

Utvärdering av Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Stockholms län

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2009:15

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Johan Karlsson och Lene Lindberg
Institutionen för folkhälsovetenskap
Avdelningen för tillämpat folkhälsoarbete
Karolinska Institutet

ISBN 978-91-86313-15-9

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

Rapporten kan beställas/laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Innehållsförteckning

BAKGRUND	3
GENOMFÖRANDE	4
KOMPETENS OCH BEHANDLINGSUTBUD	5
SUBSPECIALITETER	5
<i>Patientorganisationernas syn</i>	7
UTREDNINGSMETODER	8
<i>Neuropsykiatriska utredningar</i>	9
<i>Patientorganisationernas syn</i>	10
BEHANDLING OCH BEHANDLINGSMETODER	12
<i>Individualterapi</i>	12
<i>Familjebehandling</i>	12
<i>Föräldragrupper</i>	13
<i>Barn- och tonårsgrupper</i>	13
<i>Nätverksarbete</i>	13
<i>Farmakologisk behandling</i>	14
ANVÄNDANDE AV VÅRDPLAN/BEHANDLINGSPLAN	15
TILLÄMPNING AV FN:S KONVENTION OM BARNS RÄTTIGHETER	17
UTVÄRDERING OCH UPPFÖLJNING AV BEHANDLINGSINSATSER	18
KOMPETENSUTVECKLING	19
SPECIALISERAD ÖPPENVÅRD	20
<i>Syftet med specialiserad öppenvård</i>	20
<i>Kompetens- och behandlingsutbud</i>	21
<i>Patienter</i>	21
<i>Omorganisationens konsekvenser</i>	21
<i>Vidareutvecklingsarbete och uppföljning</i>	22
FÖREBYGGANDE ARBETE	23
MÖDRA- OCH BARNHÄLSOVÅRDENS SYN PÅ BUP:S ARBETE OCH SAMARBETET	23
BUP:S UPPFATTNING OM EGNA RESURSER OCH MVC/BVC:S BEHOV	24
TILGÅNG TILL MELLANVÅRD	26
PERSONAL OCH BEHANDLINGSUTBUD	26
PATIENTER	26
SAMVERKAN	27
UTVECKLINGSOMRÅDEN	28
PATIENTORGANISATIONERNAS SYN	28
LIKVÄRDIGT INNEHÅLL	29
KOMPETENS- OCH BEHANDLINGSUTBUD	29
FÖREBYGGANDE ARBETE	29
TILGÅNG TILL MELLANVÅRD	29
SAMVERKAN MED KOMMUNERNA	30
ENKÄTUNDERSÖKNING	30
SAMVERKAN MED KOMMUNERNA ENLIGT BUP:S VERKSAMHETSBERÄTTELSE	30
SAMMANFATTANDE DISKUSSION OCH SLUTSATSER	32
BREDARE KOMPETENS OCH BEHANDLINGSUTBUD	32
FÖREBYGGANDE ARBETE	34
TILGÅNG TILL MELLANVÅRD	34
LIKVÄRDIGT INNEHÅLL	35
SAMVERKAN MED KOMMUNERNA	35
BILAGA 1: ORGANISATIONS FÖR BARN- OCH UNGDOMSPSYKIATRIN (BUP) I STOCKHOLMS LÄN ...	37
BILAGA 2: NEUROPSYKIATRISKA UTREDNINGAR	38

Bakgrund

I samband med att Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms län överfördes från Omsorgsnämnden till Hälso- och sjukvårdsnämnden genomfördes en översyn av verksamheten. Utredningen visade på flera utvecklingsområden (SLL, 2004).

- Länet saknade mellanvårdsformer mellan öppen- och slutenvård, såsom dagvård eller mobila team, som skulle kunna förhindra inläggning i slutenvård eller slussa ut från slutenvård. Detta har inneburit att vård ibland har bedrivits på för hög eller låg nivå.
- De akuta insatserna uppvisade brister.
- Resurser saknades för längre behandlingar för små och späda barn.
- Kompetens- och metodutveckling för specifika behovsgrupper, t ex neuropsykiatri, utagerande mm.
- Behov av utökad samverkan mellan kommunerna och landstinget.

Översynen ledde fram till ett beslut om nytt uppdrag, utbud och inriktning för BUP fr o m vårdöverenskommelsen för år 2000. Det nya uppdraget har genomförts successivt, och 2004 beslutade Hälso- och sjukvårdsutskottet om återstående förändringar, som skulle genomföras under 2005 (SLL, 2006). Detta innebar främst uppbyggnad av mellanvård inom de fyra geografiska verksamhetsområdena, förändringar i utbudet av lokala öppenvårdsmottagningar och ökad specialiserad kompetens på dessa mottagningar (SLL, 2004).

I Bilaga 1 (s 37) finns en översikt över Barn- och ungdomspsykiatriens nya organisation med de fyra olika verksamhetsområdena och under dessa de olika enheterna/mottagningarna (figuren är hämtad från Stockholmsläns sjukvårdsområdes webbsida med adress http://www.sls.sll.se/upload/BUP/org_maj%202008-webb.pdf).

BUP har (till skillnad från exempelvis vuxenpsykiatri) en för hela länet gemensam paraplyorganisation – BUP-divisionen – inom Stockholms läns sjukvårdsområde. BUP-divisionen är sedan indelad i fyra geografiska verksamhetsområden med tre – fem mottagningar vardera. I Stockholms län finns 16 mottagningar som drivs av BUP-divisionen. Till det kommer ett verksamhetsområde – BUP-kliniken – med huvudsakligen klinikansluten vård där patienten även kan stanna över natten. Den verksamheten finns i Sachsska huset vid Södersjukhuset. Ett sjätte verksamhetsområde ansvarar för specialiserad barnpsykiatrisk vård gemensam för hela länet.

2005 beslutade hälso- och sjukvårdsutskottet om en utvärdering av BUP. Syftet med utvärderingen är att följa upp och utvärdera hur Barn- och ungdomspsykiatriens nya uppdrag och utbud utvecklats för att möta befolkningens och patienters behov när det gäller

1. Bredare kompetens- och behandlingsutbud lokalt och regionalt
2. Förebyggande arbete (MVC, BVC)
3. Tillgång till mellanvård (MV)
4. Likvärdigt innehåll
5. Samverkan med kommunen

Sedan 2006 har flera utvärderingar av ovanstående områden genomförts vid Enheten för psykisk hälsa – barn och unga, Centrum för Folkhälsa. Föreliggande rapport är en sammanfattande redovisning av dessa utvärderande insatser.

Genomförande

Denna rapport utgår ifrån flera olika utvärderingar och kartläggningar och därmed från ett antal olika informationskällor. Ett viktigt underlag för avsnittet om bredare kompetens och behandlingsutbud är de enkäter som sändes ut till de barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningarna 2006. I samband med enkätinsamlingen genomfördes också intervjuer med enhetschefer på ett antal mottagningar. Information från mottagningarnas verksamhetsberättelser för 2006 och 2007 har också använts som underlag. Komplettering av statistiska uppgifter har hämtats från BUP:s interna uppföljningssystem "Pastill". Enkäter om neuropsykiatriska utredningar som sändes ut av hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) förvaltning i början av 2007 har använts för att beskriva denna situation på öppenvårds-mottagningarna.

Vad gäller den regionala kompetensen och behandlingsutbudet genomfördes under 2007 intervjuer med enhetschefer och medarbetare på samtliga av de specialiserade, länsgemensamma barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna.

Det förebyggande arbetet, i detta sammanhang BUP:s arbete gentemot mödra- och barnhälsovården, har undersökts dels genom 2006 års enkäter till de lokala öppenvårdsmottagningarna, och dels genom intervjuer med personer inom mödra- och barnhälsovården. Totalt intervjuades sjutton medarbetare; vid BVC (sju personer), MVC (åtta personer), samt vid familjecentraler (två personer), från tolv kommuner/områden i länet. Fokus för intervjuerna var Barn- och ungdomspsykiatrins förebyggande arbete och uppfattningen om samarbetet med BUP. De som intervjuades var till största delen barnmorskor.

Underlaget för att bedöma tillgången till mellanvård (MV) är en enkät som under 2008 skickades ut till de fyra mellanvårdsenheterna i Stockholms län. Enkäten var utformad för att fånga upp det som är specifikt för mellanvårdens verksamhet, och för att se hur arbetet överensstämmer med verksamhetens uppdrag. Enkäten skickades till respektive teamsamordnare på varje MV-enhet. Antalet team per enhet varierade från ett till tre. Enkät svar inkom från samtliga team på samtliga MV-enheter, totalt sju stycken.

En enkätundersökning har även genomförts för att kartlägga hur BUP:s samverkan med kommunerna ser ut. Enkäten skickades ut till representanter för skola och socialtjänst i kommunerna och stadsdelarna i Stockholms län. Frågorna rörde dels hur olika aspekter av samverkan fungerade i dagsläget, och dels om några förändringar gällande samverkan skett sedan BUP:s omorganisation under 2005. BUP:s syn på samverkan med kommunerna inhämtades via mottagningarnas egna verksamhetsberättelser.

Dessutom har telefonintervjuer genomförts med representanter för patientorganisationer kring ett antal frågor kopplade till BUP:s omorganisation. De patientorganisationer som valdes ut var sådana vilkas medlemmar ofta kommer i kontakt med Barn- och ungdomspsykiatrin. Av åtta kontaktade organisationer valde fem att delta i intervjustudien, dessa var Svenska OCD-förbundet Ananke - Ideell stödförening

för personer med tvångssyndrom och deras anhöriga, Attention - Intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionshinder, Föreningen Autism i Stockholms län, Intresseförbundet Schizofreni och SPES - SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd. I den mån det var möjligt eftersträvades att de intervjuade tidigare skulle ha deltagit i diskussioner kring BUP:s omorganisation.

Kompetens och behandlingsutbud

I uppdraget som Centrum för folkhälsa erhöll av dåvarande Beställarkontor Vård ingick att beskriva och följa upp det kompetens- och behandlingsutbud som fanns på BUP-mottagningarna i de fyra verksamhetsområdena. I uppföljningen skulle även framgå i vilken omfattning utbudet var kunskapsbaserat och ändamålsenligt.

De delar som har valts ut för att beskriva kompetens och behandlingsutbud inom barn- och ungdomspsykiatri är:

- *Subspecialiteter* på öppenvårdsmottagningarna
- Vilka typer av *utredningar* som genomförs
- *Behandlingsmetoder* som används
- I vilken omfattning *vårdplaner* används
- Hur *FN:s konvention om barns rättigheter* används
- *Utvärdering och uppföljning* av behandlingsinsatser på mottagningarna
- *Kompetensutveckling*

Subspecialiteter

I omorganisationen av BUP ingick att inom den lokala öppenvården komplettera den breda kompetensen med en fördjupning inom definierade områden. Den fördjupade kompetensen omfattar åtta tillstånd:

1. Kris och trauma
2. Ångeststörning, tvång och fobier
3. Utagerande problematik
4. Störningar i utvecklingen hos små barn
5. Autismspektrumstörningar
6. Ätstörningar
7. Självskadebeteende
8. Depression och psykostillstånd

Av enkäterna som besvarades 2006 framkom att antalet subspecialiseringar som mottagningarna redovisade varierade från en till nio. I det fall då nio specialiteter omnämndes var akutfunktionen också angiven som subspecialitet. Vad gäller de åtta tillstånden som ingår i subspecialiseringarna var autismspektrumstörningar representerat hos lägst antal mottagningar (9 av 16). Den kompetens som fanns på samtliga mottagningar var störningar i utvecklingen hos små barn. Andra kompetenser än de åtta ovan angivna som omnämndes var konsultation för MVC och BVC, flyktkunskap och diagnostik.

