sammanhängande insatser. Förstudien ingår i myndighetens uppdrag att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa.

Det finns flera beröringspunkter mellan nämnda uppdrag och uppdraget att utvärdera EVI. Ett sådant område handlar om att vårdcentralerna som del i omställningen till en god och nära vård behöver stöd rörande triagering och initial bedömning för vårdcentralernas interna sortering till olika kliniska spår. Här finns en tydlig koppling till EVI. Ett eventuellt arbete från myndighetens sida med att ta fram nationella anpassningar av kunskapsstöd med inriktning på initiala bedömningar och triagering på vårdcentral behöver beakta den triagering som genomförs inom EVI, samt den stora kunskap och erfarenhet av att arbeta med triagering som finns inom dessa centrala enheter.

Följa och uppmärksamma förändringar i forskningsläget vid framtida revidering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer

BCPI är det vanligaste triageringsinstrumentet som används inom EVI. Det pågår flera svenska forskningssatsningar som rör BCFPI på olika sätt, bl.a. normering och validering av nya och uppdaterade ungdoms- och föräldraversioner. Socialstyrelsen kommer följa forskningsläget och beakta eventuell ny kunskap vid framtida revideringar av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom, i vilka myndighetens rekommendationer för användande av BCFPI finns.

Stödja insatser för utveckling av EVI:s rådgivningsuppdrag och ökad hälsolitteracitet

Det finns ett behov hos personal inom EVI i deras rådgivande roll, samt bland vårdnadshavare och barn och unga, av kvalitetssäkrad, lättillgänglig och målgruppsanpassad information om psykisk hälsa. Insatser som svarar mot dessa behov skulle kunna stärka EVI förutsättningar att arbeta förebyggande och kunskapshöjande gentemot sina målgrupper, samt även stärka hälsolitteraciteten i befolkningen. Vi bedömer att sådana insatser är av betydelse även för vården i stort.

Kunskapsstöd för rådgivning

Ett utvecklingsförslag, som även identifierats i myndighetens arbete med att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa, handlar om att sammanställa och vid behov ta fram ny kunskap om egenvårdsråd för psykisk ohälsa. I detta kan också ingå kunskapsstöd för subkliniska tillstånd.

Målgrupper för stöden kan vara både personal och personer som söker vård för psykisk ohälsa, men också vårdnadshavare. En viktig del av det arbete som EVI genomför handlar just om att ge råd till såväl vårdnadshavare som barn och unga. Framtagande av denna typ av stöd behöver därför, i de fall de är relevanta för EVI och verksamhetens målgrupper, inkludera utredningar om hur de kan anpassas till EVI. Mot bakgrund av slutsatserna i denna utvärdering bör det också beaktas om det finns särskilda behov av stöd som är utformade för att kunna nå vårdnadshavare, barn och unga i utsatta områden.

Detta kan dessutom vara ett område som lämpar sig för att utreda om det kan kopplas till de utvecklingssatsningar som beskrivs i nästa avsnitt, som handlar om att tillgängliggöra kunskap för vårdnadshavare och barn via nationella plattformar som 1177 och dinpsykiskahalsa.se.

Stödja och samordna utvecklingen av plattformar för kunskapsspridning

En eller fler nationella plattformar som riktar sig till vårdnadshavare och barn med information, stöd och egenvårdsråd bedöms kunna vara ett viktigt verktyg både för dessa målgrupper, men också för EVI-verksamheter. Det skulle kunna bli en förebyggande och kunskapshöjande insats på systemnivå. Socialstyrelsen kan konstatera att det pågår flera olika utvecklingssatsningar för att tillgodose just detta.

Dels kan det nämnas att det pågår arbete inom Inera/1177 för att bredda plattformen till att också omfatta information som riktar sig till barn och unga, bl.a. inom området psykisk hälsa. Inera har utrett frågan och tagit fram en avsiktsförklaring avseende detta som kommer gå ut till regionerna under 2025. En viktig del i utvecklingen kommer vara det material som Region Skåne har utvecklat inom ramen för regionens satsning på BUP Skåne online. Regionen ser positivt på att det framtagna materialet tillgängliggörs hos en nationell aktör eftersom det finns en efterfrågan från andra regioner att få ta del av det. Ineras avsiktsförklaring innehåller ett avsnitt om att Region Skåne är beredda att överlåta sitt material till Inera, och att det därför kommer utgöra ett av underlagen till breddningen av 1177. Om den beskrivna utvecklingen realiseras så bedömer Socialstyrelsen att den nya plattformen för information till barn och unga inom 1177 kommer vara en viktig nationell satsning inom området.

Parallellt med detta sker även andra satsningar. Här kan t.ex. Folkhälsomyndighetens arbete med utveckling av sajten dinpsykiskahalsa.se nämnas, där det bl.a. finns material för unga vuxna. I sammanhanget kan det också nämnas att Socialstyrelsen inom ramen för myndighetens uppdrag att ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga arbetar med att ta fram kunskapsunderlag och kunskapsstöd, bl.a. kring föräldraskapsstöd. Planen är att innehållet i hälsoprogrammet ska tillgängliggöras digitalt. Vidare undersöks inom ramen för Socialstyrelsens uppdrag om nationella utvecklingsteam, möjligheterna att säkerställa en digital infrastruktur för utbyte av psykoedukativa stöd och metodstöd mellan regioner. En sådan infrastruktur bedöms kunna förenkla för regioner att använda material som redan är framtaget och därmed minska dubbelarbete.

Myndigheten kommer att följa de arbeten som pågår utanför myndigheten med att utveckla digitala plattformar. Vi föreslår att myndigheten utreder hur den eventuellt kan stödja utvecklingen. Det kan t.ex. handla om att bidra till innehåll och med expertkunskap, samt med informationsspridning. Myndigheten har även initierat en dialog med Folkhälsomyndigheten och Inera och föreslår att myndigheten undersöker behoven av samordning kring olika plattformars innehåll och hur Socialstyrelsen kan bidra till samordningen.

Informationsinsatser om adhd och barns utveckling

Socialstyrelsen har publicerat en första delrapport från det nationella planeringsstödet med fokus på efterfrågan på läkarvård för adhd bland barn och unga i åldrarna 10–17 [7]. Rapportens resultat går i linje med flera iakttagelser i denna utvärdering. Bland annat synliggör rapporten att vårdbehoven relaterade till neuropsykiatriska diagnoser som adhd har ökat

kraftigt. Rapporten visar också att barn- och ungdomspsykiatri i de flesta regioner inte når barn i socioekonomiskt utsatta områden i förväntad utsträckning, trots att barn i dessa områden ofta har större behov av vård för adhd och andra psykiatriska tillstånd. Samtidigt finns en ökad diagnostisering framförallt i områden med goda och mycket goda socioekonomiska förutsättningar. I rapporten lyfts det att myndigheten avser initiera informationsinsatser om barns normalutveckling samt bidra i utvecklandet av riktade insatser till föräldrautbildning. Målet är att förändra normer kring barns behov, psykisk ohälsa, diagnoser och neuropsykiatri, med syfte att öka jämlikheten i vården. Vi bedömer att förslaget även kommer vara relevant för EVI i och med att EVI är de enheter som triagerar barn och unga till rätt vårdnivå. Insatsen kan stödja verksamhetens rådgivningsuppdrag och även bidra till att vårdbehov i socioekonomiskt utsatta områden fångas upp bättre än idag. Det bör undersökas om EVI skulle kunna ha en roll i genomförandet av informationsinsatsen.

Undersöka möjligheten att stödja utvecklingen av EVI genom utvecklingsteam

Tidigare nämndes det arbete som myndigheten genomför med att undersöka hur nationella utvecklingsteam kan utformas och på vilket sätt de bäst kan stötta regionerna i utvecklingen av den specialiserade psykiska vården. Myndigheten undersöker om utvecklingsteamens stödjande arbete skulle kunna innefatta EVI. Myndigheten bedömer att en sådan ansats, om den aktualiseras, skulle kunna komplettera SKR:s nationella utvecklings- och stödinsatser för EVI och bidra till ett bredare utbud av stödjande insatser från nationell nivå.

Referenser

1. Socialdepartementet. Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende Socialstyrelsen.
2. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer 2024: ADHD och autism. Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Stockholm; 2024.
3. Svenska Akademiens ordlista. Hämtad 2024-12-20 från: <https://svenska.se/saol/?sok=triage>
4. Socialstyrelsen. Statistik om specialiserad psykiatrisk vård 2023. Stockholm; 2024.
5. Folkhälsomyndigheten. Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022.; 2023.
6. Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso-, sjuk- och tandvård – Lägesrapport 2024. . Stockholm; 2024.
7. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025. Stockholm; 2025.
8. Socialdepartementet. Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Bilaga till regeringsbeslut 2009-02-26 nr I:4
9. Dir. 2020: 81. Ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.
10. Vägen till ökad tillgänglighet : delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22). Stockholm: Regeringskansliet; 2022.
11. Barnombudsmannen. Hur dåligt måste man må egentligen - samhällets insatser för att främja barns psykiska hälsa. Stockholm; 2024.
12. Börja med barnen! : en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (2021:34). Stockholm: Regeringskansliet; 2021.
13. Socialstyrelsen. Kartläggning av första linjens verksamhet för barn och unga med psykisk ohälsa. Stockholm; 2021.
14. SKR. Första linjen för barns och ungas psykiska hälsa 21/22. Stockholm; 2022.
15. SKR. Kontaktcenter för barn och ungas psykiska hälsa. Rapportering av tillgänglighet för medicinska bedömningar. Stockholm; 2019.
16. SKR. En väg in till vård till hälso- och sjukvård för barns psykiska hälsa. Beskrivning av 10 regioners arbete med mottagarfunktioner som fungerar som en väg in till råd, stöd och vid behov vård för barns psykiska hälsa. . Stockholm; 2022.
17. SKR. Regionala mottagarfunktioner till vård vid psykisk ohälsa hos barn – En väg in. Lägesbild 2023. 2024.
18. Socialstyrelsen. God och nära vård vid psykisk ohälsa. Nationell målbild för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa för att ge befolkningen en god och nära vård. Stockholm; 2024.
19. Sandberg B, Faugert S. Perspektiv på utvärdering. Lund: Studentlitteratur; 2020.
20. Ekonomistyrningsverket. Verksamhetslogik. 2023. Hämtad 2024-12-20 från:

<https://forum.esv.se/styrning/resultatstyrning/resultatredovisning/verksamhetslogik/>

21. Socialstyrelsen. Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd. Förekomst, trend och könsskillnader. Stockholm; 2023.
22. Folkhälsomyndigheten. Ojämlighet i psykisk hälsa Sverige; 2019.
23. Socialstyrelsen. Förekomst av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna - Aspekter av socioekonomiska utmaningar och förutsättningar. Stockholm; 2024.
24. SKR. Psykiatri i siffror. Barn - och ungdomspsykiatri 2023 [PowerPoint-presentation]. https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/wp-content/uploads/2024/05/Fordjupad-analys-av-BUP-2023_241120.pdf. 2024.
25. Andersson M, Bäckström M, Ivarsson T, Råstam M, Jarbin H. Validity of the Brief Child and Family Phone Interview by comparison with Longitudinal Expert All Data diagnoses in outpatients. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol*. 2018; 6(2):83-90.
26. Boyle MH, Cunningham CE, Georgiades K, Cullen J, Racine Y, Pettingill P. The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): 2. Usefulness in screening for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009; 50(4):424-31.
27. Cook S LA, Pierre JS, Stewart SL, den Dunnen W, Johnson AM. BCFPI validation for a high-risk high-needs sample of children and youth admitted to tertiary care. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 22(2):147-52.
28. Wernersson R, Johansson J, Andersson M, Jarbin H. Evaluation of a new model for assessment and treatment of uncomplicated ADHD - effect, patient satisfaction and costs. *Nord J Psychiatry*. 2020; 74(2):96-104.
29. Isaacs A, Bonsey A, Couch D. Centralized Intake Models and Recommendations for Their Use in Non-Acute Mental Health Services: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(9).
30. Hutt-MacLeod D, Rudderham H, Sylliboy A, Sylliboy-Denny M, Liebenberg L, Denny JF, et al. Eskasoni First Nation's transformation of youth mental healthcare: Partnership between a Mi'kmaq community and the ACCESS Open Minds research project in implementing innovative practice and service evaluation. *Early Intervention in Psychiatry*. 2019; 13(Suppl 1):42-7.
31. Karen Melathopolous, David Cawthorpe. Impact of Central Intake Development and System Change on Per Capita Child and Adolescent Mental Health Discharges from 2002 to 2017: Implications for Optimizing System Design by Shaping Demand. *The Permanente Journal*. 2019; 23(4):18.215.
32. Eichstedt JA, Turcotte K, Golden G, Arbuthnott AE, Chen S, Collins KA, et al. Waitlist management in child and adolescent mental health care: A scoping review. *Children and Youth Services Review*. 2024; 160:1-17.
33. Sands N, Elsom, S., Gerdtz, M., Henderson, K., Keppich-Arnold, S., Droste, N., Prematunga, R.K. and Wereta, Z.W. Identifying the core competencies of mental health telephone triage. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; 22(21-22):3203-16.