Redogörelserna för subspecialiteterna i verksamhetsberättelserna för 2006 uppvisar likaledes stora variationer. Gemensamt för nästan alla öppenvårdsmottagningar är beskrivningar av fördjupad kompetens kring störningar i små barns utveckling. För verksamhetsområde Sydväst finns redovisningar för omfattningen av de åtta olika tillstånden på mottagningarna angivna. Av tabell 1 framgår att störst andel patienter förekom i gruppen ångest, tvång och fobier på tre av mottagningarna, medan autismspektrumstörningar hade den största andelen på mottagningen i Södertälje. Den subspecialitet som hade lägst andel patienter var anknytningsstörningar. I verksamhetsområde Nordväst anges att det har kartlagts vilken kunskap och vilka metoder som finns på mottagningarna. För verksamhetsområde Nordost beskrevs att det bedrivits arbete med att öka kompetensen och utveckla förmågan kring subspecialiseringarna ute på mottagningarna. En resursperson arbetade på halvtid för att tillsammans med nätverk och nätverkssamordnare stödja mottagningarna när det gäller arbetet med små barn.

Tabell 1. Diagnosgrupper fördelat på subspecialiseringar angivet i % år 2006.

Mottagning	Utagerande/ ADHD	Ångest, tvång och fobier	Ätstör- ningar	Autism- spektrum	Depression och psykos	Kris och trauma	Självs- skador*	Anknytnings- störning
Södertälje	17,1	19,7	2,7	20,5	9,6	4,7	2,0	0,4
Botkyrka	8,8	13,5	1,5	11,8	6,8	2,8	0,8	0,7
Huddinge	21,2	35,7	6,0	19,7	21,6	5,3	3,8	0,9
Skärholmen	8,1	15,3	2,0	10,8	8,8	2,8	1,8	1,3

* Andelen gäller självmordsförsök då det inte är möjligt att registrera självskaador i statistiksystemet.

I verksamhetsberättelserna för 2007 redovisar tre verksamhetsområden även mottagningarnas behandlingsutbud i relation till subspecialiseringarna. Detta kommer att redogöras för mer utförligt under avsnittet om behandlingsmetoder. Samtliga fyra verksamhetsområden redovisar fördelning av diagnosgrupper fördelat på subspecialiseringarna, med undantag för störningar i utvecklingen hos små barn. Den största andelen patienter fördelat på subspecialiseringarna enligt tabell 2 var ångest, tvång och fobier, autismspektrumstörningar, utagerande problematik och depressioner eller psykostillstånd.

Det är svårt att bilda sig en uppfattning om hur långt mottagningarna har kommit i arbetet med specialisering beroende på att uppgifterna skiftar för olika verksamhetsområden. I de tre verksamhetsområden där behandlingsutbudet finns presenterat utifrån specialiseringarna framstår det som att samtliga tolv mottagningar har möjlighet att erbjuda någon form av behandling inom de åtta tillstånden. Verksamhetsområde Nordväst uppger att arbetet med att kartlägga kunskap och metoder som finns på mottagningarna fortgår och att insatser för kompetensutveckling har presenterats. Från verksamhetsområde Nordost framgår att det finns övergripande nätverk för fördjupningsområdena störningar i utvecklingen hos små barn, autismspektrumstörningar och ätstörningar. Dessutom presenteras det i Nordost hur arbetet har utvecklats på de tre mottagningarna. En mottagning har behandlarna indelade i grupper som i stort motsvarar de angivna specialiseringarna, med undantag av att självskaдебeteende ingår i samma område som depression/psykos och att det även finns en grupp med akutfunktion. Grupperna kartlägger befintlig kompetens, vilka vårdprogram som finns utanför mottagningen och lägger fram förslag om bedömning och behandling. På en annan mottagning är specialiseringen på kris och trauma i samma grupp som akutfunktionen, alla team har kompetens att göra autismspektrumstörningar och en grupp har ansvar för arbetet med ätstörning, självskaдебeteende och depression/psykos. På den tredje mottagningen uppges det variera hur långt arbetet har kommit inom de olika fördjupningsområdena.

Alla verksamhetsområden presenterar hur arbetet för att nå familjer med små barn har organiserats. Från två verksamhetsområden finns mer utförliga beskrivningar av detta arbete ute på mottagningarna med till exempel speciella telefontider för föräldrar, kompetensutveckling i diagnostik och behandling, samt spädbarnsverksamhet. I verksamhetsområde Sydost finns en gemensam tid, en gång i veckan under två timmar, då psykologer vid de olika mottagningarna har telefonkonsultation för familjer med små barn.

Tabell 2. Diagnosgrupper fördelat på subspecialiseringar angivet i % år 2007.

<i>Mottagning</i>	Utagerande/ ADHD	Ångest, tvång och fobier	Ätstör- ningar	Autism- spektrum	Depression och psykos	Kris och trauma	Självs- skador*
Södertälje	19,8	19,2	2,4	18,9	9,1	4,5	2,2
Botkyrka	16,4	21,3	2,4	16,4	11,4	5,3	2,4
Huddinge	28,1	40,3	6,9	21,9	23,8	6,8	4,3
Skärholmen	15,5	20,4	2,7	16,7	11,8	5,1	2,6
Handen	18,9	17,7	2,9	32,5	14,8	3,7	4,1
Ektorp	5,1	10,7	2,9	6,7	6,3	1,3	2,8
Farsta	8,1	8,6	1,8	22,1+	8,1	1,4	0,5
Globen	7,0	14,1	2,3	9,1	5,7	2,9	2,1
Brommaplan	5,2	7,6	1,8	5,8	7,2	0,9	1,0
Jakobsberg	7,1	9,8	0,8	7,9	6,2	0,7	0,5
Järva	8,1	10,1	1,8	12,3	9,0	5,9	0,9
Kungsholmen	8,9	8,9	1,7	11,8	7,8	1,8	0,9
Solna	6,9	9,1	1,1	6,3	4,8	1,4	0,8
Sollentuna	5,9	14,1	3,1	7,6	10,5	2,8	1,7
Täby	11,7	11	4,5	14,1	10,7	1,4	0,5
Danderyd	12,3	18,9	4,7	10,2	14,8	1,9	1,8

* Andelen gäller självmordsförsök då det inte är möjligt att registrera självsador i statistiksystemet.

+ Siffror för verksamhetsområdets neuropsykiatriska team är inkluderade.

Patientorganisationernas syn

Tillkomsten av subspecialiteter var en av de frågor som berördes i intervjuerna med patientorganisationerna. Fyra av de fem intervjuade patientorganisationerna uppgav att de i och med subspecialiseringarna hade märkt en viss förbättring av kompetensen inom BUP rörande sina medlemmars problematik. En person sade att klagomålen gällande kompetens minskat sedan 2005. Tidigare klagomål hade bl.a. gällt brist på KBT-kompetens vid behandling av tvångssyndrom.

Utredningsmetoder

Mer ingående beskrivningar av vilka typer av utredningar som görs inom öppenvårdsmottagningarna har presenterats i den delrapport om barn- och ungdomspsykiatrins förändring som presenterades i januari 2007. Beskrivningarna i delrapporten är baserad på enkäten som besvarades av mottagningarna 2006. Kortfattat kan återges att mottagningarna uppgav att flera olika utredningsmetoder användes såsom diverse test, själskattningsformulär, intervjuer och observationer. Problem som mottagningarna lyfte fram i fråga om utredningar var bland annat språkliga. Testmaterialen är inte anpassade och utprovade för olika språk eller kulturer och att utföra utredningar med tolkhjälp medför också metodproblem. En annan svårighet som lyftes fram var bristen på och behovet av professioner såsom sjukgymnaster, logopedier och specialpedagoger i utredningarna.

Skattningar av patienters funktionsförmåga kan ju betraktas som en del av utredningsarbetet. En annan del är att utredningen leder fram till en diagnos och att båda delarna bidrar till ett ställningstagande om vilken form av behandling som ska ges. Detta kan, som verksamhetsområde Sydväst mycket riktigt har påpekat, vara något som återkommer under behandlingen, då barn och ungdomar ofta uppvisar symtom på flera olika diagnoser.

Under 2006 rapporterade, enligt verksamhetsberättelserna, mottagningarna den andel patienter vilkas funktionsförmåga bedömdes före och efter avslutad behandling. Av Tabell 3 framgår att andelen funktionsbedömda patienter mellan de olika mottagningarna varierade från en tredjedel till över 80 procent. Spridningen för andelen patienter med diagnos låg 2006 mellan cirka 28 och 80 procent.

För 2007 var variationen mellan mottagningarna för funktionsförmåga inte lika stor som för föregående år; andelen funktionsbedömda patienter varierade då i runda tal från 60 till 90 procent. I fråga om diagnoser låg spridningen mellan 48 och 94 procent, vilket också är en mindre spridning jämfört med 2006.

Tabell 3. Bedömningar av barn och ungdomars funktionsförmåga samt andel (%) patienter med registrerad diagnos redovisat för 2006 och 2007.

<i>Mottagning</i>	<i>2006</i>		<i>2007</i>	
	<i>Funktionsförmåga</i>	<i>Diagnos</i>	<i>Funktionsförmåga</i>	<i>Diagnos</i>
Södertälje	74,6	77,4	78,8	89,0
Botkyrka	33,3	42,7	75,3	94,0
Huddinge	69,6	76,6	81,9	93,0
Skärholmen	56,0	71,1	67,1	79,0
Ektorp	52,8	37,3	60,1	52,0
Handen	71,0	52,1	83,3	71,0
Farsta	72,0	48,9	73,6	48,0
Globen	Saknas	Saknas	81,1	62,0
Sollentuna	55,0+	35,8	74,6	62,0
Täby	73,0+	41,3	73,5	48,0
Danderyd	61,0+	27,9	84,7	53,0
Brommaplan	82,1	57,5	80,2	60,0
Jakobsberg	67,9	53,1	70,2	83,0
Järva	62,8	61,5	67,8	65,0
Kungsholmen	54,9	79,8	58,9	79,0
Solna	73,3	41,3	89,5	51,0

+ Gäller juli-december 2006

Neuropsykiatriska utredningar

En viktig del av utredningarna inom BUP är de neuropsykiatriska. Utifrån enkäterna som mottagningarna besvarade 2006 framgår att det används en bred arsenal av metoder för neuropsykiatriska utredningar. Fem mottagningar i södra länet och en i norra länet lyfte behovet av spetskompetens. En mottagning efterlyste bättre samordning inom landstinget av resurser för neuropsykiatriska utredningar som ansågs vara allt för splittrade. Att utredningarna tar mycket tid i anspråk kommenterades av en mottagning, medan en annan efterfrågade enklare former för att utreda frågeställningar om autism då dessa hade ökat kraftigt.

I verksamhetsberättelserna för 2006 är det framför allt mottagningarna i norra länet som lyfter fram att det är en stor efterfrågan på neuropsykiatriska utredningar. I södra delen är det en mottagning som uppger att en stor mängd remisser har strömmat in samtidigt som mottagningen har ett behov av kompetensutveckling på området. En annan mottagning i södra länet uppger att föräldrar har framfört klagomål på att neuropsykiatriska utredningar tar lång tid att sammanfatta och avsluta. När det gäller verksamhetsåret 2007 är det två mottagningar i verksamhetsområde Nordost som kommenterar antalet neuropsykiatriska utredningar.

Tillgängligheten till neuropsykiatriska utredningar inom barnpsykiatri är ojämnt fördelad över länet, enligt mottagningarnas svar på den enkät som HSN förvaltning sände ut (se Tabell 4 och Bilaga 1). I norra länsdelen har det både aktualiserats flest neuropsykiatriska utredningar och utretts flest barn åren 2006 och 2007. Flertalet barn i norra länet har även kunnat påbörja neuropsykiatrisk utredning inom tre månader år 2007. I norra länet utreddes 3,6 per 1000 barn i befolkningen medan genomsnittet för hela länet var 2,5 per 1000 barn år 2007. Den högre ersättningsnivån i avtalet för norra länet samt kompetens inom verksamheten är sannolikt huvudförklaringarna till skillnaderna. Den höga tillgängligheten till neuropsykiatriska utredningar i norra delen har till viss del skett på bekostnad av tillgängligheten till första besöket för nya patienter. I norra länet har en större andel av

patienterna väntat längre än 4 veckor på att få komma till mottagningen för ett första besök från det att kontakt har tagits.