34. Green S, Sjöström K, Wangel A-M. Nurses' Perceptions of Telephone Triage in Child and Adolescent Psychiatric Services – An Enhanced Critical Incident Technique Study. *Issues in Mental Health Nursing*. 2023; 44(10):974-83.
35. Johansson K, Hurtig E. En väg in. Sjuksköterskors upplevelser av att arbeta med telefonrådgivning riktad till barn -och ungdomar med psykisk ohälsa och deras föräldrar inom Region Skåne.: Lunds universitet, Medicinska fakulteten.; 2017.
36. Elofsson S. ”En väg in” för barn och unga med psykisk ohälsa. En fallstudie av insatser för att förbättra tillgänglighet till utredning och behandling: Jönköping University, School of Health and Welfare, and Jönköping Academy; 2020.
37. Rocks S, Glogowska M, Stepney M, Tsiachristas A, Fazel M. Introducing a single point of access (SPA) to child and adolescent mental health services in England: a mixed-methods observational study. *BMC Health Services Research*. 2020; 20(1):1-11.
38. Fazel M, Rocks S, Glogowska M, Stepney M, Tsiachristas A. How does reorganisation in child and adolescent mental health services affect access to services? An observational study of two services in England. *PLoS One*. 2021; 16(5):e0250691.
39. Evans N. Improving the timeliness of mental health assessment for children and adolescents in a multidisciplinary team. *International Practice Development Journal*. 2014; 4(1):1-13.
40. Stern SB, Walsh M, Mercado M, Levene K, Pepler DJ, Carr A, et al. When They Call, Will They Come? A Contextually Responsive Approach for Engaging Multistressed Families in an Urban Child Mental Health Center. *Research on Social Work Practice*. 2015; 25(5):549-63.
41. Platell M, Martin K, Cook A, Fisher C. Principles of optimal mental health care for adolescents and the impact of system-wide barriers. *Advances in Mental Health*. 2020; 18(2):94-105.
42. Purc-Stephenson RJ TC. Nurses’ experiences with telephone triage and advice: a meta-ethnography. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*. 2010; 66:482-94.
43. Godoy L, Hamburger S, Druskin LR, Willing L, Bostic JQ, Pustilnik SD, et al. DC Mental Health Access in Pediatrics: Evaluating a Child Psychiatry Access Program in Washington, DC. *Journal of Pediatric Healthcare*. 2023; 37(3):302-10.
44. Regeringens skrivelse 2024/25:77. Det handlar om livet – nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention.
45. Folkhälsomyndigheten. Ungdomsmottagningarnas betydelse i arbetet med ungas psykisk hälsa - Fallstudier i tre län.; 2024.

Bilagor

Bilaga 1. Relaterade uppdrag hos Socialstyrelsen

Nationella hälsoprogram

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att i samverkan med Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för familjerätt och föräldraskapsstöd, Skolverket, Specialpedagogiska skolmyndigheten och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering ta fram ett nationellt hälsoprogram för barn och unga (dnr S2023/02379). Hälsoprogrammet syftar till att främja barns och ungas fysiska, psykiska hälsa och utveckling, identifiera och förebygga ohälsa. Uppdraget ska slutredovisas i oktober 2026.

Kärnan i programmet ska vara regelbundet återkommande hälsobesök med hälsoundersökningar, hälsosamtal och föräldraskapsstöd. Hälsoprogrammet ska vara standardiserat och bygga på bästa tillgängliga kunskap. Det ska bidra till en mer likvärdig hälsouppföljning i hela landet och ökad samverkan mellan berörda aktörer.

Hälsoprogrammet riktar sig främst till mödrahälsovården, barnhälsovården, elevhälsans medicinska insatser och ungdomsmottagningarna samt tandvården. Vård- och hälsocentraler, delar av den förebyggande socialtjänsten och den övriga elevhälsan kan också komma att beröras.

Utvecklingsteam

Långa väntetider är och har länge varit ett problem i svensk hälso- och sjukvård. Inom den specialiserade psykiatriska vården ökar efterfrågan på vård snabbare än den tillgängliga kapaciteten. Det har lett till ökade väntetider inom både barn och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri och färre patienter kan erbjudas vård inom ramen för vårdgarantins gränser.

För att utveckla den specialiserade psykiatriska vården och öka tillgängligheten till framför allt barn- och ungdomspsykiatri, fick Socialstyrelsen i augusti 2024 i uppdrag att kartlägga och ge förslag på hur nationella utvecklingsteam kan utformas, och på vilket sätt de bäst kan stötta regionerna i utvecklingen av den specialiserade psykiatriska vården.

I uppdraget ska Socialstyrelsen bland annat kartlägga vilket behov av stöd för att öka tillgängligheten som regionerna har, föreslå hur nationella utvecklingsteam kan utformas och vilka uppgifter som bör komma ifråga för utvecklingsteam.

Uppdraget ska redovisas för Socialdepartementet senast 31 mars 2025.

Primärvårdsuppdraget

Socialstyrelsen fick den 28 april 2022 i uppdrag av regeringen att genomföra insatser för att främja, stödja och följa omställningen till en god och nära vård för att förbättra primärvårdens omhändertagande av psykisk ohälsa (dnr S2022/02309 (delvis). Socialstyrelsens stöd till huvudmännen ska tas fram utifrån dessas behov och uppfattas som ändamålsenliga.

Utgångspunkten för uppdraget har varit förslag från utredningen God och nära vård - Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6) samt de fleråriga strategiska färdplaner, med tillhörande aktiviteter, som Socialstyrelsen har tagit fram och genomfört som stöd till omställningsarbetet. Uppdraget slutredovisas 31 mars 2025.

I arbetet med uppdraget har en målbild för vårdcentralernas arbete med psykisk ohälsa tagits fram³⁶. Den syftar till att beskriva minsta gemensamma nämnare för ett gott bemötande och omhändertagande av personer med psykisk ohälsa. Målbilden definierar bland att målsättningen att vårdcentraler omhändertar mild till måttlig psykisk ohälsa hos barn, unga, vuxna och äldre.

Uppdraget har även följt upp den regionala primärvårdens arbete med enkätundersökningar, analys av registerdata, samt dialoger och intervjuer, vilka indikerat behov av utveckling på ett flertal områden. Inom ramen för en förstudie som gjorts i uppdraget konstateras att det behövs och efterfrågas stöd från nationella aktörer för att stärka primärvårdens arbete med psykisk ohälsa.

³⁶ Se Socialstyrelsen, 2024, God och nära vård vid psykisk ohälsa Nationell målbild för vårdcentralers omhändertagande av psykisk ohälsa för att ge befolkningen en god och nära vård.

Bilaga 2. Sex dimensioner av god vård



Bilaga 3. Aktörer som medverkat i utvärderingens dialoger

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)
Chefsnätverket "Hjälpguiden" för En väg in-verksamheter (samordnat av SKR)
Riksförbundet Attention
Frisk och fri - Riksföreningen Mot Ätstörningar
Föreningen Tilia
Funktionsrätt Sverige
Autism Sverige
Shedo
Anhörigas riksförbund
Sveriges kommunala anhörigstödsnätverk
Barns rätt i samhället (BRIS)
SOS Barnbyar
Sveriges ungdomsråd
Right By Me
Socialstyrelsens Barn och Ungdomsråd
Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)
Psykologförbundet
Svensk förening för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP)
Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (PRF)
Nationellt programområde psykisk hälsa
SKR:s nätverk för styrning och ledning av psykiatri (NSLP)
Socialstyrelsens vetenskapliga råd för elevhälsa
Inera AB (utvecklar och förvaltar e-tjänsten 1177)
Folkhälsomyndigheten

Bilaga 4. Datainsamling

Enkätfrågor till EVI-verksamheter

För att få ökad kunskap om hur arbetssättet fungerar i regionerna skickades enkätfrågor till regionrepresentanterna som deltar i SKR:s nätverk för EVI-verksamheter (Hjälpguiden). 16 kvalitativa frågor skickades ut via e-post med svarstid mellan april till och med september. Frågorna skickades till 17 regioner varav 12 svar inkom (svarsfrekvens; 70,6 procent).

Intervjuer med ett urval regioner

För att få ökad kunskap om hur arbetssättet fungerar och för att fånga erfarenheter av arbetssättet genomfördes intervjuer i sex regioner. I fyra regioner genomfördes fördjupande intervjuer med EVI-verksamheter samt angränsande verksamheter som EVI triagerar till och/eller som berörs av EVI. De angränsande verksamheterna bestod av verksamheter på inom första linjen, barn-och ungdomspsykiatri, elevhälsa, socialtjänst, ungdomsmottagningar och mariamottagning.

Region Skåne, Halland, Gävleborg och Västerbotten inkluderades för fördjupande intervjuer. Urvalet gjordes med syftet att fånga erfarenheter brett och därför önskades en variation avseende regionala förutsättningar och organisering av arbetssättet. Ett annat syfte med urvalet var att skapa fördjupad förståelse och kunskap om goda exempel och fånga lärdomar av arbetssättet. Därför bestod urvalskriterierna av etableringstid för EVI, organisering av arbetssättet, pågående utvecklingsarbeten samt regional befolkningsstruktur (glesbygd/storstadsregion). Variation avseende organisering av första linjen för barn och ungas psykiska hälsa, målgrupp för arbetssättet och kontaktvägar önskades också.

I dessa regioner genomfördes intervjuer med ledning och medarbetare vid EVI-verksamheterna, samt med angränsande verksamheter. Verksamheterna har själva identifierat lämpliga intervjupersoner. I Skåne, Halland och Västerbotten genomfördes också intervjuer med lokala representanter för patient- brukar och anhörigorganisationer som rekryterades via referensgruppen som knutits till uppdraget.

I Stockholm och Västra Götaland genomfördes intervjuer enbart med EVI-verksamheterna eftersom dessa intervjuer var av mer kartläggande karaktär. Målet med dessa intervjuer var att få kunskap om hur arbetssättet fungerar i dessa specifika regioner eftersom arbetssättet fungerar väsentligt annorlunda där än i övriga regioner.³⁷ Stockholm och Västra Götaland utgör vidare

³⁷ I Stockholm och Västra Götaland triageras patienter endast till specialistvårdsnivå och inte till första linjen, dit patienter istället hänvisas. Norrbotten har i dagsläget BUP-linjen som också endast triagerar

storstadsregioner vilket kan innebära andra förutsättningar och utmaningar vad gäller exempelvis styrning, organisation och volymer av patienter och mottagningar.