Patientorganisationernas syn

I de intervjuer med patientorganisationer som har genomförts menade två representanter att det fanns brister i kompetensen att göra utredningar angående ADHD och andra neuropsykiatriska problem. En av de intervjuade tyckte att en stor brist var den uppdelning i olika utredningar som ibland förekommer vid neuropsykiatriska problem. Uppdelningen innebär att utredningar av vissa neuropsykiatriska problem görs inom BUP medan utredningar av andra neuropsykiatriska problem, för samma individ, görs inom en annan verksamhet. Detta kan medföra att en patient förflyttas mellan olika verksamheter för olika utredningar och utsätts för långa väntetider där emellan. I flera av intervjuerna nämndes också att skillnader fanns i tillgänglighet och kvalitet på utredningar mellan olika verksamhetsområden och mottagningar.

Tabell 4. Redovisning av neuropsykiatriska utredningar inom BUP utifrån enkät utsänd av HSN-förvaltning.

Mottagning	Antal som väntat mer än 90 dagar exkl väntan på remisskompl eller självsvald väntan	Väntetid i veckor för nyinkomna remisser dec 2007	Nya neuropsykiatriska utredningsärenden 1 jan-31 dec 2007	Rapporterat antal nya neuropsykiatriska utredningsärenden helt år 2006	Ökning i % (procent)	Ökning i antal ärenden
Danderyd BUP	0		67			
Täby BUP	0	4 mån	152	100	52,00	52
Jakobsberg BUP	0	3 mån	70	99	-29,29	-29
Sollentuna BUP	0	3 mån	130	94	38,30	36
Solna BUP	0		57	39	46,15	18
Närsjukvård Norra länet	2	3 mån-4 mån	409	332	23,19	77
Kista BUP	0	1mån	32			
Järva BUP	13	5 mån	58	55	5,45	3
Kungsholmen BUP	17		53	50	6,00	3
Bromma BUP	0	2 mån	55			
Farsta BUP	25	1år	34			
Globen BUP	10	6 mån	40	74	-45,95	-34
Skärholmen BUP	0	2 mån	34	32	6,25	2
Närsjukvård Stockholm	65	3 mån-1,3 år	306			
Huddinge BUP	0	0,5 mån	36			
Botkyrka BUP	0	0 mån	40	49	-18,37	-9
Södertälje BUP	0	3 mån	67	53	26,42	14
Ektorp BUP	0		39	44	-11,36	-5
Handen BUP	36	1 år	92	72	27,78	20
Närsjukvård Södra länet	40	0 mån-1,2 år	274			148
Teamet för döva inom BUP	0	16	14			

Behandling och behandlingsmetoder

Samtliga öppenvårdsmottagningar erbjuder ett varierat utbud av behandlingsmetoder för barn, ungdomar och föräldrar. I regel kombineras olika former av behandlingsmetoder beroende på den problematik som förekommer. Alla mottagningar har i verksamhetsberättelserna och i enkäterna redovisat ett utbud av olika metoder utifrån de behov som barn, ungdomar och föräldrar har (Tabell 5). I enkäten uppmanades mottagningarna att ange fem olika behandlingsmetoder som ansågs vara viktiga i det kliniska arbetet.

Individualterapi

I den enkät som besvarades av öppenvårdsmottagningarna 2006 angav alla mottagningar att kognitiv terapi och/eller kognitiv beteendeterapi användes som individualterapi. Fördelar med kognitiva terapier som omnämndes i enkäten var tydlig struktur och ett konkret arbetssätt. Dessutom möjliggör dessa terapier att symtomen angrips direkt och att lindring av problem nås ganska snabbt. Nackdelar som togs upp var att de lokala mottagningarna saknar kompetens eller resurser i förhållande till efterfrågan, att terapierna tar mycket tid i anspråk och att övningar utanför mottagningens lokaler kan vara svåra att genomföra praktiskt.

Psykodynamisk barnterapi angavs av 69 % av mottagningarna och psykodynamisk tonårsterapi av 63 %. I enkäten framkom att fördelarna med att arbeta med psykodynamiskt inriktad individualterapi för barn var att framsteg rörande ”intrapsykiska” processer kan uppnås samt att behandlingen kan ge djupgående och bestående förändringar. För tonåringar ansågs fördelarna vara att terapeuten kan utgöra en positiv modell och skapa en relation för att bearbeta problematik. Andra fördelar som nämndes var metodens anpassningsbarhet i fråga om tidsramar och att den kan kombineras med annan behandling. Nackdelar med psykodynamisk individualterapi som nämndes var att dessa terapier är resurskrävande, ställer stora krav på föräldrars och eller ungdomars motivation samt att den senare gruppen ofta är i en ålder då de snart är för gamla för barn- och ungdomspsykiatri. En farhåga som också formulerades var att psykodynamiska terapier riskerar att marginaliseras när verksamheten fokuseras på snabb genomströmning.

Utifrån verksamhetsberättelser från 2006 uppgav 75 % av mottagningarna att psykodynamiskt inriktad terapi erbjöds till barn och tonåringar. Lika stor andel mottagningar uppgav för samma verksamhetsår att kognitiv beteendeterapi alternativt kognitiv terapi erbjöds. I verksamhetsberättelserna för 2007 framkom att 88 % av mottagningarna erbjöd psykodynamiskt inriktad terapi. Samtliga mottagningar hade under 2007 möjlighet att erbjuda kognitiv beteendeterapi eller kognitiv terapi. Individualterapi erbjuds, enligt verksamhetsberättelserna, vid ångeststörningar, tvång, fobier, kris och trauma, ätstörningar, självskadebeteende och depressioner.

Familjebehandling

Enligt den enkät som besvarades 2006 används familjebehandling i någon form vid samtliga mottagningar. Fördelarna med familjebehandling uppgavs vara att familjen aktiveras i att bryta negativa mönster och hitta nya förhållningssätt. Dessutom nämndes att familjerna åstadkommer förändringar genom egna lösningar och resurser. Andra fördelar som togs upp var att barnet får plats och synliggörs i familjen. Den främsta svårigheten med familjebehandling som omnämndes var att det är svårt att bedriva behandlingen om föräldrarna inte vill eller kan samarbeta.

Olika former av familjebehandling fanns enligt verksamhetsberättelserna tillgängliga på 81 % av mottagningarna under 2006. Enligt verksamhetsberättelserna för 2007 fanns familjeterapi tillgå på samtliga lokala öppenvårdsmottagningar. Vanligaste omnämnda specifika exempel på familjebehandlingar 2006 var Marte Meo, barnorienterad familjeterapi, systemiskt inriktad familjeterapi. För 2007 tillkom också andra exempel som Theraplay och Tejping.

Familjebehandling erbjuds, enligt verksamhetsberättelserna, i samband med störningar i utvecklingen hos spädbarn- och små barn, utagerande problematik, autismspektrumstörningar, ångest, tvång eller fobi, kris och trauma, ätstörningar, självskadebeteende och depressioner.

Föräldragrupper

I mottagningarnas svar på enkäten 2006 angav fem av de sexton tillfrågade mottagningarna att föräldragrupper utgjorde en viktig del av behandlingsarbetet. Fördelar som nämndes med att arbeta med föräldragrupper var att dessa ger föräldrarna verktyg att hantera situationer med barnet och hjälp till självhjälp. Dessutom nämndes att det blir ett utökat nätverk där föräldrarna får dela sina svårigheter med andra föräldrar i samma situation. Nackdelar som togs upp var brist på personal som är utbildad i att leda föräldragrupper och därför kan inte behovet alltid tillgodoses, samt att det är svårt att använda grupper för föräldrar till barn med svårare störningar inom autismspektrumet.

Möjlighet att erbjuda föräldragrupper fanns vid mer än hälften av mottagningarna enligt verksamhetsberättelserna för 2006 och för 2007. I område Sydost fanns det både under 2006 och 2007 en övergripande gruppverksamhet att tillgå för de fyra mottagningarna. Gruppverksamhet för föräldrar som erbjuds på mottagningarna kan vara inriktade på olika typer av svårigheter, till exempel med föräldraskapet, utagerande beteendeproblem hos barnen eller självskadebeteende hos ungdomar.

Barn- och tonårsgrupper

Det var fem mottagningar som lyfte fram grupper för barn och tonåringar i enkäten från 2006. Exempel på gruppverksamhet var korttidsbehandling med teman utifrån deltagarnas behov, gruppsykoterapi och psykoedukativa grupper såsom "Cool Kids" eller "Stopp-Tänk-Kör". De fördelar som nämndes med grupper för barn och tonåringar var att få dela erfarenheter och känslor med jämnåriga i samma situation och att patienterna kan ha roligt tillsammans. Andra förtjänster var att de flesta gruppmetoderna är väl utvärderade med konkret hjälp, systematisk träning och hemuppgifter. Brister som togs upp var resurser i form av stora lokaler och utbildad personal.

Gruppverksamhet riktad till barn och/eller tonåringar erbjöd knappt hälften av mottagningarna enligt verksamhetsberättelserna för 2006 och 75 % av mottagningarna under verksamhetsåret 2007.

Gruppbehandlingen riktar sig till barn och tonåringar med utagerande problem, tvångsstörningar, nedstämdhet eller depression, ångest, självskadebeteende eller till dem som har psykiskt sjuka föräldrar eller kamratproblem.

Nätverksarbete

Drygt hälften av mottagningarna lyfte fram nätverksarbete som en viktig metod i enkäten från 2006. En fördel med nätverksarbete ansågs vara att det ger samordning som medför att dubbelarbete kan undvikas. Ytterligare en fördel som nämndes var att ansvar och uppgifter kan fördelas mellan olika aktörer. Den största bristen som togs upp var svårigheten att hitta gemensamma tider för alla involverade personer.

Mer än hälften av mottagningarna omnämnde i verksamhetsberättelserna 2006 att nätverk engagerades i behandlingen av barn och ungdomar. Under verksamhetsåret 2007 uppgav alla mottagningar att nätverksarbete bedrevs. Metoden är aktuell för alla typer av problematik som förekommer inom BUP.

Tabell 5. Behandlingsmetoder angivna i antal för mottagningar och verksamhetsområden.

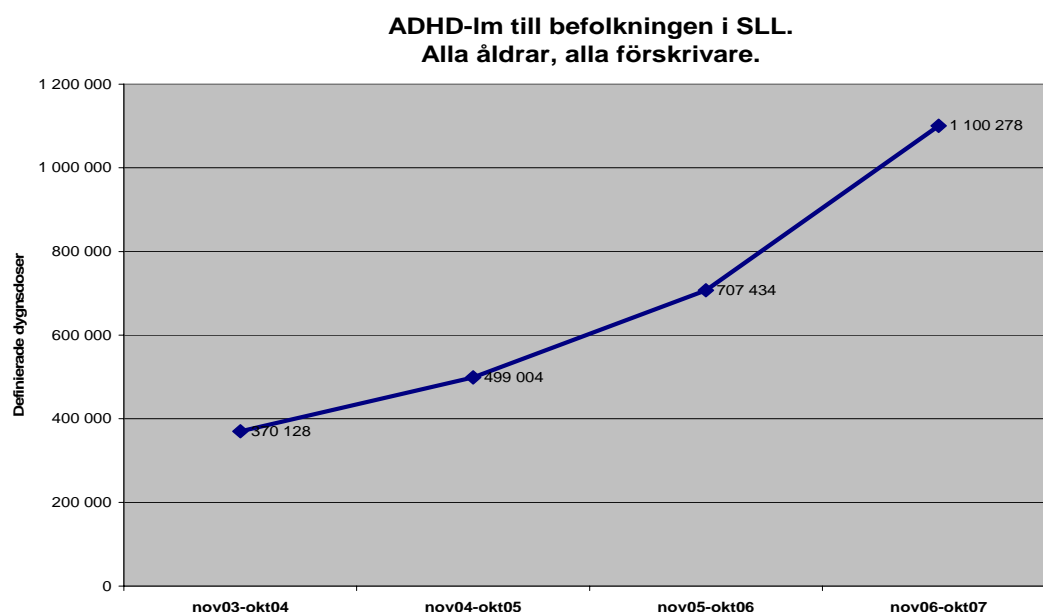
<i>Behandlingsmetod</i>	<i>2006</i>		<i>2007</i>	
	Mottagningar som uppges använda metoden	Verksamhetsområde som använder metoden	Mottagningar som uppges använda metoden	Verksamhetsområde som använder metoden
Individualterapi				
- KPT/KBT	12	4	16	4
- Psykodynamisk terapi	12	3	14	4
Familjebehandling	13	3	16	4
Föräldragrupper	10	3	11	3
Barn-/Tonårsgrupp	7	3	12	4
Nätverksarbete	10	3	16	4
Farmakologisk behandling	8	3	16	4

Farmakologisk behandling

I enkäten från 2006 uppgav sex av 16 mottagningar att farmaka var en del av behandlingsutbudet, framför allt som komplement till andra insatser. En förtjänst som nämndes var att medicinering kan ge symtomlindring, medan problem som beskrevs var eventuella biverkningar och brist på resurser för ordentlig uppföljning.