Dialoger med relevanta aktörer

Inom ramen för uppdraget har flertalet dialoger genomförts med olika aktörer. Kunskap, erfarenheter och synpunkter har inhämtats från SKR, Sveriges förening för barn- och ungdomspsykiatri, Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor, Psykologförbundet, Nationell samverkan för psykisk hälsa, BRIS samt en referensgrupp bestående av patient- brukar och anhörigföreningar. Se bilaga 3.

Dialog har även förts med Socialstyrelsens råd för barn och unga. I samverkan med rådet togs även fyra frågor fram i syfte att samla in erfarenheter och synpunkter från barn och unga. Frågorna skickades ut via e-post till organisationerna i rådet som sedan som samlade in svar från barn och unga i deras nätverk.

Vidare har erfarenheter och synpunkter inhämtats från Sveriges kommunala anhörigstödsnätverk. Tio frågor skickades ut via e-post till länssamordnare för nätverket via koordinator.

Registerdata och skriftligt material

Kvantitativa data har analyserats för att komplettera det kvalitativa materialet. I denna del av analysen har data inhämtats från Patientregistret (PAR), RegSO och SKR:s väntetidsdatabas.

Även skriftligt material har ingått i analysen, exempelvis vid sammanställning av den övergripande kartläggningen och för fördjupad förståelse av intervjuade regioners EVI-verksamheter och kontext i övrigt. Det skriftliga materialet har bestått av uppgifter på 1177:s hemsida, uppgifter på regionernas hemsidor, inskickat material från regioner vi intervjuat (exempelvis rutinbeskrivningar, utvärderingar/uppföljningar, presentationer m.m.) samt SKR:s rapporter om EVI.

Litteratursökning

Det vetenskapliga stödet för arbetssättet har undersökts genom två separata litteratursökningar. Den första sökningen syftade till att identifiera vetenskapliga studier om det vanligast förekommande triageringsverktyg som används av EVI i Sverige. 12 regioner använder Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) tillsammans med

till specialistvårdsnivå. EVI är dock under utveckling i Norrbotten med ambitionen att triagering även ska ske till första linjen.

intervjufrågor/screeningsamtal/anamnes. I övriga fem regioner används istället inom verksamheten redan etablerade arbetssätt eller eget framtaget material. Sökningen genomfördes av SBU:s upplysningstjänst på uppdrag av Socialstyrelsen. Frågeställningen som SBU utgick från var:

- Vilken sammanställd forskning eller vetenskapliga studier finns om effekt eller tillförlitlighet av bedömningsinstrumentet Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) för triagering av barn och unga inom psykiatrisk vård?

Den andra litteratursökningen genomfördes internt av socialstyrelsen och sökte identifiera litteratur om arbetssättet EVI. Frågeställningen som litteratursökningen utgick från var:

- Vilken vetenskaplig och grå litteratur finns av arbetssättet ”En väg in” eller motsvarande arbetssätt, inom barn och ungdomspsykiatri/vård av barn och unga med psykisk ohälsa och/eller centrala aspekter för arbetssättet (triagering/rådgivning/tillgänglighet)?

Syftet med socialstyrelsens litteratursökning har varit att komplettera och utvidga den litteratursökning som SBU genomfört, därför inkluderades även grå litteratur. Sökningen avgränsades till litteratur med fokus på de områden av vården som rör barn och unga med psykisk ohälsa varför andra vårdområden eller vuxenpsykiatri exkluderats.

Bilaga 5. Diagnoskoder som kategoriserats som FL-diagnoser

Diagnoskoder
F320
F321,8,9
F40
F41
F42
F43
F504-F509
F92
F93
F941-F949
F950
F958-F959
F98
F999
Z032
Z554
Z61
Z62
Z63
Z65
Z72

Bilaga 6. BUP-kontakt utifrån RegSO (inkl. adhd)

Andelen barn i kontakt med BUP, skillnad mellan områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 + 2) och övriga områden. Inklusive kontakt för adhd.

Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Stockholm	0,6%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	-0,3%	-0,02%	-0,3%	-0,4%	-0,4%	-0,6%	-1,2%
Uppsala	0,4%	0,1%	0,5%	0,4%	0,3%	0,4%	0,1%	-0,2%	-0,4%	-0,3%	-0,4%	-0,07%	-0,6%	-0,6%
Södermanland	-0,2%	0,1%	-0,2%	-0,3%	-0,8%	-0,9%	-1,3%	-1,4%	-1,5%	-1,7%	-2,0%	-1,6%	-1,8%	-2,0%
Östergötland	0,3%	0,4%	0,5%	0,1%	-0,1%	-0,3%	-0,3%	-0,5%	-0,6%	-0,8%	-1,0%	-1,1%	-0,8%	-0,9%
Jönköping	-0,2%	-0,2%	0,0%	0,0%	0,1%	-0,2%	-0,3%	-0,6%	-0,5%	-0,3%	-0,4%	-0,3%	-0,9%	-0,6%
Kronoberg	-0,2%	-0,2%	0,2%	0,1%	-0,3%	-0,1%	-0,1%	-0,3%	-0,6%	-0,7%	-0,9%	-1,0%	-1,2%	-1,7%
Blekinge	0,4%	0,4%	0,3%	0,5%	0,1%	-0,5%	-0,8%	-0,3%	-0,4%	-1,0%	-1,1%	-1,9%	-1,1%	-0,9%
Västerbotten	0,1%	0,3%	0,4%	0,4%	0,5%	0,2%	0,0%	0,3%	0,2%	0,0%	-0,4%	-0,3%	-1,6%	-0,6%
Halland	0,0%	-0,5%	-0,5%	0,1%	-0,7%	-0,2%	0,0%	-0,6%	-0,5%	-0,8%	-0,8%	-0,3%	-0,2%	-0,8%
Örebro	-0,2%	-0,1%	-0,5%	-0,4%	-0,1%	0,2%	-0,5%	-0,3%	-0,3%	-0,7%	-0,4%	-0,6%	-0,5%	-0,3%
Gävleborg	0,3%	0,0%	0,6%	0,5%	0,0%	0,0%	-0,5%	-1,2%	-1,0%	-1,3%	-1,6%	-1,6%	-1,4%	-1,1%
Västra Götaland	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	-0,1%	-0,3%	-0,3%	-0,5%	-0,5%	-0,7%	-0,7%	-0,7%	-0,7%	-0,7%
Norrbottn	1,3%	0,4%	1,0%	-0,5%	-0,9%	0,6%	1,1%	2,7%	1,2%	1,8%	1,0%	1,1%	1,8%	0,2%
Skåne	-0,2%	-0,2%	-0,3%	-0,3%	-0,3%	-0,3%	-0,4%	-0,5%	-0,3%	-0,6%	-0,6%	-0,7%	-1,0%	-0,9%
Kalmar (ej EVI)	1,2%	1,2%	0,9%	0,7%	0,4%	0,6%	0,3%	-0,1%	0,4%	0,5%	0,7%	0,4%	0,7%	0,1%
Dalarna (ej EVI)	0,2%	-0,1%	0,0%	0,0%	-0,6%	-0,7%	-0,9%	-1,4%	-1,0%	-1,4%	-1,5%	-1,2%	-1,4%	-1,0%
Värmland (ej EVI)	0,2%	0,5%	0,7%	0,3%	0,9%	0,8%	0,6%	0,5%	0,2%	0,7%	0,0%	-0,2%	-0,1%	-0,1%
Västernorrland (ej EVI)	1,1%	0,6%	0,5%	-0,4%	-0,1%	-0,2%	-0,6%	-0,6%	-0,7%	-0,2%	-1,0%	0,1%	0,3%	-0,1%
Västmanland (ej EVI)	0,2%	0,3%	0,6%	0,6%	0,3%	-0,1%	0,1%	-0,3%	-0,2%	-0,8%	-0,7%	-0,9%	-1,4%	-1,9%
Gotland (EVI start 2024)	2,0%	2,8%	2,7%	3,4%	3,1%	6,5%	3,8%	3,8%	4,9%	5,8%	4,4%	2,3%	3,6%	3,4%
Jämtland (EVI start 2024)	1,5%	1,8%	1,5%	1,2%	1,6%	1,4%	1,4%	0,7%	1,1%	0,6%	-0,1%	0,2%	0,7%	0,6%
Total	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	-0,1%	-0,2%	-0,3%	-0,6%	-0,5%	-0,6%	-0,8%	-0,8%	-0,9%	-1,0%

■ = Andelen barn från område 1 + 2 är lägre än andelen barn från övriga områdestyper, skillnad i procentenheter

■ = Andelen barn från område 1 + 2 är högre än andelen barn från övriga områdestyper, skillnad i procentenheter

■ = Ingen skillnad i andelen barn från område 1 + 2 och andelen barn från övriga områdestyper

■ = År då EVI infördes

Bilaga 7. BUP-kontakt utifrån RegSO (exkl. adhd)

Andelen barn i kontakt med BUP, skillnad mellan områden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 1 + 2) och övriga områden. Exklusive kontakt för adhd.