I verksamhetsberättelserna för 2006 uppgav hälften av mottagningarna att medicinering erbjöds som behandling, till skillnad från verksamhetsredovisningarna för 2007 då samtliga mottagningar uppgav att medicinering erbjöds. Två mottagningar angav också att andelen patienter med medicinering är en ökande grupp. Behandling med farmaka används i samband med hyperaktivitet, nedstämdhet eller depression, ångest, tvångsproblematik, sömnstörningar, ätstörningar, bipolära och psykotiska tillstånd.

Enligt den statistik som finns redovisad i figur 1 har förskrivningen av antalet dygnsdoser av läkemedel för ADHD inom BUP nästan tredubblats från 2003 till 2007. Fördelningen av försäljning av ADHD-läkemedel enligt tabell 6 visar att den har ökat i hela länet, med flest doser i norra länet. Samma mönster för försäljning gäller för antidepressiva medel som har ökat i hela länet och med flest doser i norra länet.



Figur 1. Förskrivning av läkemedel för ADHD i Stockholms län från november 2003 till oktober 2007 för åldrarna 0 till 17 år.

Tabell 6. Försäljning av antidepressiva respektive ADHD-medicin i Stockholms län (DDD/1000/dag) utskrivet på barnpsykiatriska kliniker, utifrån del av länet där patienten (0-17 år) bor.

Läkemedel/område	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Antidepressiva norra länet	0,4	0,5	1,2	1,5	1,5	2,0	2,1
Antidepressiva Sth-Ekerö	0,1	0,3	1,0	1,0	1,1	1,3	1,1
Antidepressiva södra länet	0,0	0,1	0,8	1,0	1,0	1,2	1,2
ADHD-medicin norra länet	0,0	0,2	1,2	2,3	2,6	3,3	4,4
ADHD-medicin Sth-Ekerö	0,0	0,1	0,5	0,8	0,8	0,9	1,3
ADHD-medicin södra länet	0,0	0,0	0,3	0,5	0,6	0,8	1,1

Användande av vårdplan/behandlingsplan

En vårdplan är en dokumenterad och gemensam överenskommelse mellan klient och behandlare om behandlingen och behandlingskontakten. Den innehåller vanligen överenskommelser om behandlingens struktur såsom syftet, vilka uppgifter som ingår, målen med kontakten och tidsramar. Psykoterapiforskning visar att tydlighet rörande sådant som ingår i behandlingsplaner är betydelsefullt för psykoterapeutiska interventioners resultat (Lambert & Ogles, 2004; Hubble, Duncan & Miller, 1999).

Utifrån svaren i 2006 års enkät kan det sägas att öppenvårdsmottagningarna i regel använder sig av skriftliga individuella behandlingsplaner eller vårdplaner. Endast en mottagning, av de 16 som svarat på frågan, använder sällan eller aldrig individuella behandlingsplaner. I verksamhetsområdena Nordost och Sydost upprättas ofta eller alltid individuella behandlingsplaner, och i Sydväst har samtliga mottagningar angett att de ofta använder sig av behandlingsplaner. I verksamhetsområde

Nordväst finns alla tre svarsalternativen representerade, vilket innebär att en mottagning sällan eller aldrig arbetar med sådana medan en annan alltid gör så och de övriga oftast gör det.

Det fanns i enkäten också möjlighet att beskriva hur de individuella behandlingsplanerna var strukturerade. Det framkom här att alla verksamhetsområden utom Sydväst arbetar utifrån idén att alla mottagningar inom ett verksamhetsområde skall använda samma struktur för de individuella behandlingsplanerna. Vid mätillfället var det nio av sexton lokala öppenvårdsmottagningar som använde en gemensam blankett för samtliga behandlare. Fyra av de sju mottagningar som inte svarat på det viset påtalade att man just då arbetade med att ta fram eller pröva ut en gemensam struktur för samtliga medarbetare på enheten.

Alla lokala öppenvårdsmottagningar svarade, inklusive den mottagning där behandlingsplaner sällan eller aldrig nyttjades, att de ansåg att individuella behandlingsplaner är till nytta för det kliniska arbetet och patienterna. När de beskrev förtjänsterna med individuella behandlingsplaner var det främst följande tre svarkategorier som i nämnd ordning togs upp:

- Det förtydligar målsättningarna och kan användas för utvärdering.
- Föräldrar och patienter får ökad klarhet i bedömnings- och behandlingsupplägg, uppdraget förtydligas och risken för missförstånd minskas.
- Det bidrar med struktur till behandlingen för behandlare och patient.

I enkätsvar och intervjuer med enhetschefer framkommer flera förklaringar till att användandet av vårdplaner, trots personalens positiva inställning, enligt statistiken är relativt lågt (år 2006 då enkäten skickades ut). Det finns dels ett rent registreringsproblem som kan förklara avsaknaden av rapporterade vårdplaner i PASTILL. Medarbetarna har i många fall använt sig av en behandlingsplan på ett tämligen systematiskt och strukturerat vis, men inte rapporterat detta. Andra fall som kan relateras till dessa är behandlingar där behandlaren uppfattar att det finns en behandlingsplan och att arbete görs på ett sätt som i praktiken motsvarar att ha en sådan, men det saknas en formell behandlingsplan.

Mottagningarnas verksamhetsberättelser visar en ökad användning av vårdplaner från 2006 till 2007. Under 2006 hade en skriftlig vårdplan upprättats för i genomsnitt 25 % av patienterna. Lägst andel hade mottagningarna i Farsta och Johanneshov medan Södertälje och Sollentuna hade störst andel (tabell 7). För 2007 hade andelen skriftligt upprättade vårdplaner ökat och uppgick i genomsnitt till 63 %. Lägst andelen vårdplaner fanns på mottagningen i Farsta och högst andel i Jakobsberg tätt följt av mottagningarna Södertälje och Botkyrka (tabell 7).

Tabell 7. Vårdplan för öppenvårdsmottagning (angivet i %).

<i>Mottagning</i>	<i>Andel patienter med vårdplan</i>	
	2006	2007
Södertälje	43,8	79
Botkyrka	38	79
Huddinge	23,8	77
Skärholmen	23,6	62
Ektorp	16,4	55
Handen	19,2	40
Farsta	5	26+
Johanneshov	6,3	52+
Sollentuna	44,1	68
Täby	18,7	62
Danderyd	11,9	49
Brommaplan	40,8	75
Jakobsberg	32,2	80
Järva	32,3	66
Kungsholmen	23,4	61
Solna	13,8	72

+ Mottagningar för unga är inkluderade.

Tillämpning av FN:s konvention om barns rättigheter

Alla verksamheter inom Stockholms läns landsting ska utveckla sitt barnperspektiv och utgångspunkten för detta arbete är FN:s konvention om barns rättigheter.

I enkäten som skickades ut 2006 fick de lokala öppenvårdsmottagningarna beskriva hur FN:s konvention om barns rättigheter tillämpas i arbetet på mottagningarna. Samtliga mottagningar beskrev att de på olika sätt följer eller tillämpar barnkonventionen. Mycket av det som beskrivs i svaren går in i varandra. Tre huvudområden eller teman kan dock urskiljas:

- Barnets synpunkter och behov är en viktig del i problemformuleringar, val av behandling samt uppdragsbeskrivning.
- Behandlingen anpassas efter barnet så att barnet respekteras och blir sett.
- Mottagning/behandlare efterser barns rätt till omvårdnad och hjälp, bland annat genom anmälningsplikt till och samverkan med de sociala myndigheterna.

Dessa var de vanligast förekommande svaren och de förekom, utifrån frekvens, i den ordning de redovisats ovan. Andra svar som förekom var att det finns tillgång till tolkhjälp, att mottagningen har barnfokus, att även gömda barn har rätt till utredning och behandling, samt att alla barn snabbt erbjuds tid för behandling och utredning.

I verksamhetsberättelserna för 2006 och 2007 uppger två områden, Sydost och Nordväst, aktivt arbete med barnkonventionen. Sydost uppger att de arbetat med barnkonventionen lokalt på konferenser/planeringsdagar, och Nordväst redovisar att två av verksamhetsområdets enhetschefer utarbetat ett diskussionsunderlag kring bland annat barnkonventionen. I övrigt beskriver samtliga verksamhetsområden att deras arbete på ett mer indirekt sätt genomsyras av barnkonventionen, i linje

med vad som framkom i 2006 års enkät. Sydväst skriver exempelvis att barnet sätts i främsta rummet och får komma till tals. Vidare påpekas att tillämpning av barnkonventionen är reglerad i verksamhetens lagstiftning genom skyldighet att anmäla till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa. Det poängteras också att asylsökande och gömda barn har rätt till Barn- och ungdomspsykiatrins insatser. I Nordosts verksamhetsberättelse redovisar BUP Danderyd att individen ska bemötas med respekt och att vård ska erbjudas utifrån behov, oavsett kön, ålder, social och etnisk bakgrund. BUP Täby betonar att samtalen sker på en nivå som är anpassad efter barnets ålder och funktionsnivå, och att barnet delges bedömningar och deltar i planering av vården.

Sydost beskriver i sin verksamhetsberättelse, utöver aktivt arbete med konventionen i olika konferenser, tre artiklar i barnkonventionen som präglar arbetet. Artikel 3, om barnets bästa, kommer in i allt arbete inom BUP. Artikel 5, om föräldrars ledning, finns med genom att föräldrarna alltid involveras, direkt eller indirekt, i arbetet med barnen, och att både föräldrars och barns uttryckta behov och önskemål påverkar behandlingsuppdragets utformning. Artikel 12, om barns rätt att bli hörda, nämns också som viktig, framförallt i familj- och nätverksbehandlingar. BUP Globen redovisar en strävan efter att fördela resurserna jämt mellan barn i olika åldrar, härkomst och kön. Bland mottagningarna i Nordväst betonar BUP Jakobsberg och BUP Kungsholmen bl a att barn och ungdomar som besöker dem har rätt till delaktighet och inflytande över egna utrednings- och behandlingsinsatser. BUP Kungsholmen skriver också att det två gånger per termin anordnas en konferens i samarbete med socialtjänsten och vuxenpsykiatri för att öka uppmärksamheten kring barn med psykiskt sjuka föräldrar. BUP Järva beskriver att man talar med barnet på ett sätt så att de ska kunna förstå vad en kontakt på BUP innebär. BUP Solna lyfter fram Finska teamets arbete med hänvisning till artikel 30, om språkliga minoriteters rätt till sitt eget språk, och artikel 8, om barns rätt att behålla sin identitet.

Utvärdering och uppföljning av behandlingsinsatser

För att kunna bedöma och utveckla sina vårdinsatser är det av avgörande betydelse att ha tillgång till olika typer av återkoppling på det utförda arbetet. I enkäten som skickades ut till de lokala öppenvårdsmottagningarna ställdes en fråga om på vilket sätt och i vilken utsträckning resultaten av behandlingsinsatser på mottagningarna utvärderas. Svaren kan delas in i tre övergripande kategorier, se tabell 8:

Tabell 8. Utvärdering av behandlingsinsatser.