Region	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Stockholm	0,5%	0,1%	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	-0,1%	0,2%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,3%
Uppsala	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	0,0%	-0,2%	-0,3%	-0,1%	-0,1%	-0,2%	-0,1%	0,2%
Södermanland	-0,1%	0,4%	0,1%	0,0%	-0,5%	-0,2%	-0,5%	-0,6%	-0,5%	-0,6%	-0,8%	-0,6%	-0,6%	-0,8%
Östergötland	0,3%	0,3%	0,5%	0,2%	0,0%	-0,1%	0,0%	-0,2%	-0,2%	-0,4%	-0,3%	-0,4%	-0,3%	-0,2%
Jönköping	0,0%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	-0,2%	-0,2%	-0,4%	-0,4%	-0,1%	0,1%	0,2%	-0,1%	0,2%
Kronoberg	-0,3%	-0,2%	0,2%	0,0%	-0,1%	0,0%	0,0%	-0,1%	-0,3%	-0,5%	-0,6%	-0,3%	-0,5%	-0,7%
Blekinge	0,4%	0,4%	0,6%	0,7%	0,4%	-0,1%	-0,1%	0,1%	-0,1%	-0,3%	0,0%	-0,5%	-0,7%	-0,3%
Västerbotten	0,1%	0,1%	0,2%	0,4%	0,4%	-0,1%	-0,2%	0,1%	0,2%	-0,1%	-0,2%	-0,4%	-0,4%	-0,5%
Halland	0,4%	-0,5%	-0,2%	0,5%	-0,2%	0,0%	0,4%	-0,1%	0,0%	-0,2%	-0,3%	-0,5%	0,1%	-0,5%
Örebro	0,1%	0,0%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	-0,4%	0,0%	-0,1%	-0,2%	0,1%	0,2%	0,3%	0,7%
Gävleborg	0,2%	0,0%	0,4%	0,4%	0,1%	0,1%	0,0%	-0,3%	-0,2%	-0,4%	-0,3%	-0,5%	-0,1%	0,1%
Västra Götaland	0,1%	0,0%	0,3%	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	-0,1%	0,0%	-0,1%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
Norrbottn	0,9%	0,7%	1,1%	-0,7%	-0,8%	-0,4%	0,6%	2,1%	1,4%	0,9%	0,2%	0,6%	0,7%	0,6%
Skåne	-0,1%	-0,1%	-0,3%	-0,2%	-0,3%	-0,2%	-0,2%	-0,2%	-0,2%	-0,3%	-0,4%	-0,4%	-0,6%	-0,4%
Kalmar (ej EVI)	0,9%	1,1%	0,7%	0,3%	0,3%	0,5%	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%	0,8%	0,4%
Dalarna (ej EVI)	0,3%	-0,1%	-0,1%	0,2%	-0,3%	-0,3%	-0,5%	-0,6%	-0,5%	-0,4%	-0,6%	-0,2%	-0,2%	-0,2%
Värmland (ej EVI)	0,2%	0,0%	0,5%	0,4%	0,7%	0,5%	0,5%	0,3%	0,3%	0,6%	0,0%	-0,2%	0,1%	0,2%
Västernorrland (ej EVI)	0,7%	0,4%	0,4%	0,2%	0,0%	-0,2%	-0,1%	-0,1%	0,0%	0,2%	-0,4%	0,4%	0,3%	0,2%
Västmanland (ej EVI)	0,1%	0,3%	0,5%	0,5%	0,3%	0,0%	0,1%	-0,2%	0,0%	-0,4%	-0,2%	-0,1%	-0,2%	-0,4%
Gotland (EVI start 2024)	1,1%	1,4%	2,0%	2,9%	2,9%	3,2%	2,2%	2,5%	1,5%	2,2%	2,9%	1,4%	1,3%	1,8%
Jämtland (EVI start 2024)	1,1%	1,1%	0,6%	0,6%	0,7%	0,9%	1,0%	0,4%	1,0%	0,4%	0,1%	0,3%	0,4%	0,9%
Total	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,0%	-0,1%	-0,2%	-0,1%	-0,2%	-0,2%	-0,2%	-0,2%	-0,2%

■ = Andelen barn från område 1 + 2 är lägre än andelen barn från övriga områdestyper, skillnad i procentenheter

■ = Andelen barn från område 1 + 2 är högre än andelen barn från övriga områdestyper, skillnad i procentenheter

■ = Ingen skillnad i andelen barn från område 1 + 2 och andelen barn från övriga områdestyper

■ = År då EVI infördes

Bilaga 8. SBU:s litteratursökning

Bilagan finns att läsa och ladda ner på Socialstyrelsens webbplats
www.socialstyrelsen.se



Utvärdering av arbetssättet En väg in (artikelnr 2025-2-9445)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.