Svarskategori	Antal mottagningar
Sytematiskt, eller med viss systematik	2
Ej systematiskt	11
Inte alls, eller mycket lite	3

En majoritet av svaren tillhör kategorin ”Ej systematiskt”. Svar som insorteras i denna kategori beskriver att uppföljning av behandlingsresultaten görs i viss mån. Den består dock oftast av en genomgång av vad som gjorts och vad man kommit fram till gemensamt med föräldrarna vid avslutningen av en behandling. Det kan också förekomma enkäter för uppföljning, men inte återkommande och rutinmässigt. Även svar som har beskrivit att man ibland kontaktar familjerna en tid efter avslutad behandling har insorteras i kategorin ”Ej systematiskt”.

De mottagningar som i enkäterna har beskrivit en mer systematisk uppföljning av behandlingsresultaten har bland annat nämnt självskattningsformulär samt skattningsformulär

rörande den terapeutiska alliansen och patientens syn på behandlingen. Det globala funktionsmättet C-GAS, som är en variant av GAF anpassad för barn och ungdomar, nämns också i dessa fall där uppföljning görs ”systematiskt, eller med viss systematik”.

De tre återstående mottagningar som redovisat att de för närvarande inte bedriver någon uppföljning av behandlingsresultaten har inte utvecklat sina svar mer än så. Vad gäller bedömningar med C-GAS har det dock framkommit att även dessa mottagningar gör sådana. Det framstår alltså som att det på de olika öppenvårdsmottagningarna råder skilda uppfattningar om vad det innebär att följa upp sina insatser.

Under rubriken Utredningsmetoder i denna rapport (s 6) finns mottagningarnas rapporterade användning av GAF/C-GAS för 2006 och 2007 återgiven. Där framgår att användandet av funktionsbedömningar har ökat. De barn och ungdomar som innefattas i statistiken är alla patienter över fyra år, som har minst tre registrerade besök och har avslutat sin behandling. Andelen funktionsbedömda patienter mellan de olika mottagningarna varierade. År 2006 var spridningen större jämfört med 2007. Den genomsnittliga andelen patienter som erhållit en funktionsbedömning ökade med 11 procent från år 2006 till 2007.

Kompetensutveckling

Ett viktigt syfte med omorganisationen av Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms län var att kunna erbjuda en bredare kompetens på de lokala öppenvårdsmottagningarna. Genom att skapa färre mottagningar med fler medarbetare på varje enhet gavs förutsättningar för detta. I den enkät som gick ut till samtliga öppenvårdsmottagningar 2006 fanns möjlighet att påpeka kompetensutvecklingsbehov, bland annat vad gällde utrednings- och behandlingsarbete.

Beträffande behovet av utveckling inom utredningskompetens ansåg de flesta mottagningar sig sakna endast någon eller par specifika kompetenser. Ett kompetensområde som dock nämndes särskilt av flera mottagningar var neuropsykiatrisk utredningsmetodik. Hälften av de lokala öppenvårdsmottagningarna uppgav att de var i behov av mer kompetens inom det neuropsykiatriska området.

I stort sett samtliga lokala öppenvårdsmottagningar identifierade ett behov av ny eller fördjupad kompetens inom behandlingsmetodik. Bilden av vilka behandlingskompetenser som behövde utvecklas var dock ännu mer splittrad än för utredningskompetenser. Några områden där ökad kompetens efterfrågades nämndes dock av fler än en mottagning. Dessa var:

- KBT
- Samspelsbehandling (främst Theraplay)
- DBT
- Metodik för behandling av neuropsykiatriska patientgrupper
- Metodik för behandling av utagerande ungdomar

Av dessa var det endast KBT och samspelsbehandling som togs upp av fler än två mottagningar. Detta ger en sammantagen bild av en barn- och ungdomspsykiatrisk organisation som inte är fulländad kompetensmässigt, men som heller inte generellt saknar någon viss typ av kompetens. Undantaget från detta är spetskompetens inom neuropsykiatrisk utredningsmetodik.

Vad gäller förutsättningarna för kompetensutveckling var dessa enligt enkäten relativt goda. En majoritet av de tillfrågade ansåg att möjlighet fanns att både bredda och fördjupa sin kompetens, och att stöd från arbetsgivaren fanns för detta.

I Barn- och ungdomspsykiatrins verksamhetsberättelser är informationen om kompetensutveckling mycket knapphändig. Då detta sannolikt beror på avsaknaden av en sådan rubrik i verksamhetsberättelserna, snarare än det speglar den faktiska situationen gällande kompetensutveckling ute på mottagningarna, kommer detta inte att redovisas här.

Specialiserad öppenvård

Den specialiserade öppenvården inom Barn- och ungdomspsykiatri består av ett antal läns gemensamma enheter som är specialiserade inom olika områden. Totalt finns sex permanenta enheter och två tidsbegränsade projekt som ska verka i hela Stockholms län:

- **Flyktingenheten:** Målgruppen är barn och ungdomar, samt deras familjer, med en barnpsykiatrisk problematik kopplat till migration. Arbetar både med asylsökande och de som fått uppehållstillstånd.
- **BUP Bågen:** Riktas till barn som upplevt våld i familjen, huvudsakligen mellan vuxna.
- **BUP Vasa:** Arbetar med barn, ungdomar och deras familjer vid misstänkta eller bekräftade sexuella övergrepp.
- **Samverkansklassteamet:** Ger konsultation till personal som arbetar med barn som går i samverkansklass.
- **BUP Signal:** Tar emot barn och ungdomar med tvångssyndrom och utagerande beteendestörningar.
- **Psykoterapimottagningen för barn och ungdomar med funktionshinder:** Målgruppen är barn med omfattande funktionshinder och stora känslomässiga svårigheter. Det kan röra sig om barn med utvecklingsstörning, rörelsehinder eller förvärvade funktionshinder.
- **MAsT - Mobilt asylteam (projekt):** Ett projekt som startade 2005. Vänder sig till familjer med barn som uppvisar uppgivenhetssymtom.
- **DBT-projektet (projekt):** Ett projekt som funnits sedan 2005. Erbjuder dialektisk beteendeterapi (DBT) till barn och unga med återkommande självskadebeteende och/eller drag av emotionellt instabil personlighetsstörning.

Uppdraget för enheterna skiljer sig något utifrån deras respektive inriktning, men innefattar bland annat kliniskt arbete (både individuellt och i grupp), att hålla sig uppdaterade på ny forskning och kunskap inom det egna området, kunskapsspridning till övriga delar av BUP-organisationen och andra samverkanspartners, metodutveckling, konsultation samt handledning. Denna uppföljning av den specialiserade öppenvården har skett genom intervjuer med representanter för de olika specialenheterna, samt med deras verksamhetschef.

Syftet med specialiserad öppenvård

Skälet till att ha en läns gemensam specialiserad öppenvård är bland annat att vissa patientgrupper med stora behov och komplicerade ärenden kräver en särskild kompetens för att adekvat behandling ska kunna erbjudas. Dessutom är vissa av dessa patientgrupper så pass små att kompetensen inte kan finnas på varje enskild öppenvårdsmottagning. Ibland behövs en vanekunskap byggas upp, och när den aktuella problematiken är sällsynt får de enskilda mottagningarna inte den erfarenhet av patientgruppen som är nödvändig för att bygga upp denna kunskap. Utöver att erbjuda behandling är en stor poäng med specialenheterna också kunskapsspridning. Enheterna uppmärksammar kunskapsutvecklingen inom specialområdena och för denna kunskap vidare ut i BUP-organisationen. De olika enheternas inriktning har inte enbart styrts av vilka patientgrupper som har de största behoven. Bland annat patientorganisationer, som har inflytande på beställare och politiker, har också haft betydelse för hur den specialiserade öppenvården utformats. Enligt verksamhetschefen är ett resultat av detta att barn med välorganiserade föräldrar har en möjlighet att få mer än barn vars

föräldrar har svårare att organisera sig, såsom många av socialtjänstens klienter, trots att behoven ibland kan vara de omvända. Enligt verksamhetschefen är detta bekymmersamt ur ett jämställdhetsperspektiv.

Kompetens- och behandlingsutbud

De utbildningsbakgrunder som är vanligast förekommande vid specialenheterna är psykologer och socionomer, varav många är utbildade psykoterapeuter. Andra yrkeskategorier som återfinns vid enheterna är psykiatriker, sjuksköterskor, speciallärare och beteendevetare. De flesta enheter erbjuder både individ- och gruppbehandling. Traumakompetens finns ofta och många har utbildning i familjeterapi. Vid enheterna arbetar man ofta teamorienterat, något som upplevs positivt av de flesta då de olika kompetenserna och synsätten befruktar varandra och kommer de enskilda patienterna till godo.

Vilket behandlingsutbud som erbjuds på enheterna skiljer sig åt beroende på enhetens inriktning. DBT-projektet och BUP Signal som uteslutande arbetar med KBT är två enheter som arbetar med en specifik metod, vilket naturligtvis påverkar valet av arbetsmetoder, medan andra enheter har en större bredd i behandlingsutbudet. Samverkansklassteamet arbetar främst med konsultation för personal, och erbjuder inte behandling. Flera av de intervjuade betonar vikten av hålla sig à jour med kunskapsutvecklingen inom det egna området, oavsett om den berör en specifik behandlingsmetod eller en viss patientgrupp. Detta är viktigt eftersom en av specialenheternas uppgifter vid sidan av patientarbete är kunskapsspridning.

Patienter

Samtliga enheter anser att deras patienter överlag får en bra hjälp och förbättringar i symtombilden efter genomgången behandling. Ett problem är dock att flera enheter upplever att de enbart kan ta emot ett mindre antal av dem som skulle behöva hjälp. De blir tvungna att hänvisa vissa patienter till de lokala öppenvårdsmottagningarna trots att kompetensen att bemöta och behandla den aktuella patientgruppen inte är lika hög där. Det kan också vara långa väntetider för patienter som väntar på att få påbörja gruppterapi för en viss åldersgrupp.

Det finns enligt de intervjuade vissa patientgrupper med stort behov av behandling som inte får den hjälp de behöver. Detta kan bero på att patienterna inte ingår i enheternas uppdrag och att enheterna inte har möjlighet att erbjuda behandling till alla som skulle behöva det samtidigt som kompetens saknas på de lokala öppenvårdsmottagningarna. Grupper som nämns av de intervjuade är barn som utsatts för våld av vuxna (BUP Bågen arbetar främst med barn som bevittnat våld i hemmet), barn som förgriper sig sexuellt på andra barn, ungdomar som kommit ensamma som flyktingar med en starkt utagerande problematik, barn med tvångssyndrom och barn och ungdomar med funktionshinder.

Omorganisationens konsekvenser

BUP:s omorganisation 2005 innebar inga direkta förändringar för den specialiserade öppenvårdens verksamhet. Däremot beskriver de intervjuade att man märkt vissa indirekta förändringar i och med omorganisationen. Till exempel har patienter i större utsträckning hänvisats till specialenheterna under den tid då de lokala mottagningarna varit upptagna av omorganisationen. De lokala mottagningarna har heller inte under denna period haft lika mycket tid att ta till sig ny kunskap inom de områden som specialenheterna arbetar med. Samverkansklassteamet beskriver att omorganisationen inneburit att ärenden fått nya behandlare och att kontrakt har behövts göras om. De flesta är dock positiva till idén med subspecialiteter på öppenvårdsmottagningarna. Man hoppas att detta kan leda till att det går snabbare att överföra kunskap till de lokala BUP-mottagningarna, och att den egna patientgruppen därigenom kan få ett bättre bemötande där.

Vidareutvecklingsarbete och uppföljning

Vikten av indirekt arbete, såsom metodutveckling och spridning av kunskap och erfarenheter, understryks av de intervjuade. Flera menar emellertid att det inte finns möjlighet att ägna sig åt indirekt arbete i den utsträckning man skulle vilja på grund av bristande resurser. När man blir tvungen att välja prioriteras arbete som direkt gynnar patienterna. Särskilt utvärderings- och uppföljningsarbete nedprioriteras på många enheter. Dock finns undantag från detta, exempelvis DBT-projektet och BUP Signal som arbetar mycket med utvärdering. Verksamhetschefen menar att ett problem med utvärderings- och utvecklingsarbete är att man från politiskt håll fokuserar så starkt på att höja produktiviteten, d.v.s. besöksantalen, inom BUP, och att utvärderingsinsatser inte syns i statistiken. När det gäller att uppskatta hur det har gått för patienterna hänvisar flera enheter till respektive för- och eftermätningar. Dessa resultat uppges ha varit goda. Långtidsuppföljningar med patienterna ses som eftersträvansvärda men är ovanliga.

Förebyggande arbete

Med förebyggande arbete avses i denna rapport de lokala öppenvårdsmottagningarnas förebyggande arbete gentemot mödra- och barnhälsovården. Detta arbete är en del av Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag, och innebär att erbjuda konsultation, bidra till tidig upptäckt, vid behov lotsa vidare till andra vårdinsatser, samt kunna gå in med korta insatser för nyblivna eller blivande föräldrar.

Mödravårdscentralernas (MVC) och barnavårdscentralernas (BVC) synpunkter på detta arbete har inhämtats via telefonintervjuer med ett urval av mottagningar. Uppdelat efter BUP:s verksamhetsområden var fyra personer verksamma i nordost, fem i nordväst, fyra i sydväst, samt fyra i sydost. BUP:s åsikter, synpunkter och upplevelser av det förebyggande arbetet i samarbete med mödra- och barnhälsovården har inhämtats via enkäter till samtliga mottagningar samt intervjuer med enhetschefer för lokala öppenvårdsmottagningar.

Mödra- och barnhälsovårdens syn på BUP:s arbete och samarbetet

Tre frågor ställdes rörande BUP:s insatser och samarbete med Barn- och ungdomspsykiatrin. Den första avhandlade uppfattningen om samarbetet med BUP. Svaren på denna fråga var i hög grad varierande. Det fanns MVC/BVC som var mycket positiva och ansåg sig ha ett gott samarbete. Dessa hade, som de beskrev det, tillgång till regelbunden konsultation, handledning och korta insatser. Andra var istället starkt kritiska då de upplevde samarbetet som bristfälligt på ett eller flera områden. Noterbart är att i många fall där gott samarbete beskrivs så tas en enskild psykolog upp som en bra och tillgänglig samarbetspartner, medan flera av de negativa beskrivningarna är mer generaliserade till Barn- och ungdomspsykiatrin i sin helhet.

Vidare ställdes en fråga om hur MVC/BVC uppfattar Barn- och ungdomspsykiatrins tillgänglighet och dess resurser för samarbete. Detta uppfattas generellt inte som något problem och väntetider försvårade i allmänhet inte arbetet för de intervjuade. Den brist i tillgänglighet som MVC/BVC kunde beskriva var att medarbetare på BUP bara kom till mottagningen en gång per månad i en till en och en halv timme, vilket ansågs vara för lite. Vad gällde korta insatser till blivande eller nyblivna föräldrar påpekades att BUP vill att föräldrarna själva skall ringa till den lokala öppenvårdsmottagningen. Detta kunde vara ett problem då mammor/föräldrar ofta inte ansågs kapabla att ta kontakt med BUP, alternativt ”inte själva inser problemet”. Ett annat problem som lyftes fram av BVC-mottagningarna var att det vid korta insatser till föräldrar, där inte BVC var direkt involverade, inte fanns något system för uppföljning av kontakten mellan föräldrarna och BUP. Detta handlade alltså om en upplevelse av bristande feedback.

Gällande MVC/BVC:s behov och efterfrågan av de barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarnas insatser såg svaren även här mycket olika ut beroende på vem som tillfrågats. De positiva upplevelser som beskrevs i intervjuerna kunde se ut enligt följande:

”Ja, de ställer upp.” (MVC)

”Vi har många fall i vårt område och jag tror att BUP har insett det nu. Vi har fått ”bråka” länge för att få hjälp från BUP. Nu har de avsatt två psykologer som bara jobbar med barn upp till 6 år. Vi får både handledning och konsultation.” (BVC)

Det fanns dock även en hel del problem som togs upp:

”Behovet är näst intill omätligt. Jag tror att BUP är mer strikt i vad man tar emot. Tidigare kunde de ta samtal och sedan lotsa vidare. Nu får sjuksköterskan lotsa vidare och vi behöver mer handledning i det.” (BVC)

Att BUP inte hjälper till med att ”lotsa vidare” patienter som har behov av andra vårdinstanser tas upp av flera personer som intervjuats. Detta ingår, som beskrivits ovan, i uppdraget. Ett annat och eventuellt relaterat problem angående uppfattningarna om BUP:s resurser i relation till MVC/BVC:s behov har att göra med de olika organisationernas perspektiv på vad arbetet skall innehålla. Ett exempel på denna problematik är de uppfattningar som finns beträffande handledning. Både MVC och BVC beskriver behov av handledning och att BUP:s insatser i detta avseende är bristfälliga. I Barn- och ungdomspsykiatrins uppdragsbeskrivning finns dock ej handledning beskriven. Här krävs alltså ett förtydligande för alla involverade och en eventuell omformulering eller utökning av uppdraget om det finns behov av, önskemål om samt möjlighet till att BUP handleder MVC och BVC. För närvarande upptas bara handledning av samma profession inom ramarna för mödra- och barnhälsovårdens egna uppdrag.

Slutligen ställdes en fråga till medarbetare på MVC/BVC om kvaliteten i Barn- och ungdomspsykiatrins insatser, med följdfrågor om vad som var bra samt vad som kunde förbättras. Svaren fokuserade i stort sett genomgående på förbättringsbehov. Bland svaren fanns dock uttryck för positiva upplevelser. En MVC sa till exempel: *”Har gått framåt tack vare samverkansgrupper”*. Följande citat utgör talande exempel på sådant som MVC/BVC ansåg att Barn- och ungdomspsykiatrin behöver förbättra:

”Att de tar mer. Inte bara föräldraskap. Sälla och skicka vidare så inte MVC behöver göra det, vi har ej den kunskapen.” (MVC)

”Resurser på basnivå. Nu är de bara specialister.” (BVC)

”Kontinuitet. Vilken psykolog vi får prata med. Att man kan säga vilken psykolog föräldrar får prata med. Samarbete med en eller två stycken.” (BVC)

Sammanfattningsvis kan beskrivningarna av Barn- och ungdomspsykiatrins förebyggande arbete, utifrån MVC/BVC:s uppfattningar och upplevelser, beskrivas på följande sätt:

De mottagningar som var positiva hade:

- En bra kontakt med BUP
- Regelbunden handledning, konsultation samt BUP tillgänglig för korta insatser

De mottagningar som var negativa:

- Saknade bra personlig kontakt
- Menade att BUP inte tar sig an nyblivna eller blivande föräldrar
- Saknade handledning
- Påpekade att BUP inte ringer tillbaka till mamman/föräldrarna

BUP:s uppfattning om egna resurser och MVC/BVC:s behov

De flesta av mottagningarna ansåg sig ha tillräckliga resurser för att möta de behov MVC uppfattades att ha av konsultation och övriga insatser från BUP:s sida (se tabell 9). Ett tydligt undantag är det nordvästra verksamhetsområdet där tre av fem mottagningar uppfattar att MVC:s behov är större än vad mottagningen kan möta. Sett till samtliga öppenvårdsmottagningar som svarade på enkäten, anger den genomsnittliga mottagningen att de har resurser som är jämbördiga med de behov som upplevs

från MVC:s sida. Endast en mottagning ansåg sig ha mer resurser för konsultation än vad som efterfrågas, medan fyra enheter menar att MVC efterfrågar mer än vad BUP har resurser att erbjuda.

Tabell 9. MVC:s behov i jämförelse med BUP:s resurser.

MVC:s behov jämfört med era resurser?	Antal mottagningar	Procent
Vi klarar mer	1	7
Jämbördigt med resurserna	10	667
Större behov än vi kan möta	4	27
Totalt	15	100

Samma fråga som ställts om samarbetet gentemot mödrahälsovården ställdes även om samarbetet med barnhälsovården. Generellt sett upplevdes BVC:s behov, i relation till BUP:s resurser, som något större än MVC:s (se tabell 10).

Tabell 10. BVC:s behov i jämförelse med BUP:s resurser.

BVC:s behov jämfört med era resurser?	Antal mottagningar	Procent
Vi klarar mer	1	7
Jämbördigt med resurserna	8	53
Större behov än vi kan möta	6	40
Totalt	15	100

Tillgång till mellanvård

Enligt 2005 års uppdragsbeskrivning för barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet består mellanvårdens uppdrag av att förstärka den lokala öppenvården och erbjuda insatser utöver vad poliklinisk mottagningsvård kan ge. Mellanvården ska bland annat genom mobila team kunna erbjuda insatser i hemmet och andra närmiljöer. Insatserna ska karaktäriseras av hög intensitet och stor flexibilitet under begränsad tid. Vidare ska såväl akuta och snabba insatser som planerade sådana kunna erbjudas. Patienter söker inte direkt till mellanvården, utan kontakt sker via de lokala öppenvårdsmottagningarna. Den enkät som skickades till teamsamordnarna på samtliga mellanvårdsenheter bestod av ett antal frågor inom de fyra övergripande områdena personal och behandlingsutbud, patienter, samverkan och utvecklingsområden.

Personal och behandlingsutbud

Bemanningsstrukturen inom de olika teamen är ungefär densamma. Alla team uppger att de har psykolog, socionom, skötare/behandlare och sjuksköterska. Några har också specialpedagog, lärare och läkare. På frågan om teamet saknar någon specifik yrkesgrupp är det flera som uppger att de saknar en läkare.

De arbetsmetoder/behandlingsalternativ som erbjuds är också relativt lika mellan de olika teamen, även om vissa skillnader fanns. De arbetsmetoder/behandlingsalternativ som nämns innefattar bland annat psykologiska utredningar, nätverksarbete, dagverksamhet, samspelsbehandling med späda barn, gruppbehandlingar, familjeterapeutisk behandling och KBT. På frågan om de upplever att någon arbetsmetod saknas inom teamet är det vanligaste svaret att det finns ett behov av ytterligare KBT-kompetens. Några nämner även att det behövs utökad neuropsykiatrisk kompetens. Andra metoder som tas upp i sammanhanget är nätverksarbete, funktionell familjeterapi (FFT) och gruppbehandling för tonåringar.

I uppdragsbeskrivningen för mellanvården står att dess insatser ska karaktäriseras av stor flexibilitet i arbetsmetodik. När exempel på detta efterfrågas nämns bland annat anpassbarhet gällande plats för insatserna, som att träffas hemma hos patienten eller i andra delar av dennes närmiljö, som skola eller förskola, på en restaurang eller ett kafé, att ha lektion i lärarens bil etc. Det finns även en flexibilitet kring intensiteten på insatserna, det vill säga hur ofta och hur länge man träffas. Några tar också upp att gruppbehandling för vissa typer av problematik erbjuds utöver individuell behandling, något som kan vara svårt att göra på de lokala BUP-mottagningarna på grund av det begränsade befolkningsunderlaget.

Patienter

Införandet av mellanvårdsenheter har inneburit att nya patientgrupper tillkommit eller uppmärksammas. De vanligaste är s.k. hemmasittare och barn/ungdomar med social fobi. En annan grupp är ungdomar/familjer som av andra skäl haft svårt att ta sig till öppenvårdsmottagningen, till exempel barn och ungdomar med en förälder med psykisk sjukdom. Hembesök är en viktig del av arbetet med dessa grupper, liksom nätverksarbete och samverkan med till exempel skola och socialtjänst. En annan del av arbetet består i att förändra rutiner som upprätthåller problematiken, exempelvis att begränsa datoranvändande och ändra dygnsrytmen. Vid social fobi är exponeringsövningar, d.v.s träning i att utsätta sig för sociala situationer och därigenom minska det upplevda obehaget i dessa situationer, en metod som används.

En av tankarna då mellanvårdsformen tillkom var att den skulle kunna fungera som en instans mellan öppenvården och klinikvården, för att påskynda och underlätta utskrivning från kliniken samt förhindra inskrivning. Enligt teamsamordnarna utgör dessa ärenden en mycket liten andel av deras

patientkontakter, men det är en mycket resurskrävande grupp. Framförallt i inledningsskedet av kontakten krävs intensiva insatser, som sedan ofta kan trappas ned efterhand. Arbetet med dessa patienter innebär också samverkan med klinik och de lokala mottagningarna. En metod som beskrivs av vissa team för att förhindra inskrivning på klinik är inläggning i hemmet. Detta innebär att ett av barnets föräldrar sjukskriver sig för att vara hemma med barnet, i kombination med att MV gör täta hembesök och ger föräldrastöd.

Enligt uppdragsbeskrivningen ska mellanvården, trots att de inte har något akutangsvar, också kunna erbjuda snabba och akuta insatser. Dessa insatser förekommer, men är relativt ovanliga. Oftast handlar det om patienter med suicidnära problematik, det kan också röra sig om aggressionsutbrott eller krissituationer. Rutinerna för akuta ärenden verkar vara ganska lika mellan teamen. Beslut fattas om vilka i teamet som kan frigöras för att ta hand om ärendet, helst då i diskussion med teamsamordnare eller enhetschef. Omprioriteringar får göras och planerade besök får eventuellt ställas in. Ibland kan dessa ärenden också sträcka sig utanför ordinarie arbetstid.

Enkäten innehöll även ett antal frågor rörande intensiteten på mellanvårdens insatser. En behandling varar i snitt ca 4 månader, och patienten träffar MV i genomsnitt knappt två gånger i veckan. Svaren varierade något på denna punkt, från en gång/vecka till 2-3 gånger/vecka. Den genomsnittliga längden på ett besök angavs till knappt 90 minuter. Man uppgav vidare att en anställd har 6-7 timmars restid/vecka.

Samverkan

De flesta ansåg att samverkan med de lokala öppenvårdsmottagningarna fungerar ganska bra. Några menar att den varierar från fall till fall. Det finns mellan 3 och 5 öppenvårds-mottagningar i respektive verksamhetsområde, så mellanvårdsenheterna samarbetar med flera olika lokala öppenvårdsmottagningar. På frågan om deras MV-enhet konsulteras lika mycket av av de olika mottagningarna i verksamhetsområdet med hänsyn taget till respektive mottagnings befolkningsunderlag, svarade 6 av 7 teamsamordnare nej. Som skäl till detta angavs bland annat skillnader i geografiskt avstånd mellan mellanvården och de lokala öppenvårdsmottagningarna, och att man kommit olika långt i samverkansarbetet med respektive mottagning. Flera nämnde även att det också finns skillnader mellan hur mycket olika personer på samma mottagning kontaktar MV, delvis beroende på huruvida det finns upparbetade kontakter eller inte, och delvis beroende på skillnader i tilltro till MV:s arbetsmetoder.

När det gällde samverkan med klinikvården tyckte de flesta att den fungerar ganska bra. Flera uppgav dock att samverkan med kliniken är väldigt ovanlig, eftersom kontakten med kliniken alltid tas av de lokala öppenvårdsmottagningarna. Det var även flera som efterlyste en förbättrad samverkan mellan de lokala öppenvårdsmottagningarna, klinikerna och mellanvården vid ärenden rörande utslussning eller förhindrande av inskrivning av patienter.

Utvecklingsområden

På frågan inom vilka områden som mellanvårdens verksamhet skulle kunna utvecklas på sikt är svaren varierande, även om vissa områden nämns av flera personer. Nedan följer en sammanfattning av de områden som togs upp.

- Bättre samverkan med de instanser som är inkopplade i arbetet med en patient/familj: skola, socialtjänst, LSS, de lokala öppenvårdsmottagningarna, kliniken, vuxenpsykiatri etc. Nästan alla teamsamordnare uppgav samverkan i någon form som ett utvecklingsområde
- Metodutveckling, främst specifika arbetsmetoder för MV i hem- närmiljö
- Utveckla akuta insatser kring suicidnära patienter genom att samordna insatser med klinik och mottagning
- Erbjuder fler gruppbehandlingar och till nya patientgrupper
- Kompetenshöjning, främst inom KBT och neuropsykiatri

I enkäten efterfrågades även konkreta exempel på utvecklingsarbete under 2008. Här fanns en stor samstämmighet inom flera områden, nedan nämns några som togs upp av flera svars personer.

- PIF (psykiatri i förändring), ett projekt för utvecklingsarbete med fokus på nya arbetssätt, ökad tillgänglighet, högre effektivitet och förbättrad arbetsmiljö
- Utbildningar i KBT och FFT
- Utveckla gruppverksamhet för t.ex. social fobi och små barn och deras föräldrar
- Samverkan mellan MV, öppenvårdsmottagningarna och klinikvården

Patientorganisationernas syn

I de telefonintervjuer som genomfördes med representanter för olika patientorganisationer ställdes en fråga om tillgång till mellanvård. De flesta sade sig inte ha märkt någon förändring i och med mellanvårdsenheternas tillkomst, vilket enligt en intervju person skulle kunna tolkas som att det fungerade bra, eftersom de mest får synpunkter från sina medlemmar när något *inte* fungerar bra. Dock menade en av de intervjuade att det fanns brister inom mellanvården gällande tillgång till behandling för självskadebeteende. Representanten för Attention beskrev att organisationens medlemmar varit mycket positiva till mellanvården, och att det som mellanvården erbjöd verkade passa bra för barn och ungdomar med neuropsykiatriska problem.

Likvärdigt innehåll

En del av uppdraget bestod i att utforska tillgången av evidensbaserat kompetens- och behandlingsutbud för barn och deras familjer i olika delar av länet. Ingen kartläggning eller analys inriktad specifikt mot denna frågeställning har gjorts, däremot kan flera generella slutsatser dras utifrån tidigare redovisade resultat i denna rapport.

Kompetens- och behandlingsutbud

Utifrån redovisningarna av mottagningarnas kompetens- och behandlingsutbud kan sägas att utvecklingen vad gäller ett likvärdigt innehåll över länet går framåt. Från 2006 till 2007 har antalet representerade subspecialiteter på mottagningarna ökat (med reservation för att rapportering från ett verksamhetsområde saknas), liksom antalet behandlingsmetoder, även om vissa skillnader fortfarande finns. Det finns exempelvis stora skillnader mellan norra och södra länet vad gäller tillgång till neuropsykiatriska utredningar. Vidare kan inte föräldragrupper erbjudas på alla mottagningar, inte heller gruppbehandling för barn och ungdomar.

Förebyggande arbete

Med utgångspunkt i mödra- och barnhälsovårdens beskrivningar av Barn- och ungdomspsykiatrins förebyggande arbete kan likvärdigt innehåll inte sägas råda i länets olika delar. MVC/BVC:s omdömen varierar dock kraftigt och skiljer sig från en mottagning till en annan. Det är därför svårt att på till exempel verksamhetsområdesnivå säga att tydliga skillnader finns i innehållet. De områden som skiljer sig en aning från övriga är Nordväst och Sydost som rapporterade större svårigheter med att möta både MVC:s och BVC:s behov. Detta återspeglades till viss del av hur MVC/BVC-mottagningar i dessa områden beskrev samarbetet, men som diskuterats tidigare så är det tveksamt om kritik från MVC/BVC mot Barn- och ungdomspsykiatrins insatser uteslutande beror på BUP:s innehåll. Det handlar kanske åtminstone delvis mer om organisations- och kommunikationssvårigheter.

Tillgång till mellanvård

Eftersom det endast finns en mellanvårdsenhet per geografiskt verksamhetsområde, med större upptagningsområde per enhet än de lokala mottagningarna som följd, så är det fler individer som påverkas av eventuella brister/skillnader i kompetens- och behandlingsutbudet. Utifrån den enkät som samlades in 2008 kan konstateras att inga iögonfallande skillnader med avseende på kompetens- och behandlingsutbud finns mellan de olika mellanvårdsenheterna. Jämfört med vad som beskrevs i 2006 års enkäter, då enheterna var relativt nybildade, har situationen förbättrats. Vissa skillnader kvarstår dock mellan enheterna. Exempelvis så redovisar Nordväst att KBT-kompetensen behöver utökas, då den kompetens de har i nuläget inte motsvarar efterfrågan från de lokala mottagningarna. Även Nordost menar att KBT-kompetensen behöver utökas, och säger vidare att detta även gäller den neuropsykiatriska kompetensen.

Samverkan med kommunerna

Enkätundersökning

En enkät om BUP:s samverkan med kommunerna skickades under 2007 till representanter för skola och socialtjänst i länets samtliga kommuner och stadsdelar. Resultatet av enkäten visade att det verkar finnas vissa brister i samverkan mellan BUP och kommunerna, och att det är fler som tycker att samverkan försämrats sedan omorganisationen än de som tycker att den förbättrats. Samtidigt ansåg nära hälften av de svarande att samverkan överlag varken blivit bättre eller sämre sedan omorganisationen. En större andel av de svarspersoner som arbetar inom skolan än de som arbetar inom socialtjänsten tycker att samverkan överlag försämrats sedan omorganisationen.

Omorganisationen 2005 innebar att BUP-mottagningarna i flera kommuner och stadsdelar upphörde som ett resultat av sammanslagningar till färre men större mottagningar. När de svarande delas in efter om de arbetar i en kommun som blivit av med en BUP-mottagning i och med omorganisationen eller inte, är det fler bland dem som mist en BUP-mottagning som tycker att samverkan fungerar dåligt än bland dem som inte mist en mottagning. Fler av dem som blivit av med en mottagning anser också att samverkan försämrats sedan omorganisationen.

Vidare undersöktes flera delasppekter av samverkan i enkäten, såsom *BUP:s tillgänglighet när det gäller att få kontakt, samverkan med BUP vid samordnat arbete* (då barnet/ungdomen har hjälpbehov från både skola/socialtjänst och psykiatri) och *samarbete kring utredningar som initierats av skolan/socialtjänsten*. Även kring dessa delasppekter, liksom vid den sammanfattande uppfattningen av samverkan, finns ett större missnöje bland dem som arbetar inom skolan, och bland dem som arbetar i en kommun som blivit av med sin BUP-mottagning i och med omorganisationen.

Tre områden där det enligt resultaten av enkäten finns stort utrymme för förbättring är BUP:s resurser för samarbete, återkoppling från BUP efter behandlingsinsatser samt samsyn vad gäller ansvarsgränser. När det gäller BUP:s resurser för samarbete anser mer än fyra femtedelar av alla tillfrågade att dessa är otillräckliga, och drygt en tredjedel tycker att BUP:s resurser för samarbete försämrats i och med omorganisationen. Nära två tredjedelar av de som besvarat enkäten uppger att de inte får återkoppling av BUP efter behandlingsinsatser. Dock ansåg de flesta detta vara oförändrat sedan omorganisationen. Gällande samsynen kring ansvarsgränser menar hälften av alla svarspersoner att det finns liten samsyn, och endast 12 procent anser att samsynen är stor. Bland dem som blivit av med en BUP-mottagning anser nära tre fjärdedelar att det endast finns liten samsyn. Det är dock värt att notera att en förhållandevis liten andel av alla svarspersoner anser att det blivit mindre samsyn sedan omorganisationen, och mer än hälften av alla svarspersoner anser att samsynen är oförändrad. Detta gäller även bland dem som mist en BUP-mottagning i samband med omorganisationen.

Samverkan med kommunerna enligt BUP:s verksamhetsberättelser

I de fyra verksamhetsområdenas verksamhetsberättelser för 2006 och 2007 återfinns redogörelser för samverkan med kommunen. Samtliga verksamhetsområden uppger att de två största samverkanspartnerna är skolan och socialtjänsten, och att samverkan med dessa sker både på strukturell nivå, genom exempelvis BUS-samarbete, och på individnivå genom konsultationer och dylikt. Vissa skillnader mellan verksamhetsområdena finns när det gäller samverkansomfattningen och vilka projekt som pågår ute på de olika lokala öppenvårdsmottagningarna.

Samtliga mottagningar i Verksamhetsområde Nordost redovisar ett omfattande samarbete med skolan, såväl övergripande genom BUS-arbete och möten med elevvårdspersonal som kring enskilda barn och ungdomar. Konsultation erbjuds i särskilda ärenden. BUP Sollentuna beskriver ett utvecklat BUS-samarbete kring ett projekt med syftet att förebygga utagerande aggressivt beteende hos barn med ADHD och liknande problematik. I Danderyd uppges ett kontinuerligt samarbete ske mellan

Basteamen och skolan. Samtliga mottagningar beskriver också ett omfattande samarbete med socialtjänsten genom BUS-samverkansmöten ca fyra gånger per år, samt genom regelbunden konsultation och insatsplanering i särskilda ärenden. BUP Danderyd rapporterar att kontakten med LSS-handläggare har ökat i takt med ett ökat antal neuropsykiatriska utredningar vid upprättandet av gemensamma vårdplaner. BUP Sollentuna beskriver ett ovanligt samarbete med familjeenheten på socialtjänsten där läkare från BUP undersöker barn som ska familjehemsplaceras.

Inom Nordväst uppger samtliga BUP-mottagningar att samarbetet med skola och socialtjänst sker genom två eller flera möten per år enligt BUS-överenskommelsen. I 2007 års verksamhetsberättelse rapporterar dock BUP Kungsholmen att en organisationsförändring inneburit att BUP inte längre träffar skolans representanter i BUS-samarbetet, vilket medfört en försämring när det gäller samordning. Utöver BUS-samarbete förekommer regelbundna möten med skolhälsovården och elevhälsan. BUP Jakobsberg redovisar även att mottagningens personal har kontaktmannaskap mot skolorna inom mottagningsområdet. Samtliga mottagningar uppger att en stor del av samarbetet med både skola och socialtjänst sker i enskilda patientärenden. Omfattningen av detta samarbete varierar mellan mottagningarna. Med skolan beskrivs samarbete mellan psykolog, föräldrar och lärare med regelbundna möten för att planera specifika insatser för enskilda barn. Samverkan med socialtjänst sker främst genom regelbundna konsultationsträffar och telefonkonsultationer. BUP Kungsholmen beskriver även samrådsteamet inom Barncentrum, där två behandlare från mottagningen ingår, som ett viktigt samarbete med socialtjänsten.

Även i verksamhetsområde Sydväst rapporterar samtliga mottagningar om samverkan med skola och socialtjänst på både strukturell nivå genom BUS-samarbete samt i enskilda utredningsärenden, direkt patientarbete och konsultationer. Olika typer av samverkansprojekt förekommer också på flera mottagningar. BUP Södertälje beskriver samverkan med socialtjänsten i ett projekt för barn till föräldrar med psykisk störning samt i ett projekt kring barn utsatta för sexuella övergrepp och familjerelaterat våld. BUP Botkyrka skriver att representanter för mottagningen deltar i kommunens projekt om våld i familjen och hedersrelaterat våld. BUP Botkyrka har även ett samarbete med socialtjänsten i en samverkansgrupp där bl.a. polis ingår, kring barn som misstänks ha blivit utsatta för misshandel eller sexuella övergrepp. BUP Skärholmen rapporterar ett samarbete med socialtjänsten genom Barn Centrum kring barn utsatta för sexuella övergrepp/våld i nära relationer.

Alla BUP-mottagningarna i verksamhetsområde Sydost redovisar i sina verksamhetsberättelser samverkan med skola och socialtjänst på strukturell nivå genom BUS-samarbete. BUP Ektorp rapporterar om samverkan på handläggare-/behandlarnivå med både skola och socialtjänst. BUP Farsta har utöver BUS-samarbetet även samverkansmöten med elevvården. Mottagningen har också kontaktpersoner för socialtjänsten i varje stadsdel. BUP Handen erbjuder telefonkonsultation till socialtjänsten i de tre kommunerna i upptagningsområdet. Gruppkonsultation erbjuds till socialtjänsten i Nynäshamns kommun. BUP Globen deltar i ett nätverk med socialtjänst vuxenpsykiatri och ungdomsmottagning. Vidare sker samverkansmöten med elevvårdsteamerna en till två gånger per termin. Kontaktpersoner riktade mot skolor och socialtjänst är utsedda för att utveckla bättre kanaler kring konsultation och policyfrågor.

Sammanfattande diskussion och slutsatser

Förändringarna i BUP:s organisation som inleddes 2005 var inom flera områden omfattande. Exempelvis skapades nya mellanvårdsenheter, flera lokala öppenvårdsmottagningar slogs samman till ett mindre antal större mottagningar och de nya riktlinjerna kring subspecialiseringar skulle implementeras i verksamheten. Det är naturligt att en omorganisation av sådan storlek inledningsvis får konsekvenser för verksamheten. Det tar tid för de nya strukturerna att falla på plats och att få organisationens arbete att fungera i enlighet med målen för omorganisationen. Det är nu tre år sedan denna omorganisation inleddes, och utvärderande och kartläggande insatser av olika delar av BUP:s verksamhet har genomförts kontinuerligt under denna period. Detta ger en inblick i hur arbetet har utvecklats sedan organisationsförändringarna och hur det fungerar idag. Nedan kommer detta diskuteras utifrån de fem områden som fungerat som huvudrubriker i denna rapport.

Bredare kompetens och behandlingsutbud

En av de förändringar som genomfördes för att bredda kompetensen och behandlingsutbudet i samband med omorganisationen var införandet av **subspecialiteter**. I enkäten som besvarades under 2006 fanns en stor spridning mellan mottagningarna med avseende på vilka subspecialiseringar som fanns tillgängliga, antalet varierade från en till nio (akutfunktionen hade av vissa kategoriserats som en subspecialisering). Den specialisering som var mest eftersatt var autismspektrumstörningar som bara angavs av nio av de 16 mottagningarna. Även verksamhetsberättelserna från 2006 vittnar om stora variationer mellan mottagningarna. Tre av de fyra geografiska verksamhetsområdena har redovisat subspecialiseringar i 2007 års verksamhetsberättelser, men det är svårt att bilda sig en uppfattning om hur långt de kommit i detta arbete. Vissa skillnader kan dock iaktas i hur långt arbetet kommit i de olika områdena, och hur arbetet kring subspecialiseringarna strukturerats. Generellt kan dock sägas att en utveckling verkar ha skett jämfört med året innan, då det framstår som att samtliga 12 mottagningar som redovisat detta presenterar någon form av behandlingsutbud inom de åtta tillstånden. Värt att observera är att samtliga verksamhetsområden beskriver utökat arbete med små barn, men samtidigt har gruppen små barn med anknytningsstörning tagits bort ur 2007 års redovisningar. Utifrån intervjuerna med patientorganisationerna kan också en förbättring observeras, då fyra av de fem intervjuade uppgav en viss förbättring av kompetensen inom BUP rörande de egna medlemmarnas problematik jämfört med innan omorganisationen.

Vad gäller **utredningsmetoder** kan konstateras att andelen funktionsbedömningar, som kan betraktas som en del av utredningsarbetet, ökat från år 2006 till 2007. Även antalet registrerade diagnoser har ökat. En viktig del av det utredningsarbete som sker på mottagningarna är neuropsykiatriska utredningar. Efterfrågan på och antalet utförda neuropsykiatriska utredningar har ökat, och detta gäller framförallt i norra länet. Noterbart är också att väntetiderna på dessa utredningar skiljer sig ganska kraftigt åt mellan olika mottagningar, med generellt kortare väntetider i norra länet. Det kan spekuleras i om den högre tillgängligheten på neuropsykiatriska utredningar i norra länet delvis skett på bekostnad av tillgänglighet till det första besöket för nya patienter. En större andel av patienterna i norra länet har fått vänta längre än fyra veckor på sitt första besök.

Två av de patientorganisationer som intervjuats upplevde att det fanns brister i kompetensen för neuropsykiatriska utredningar. Klagomål förekom också på att olika delar av en utredning ibland sker inom olika verksamheter, vilket innebär att en patient tvingas flytta runt mellan dessa med extra väntetider som följd. Vidare påpekade flera av patientorganisationerna att stora kompetens- och tillgänglighetsskillnader fanns mellan olika mottagningar.

Vilka **behandlingsmetoder** en mottagning erbjuder och använder sig av är delvis kopplat till vilka subspecialiseringar som finns på mottagningen (se ovan). Utbudet av olika behandlingsmetoder tycks ha ökat från 2006 till 2007 utifrån verksamhetsberättelserna, men det finns skäl att tro att denna

rapporterade ökning inte enbart speglar verkligheten, utan också beror på bristande rapportering för år 2006. Det verkar i dagsläget generellt finns en tillfredställande bredd i behandlingsutbudet. Två områden där vissa brister tycks finnas är föräldragrupper samt gruppbehandling för barn och tonåringar. Dessa behandlingsinsatser verkar inte finnas tillgängliga på alla mottagningar. Värt att notera är också en kraftig ökning i farmakologisk behandling. Från 2003 till 2007 nära tredubblades förskrivningen av ADHD-läkemedel sett till antalet dygnsdoser.

Användandet av vårdplan har ökat kraftigt. År 2006 rapporterades i mottagningarnas verksamhetsberättelser att i genomsnitt endast var fjärde patient i länet hade fått en vårdplan upprättad, året efter var andelen nära två tredjedelar. Detta är en positiv utveckling. Psykoterapiforskning har visat att tydlighet rörande vad som ingår i en behandlingsplan är positivt för behandlingsresultaten. Andelen upprättade vårdplaner är lägre i verksamhetsområde Sydost än i övriga länet, något som de enligt verksamhetsberättelsen är medvetna om och aktivt arbetar med.

FN:s konvention om barns rättigheter tillämpas på samtliga av länets barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar enligt 2006 års enkät. Detta uppges även i verksamhetsberättelserna. Tillämpningen beskrivs dock i många fall svepande och övergripande. Exempel på detta kan vara att ett barnperspektiv genomsyrar mottagningens arbete, att arbetet sker med barnets bästa i åtanke och att behandlingen anpassas efter barnets behov. Dessa exempel kan dock snarast betraktas som ett naturligt resultat av att den huvudsakliga arbetsuppgiften är barn och ungdomars psykiska hälsa, snarare än en aktiv tillämpning av och ett aktivt förhållningssätt till barnkonventionen. Två av områdena anger dock konkreta exempel på tillämpning av barnkonventionen: Sydost anger exempelvis att man arbetat med den på planeringsdagar, och Nordväst har tagit fram ett diskussionsunderlag kring bland annat barnkonventionen.

Utvärdering och uppföljning är en viktig del av arbetet för att bibehålla och förbättra kvaliteten på behandlingsinsatser. Vissa brister kan konstateras i detta arbete. Utifrån enkätsvaren anger de flesta mottagningar att sådant arbete sker, men att det ofta sker med begränsad systematik. Det tycks dock finnas vissa skillnader mellan mottagningarna gällande vad som läggs i begreppen utvärdering och uppföljning. Om inte resultaten av bedömningarna samlas och går igenom för att skapa en helhetsbild av utfallen så är det kanske lättare att uppfatta detta som att ingen uppföljning görs. Det framgår också av enkätsvar och intervjuer att man i vissa fall anser att en systematisk uppföljning endast sker genom utförandet av för- och eftermätning, med den senare uppföljningen en tid efter avslutad behandling. Samtidigt framgår av de intervjuer som genomförts med enhetschefer att flera tycker att för lite uppföljning görs, och att den görs med för lite systematik. Det finns bland flera en uppfattning om att man är säker på att behandlingsinsatserna ger positiva effekter, men att det skulle vara bra att få en konkret och mer objektiv bild av dessa. Den ökade användningen av funktionsbedömningar som rapporterats i verksamhetsberättelserna och som beskrivits ovan, indikerar dock att arbetet med uppföljning och utvärdering av behandlingsinsatser utvecklats sedan dessa enkäter och intervjuer genomfördes.

När det gäller **kompetensutveckling** framkom vissa behov av detta i enkäten, främst avseende neuropsykiatri men till viss del också KBT och samspelsbehandling. Den bristande rapporteringen för kompetensutveckling i mottagningarnas verksamhetsberättelser gör det svårt att uttala sig om hur behovet och förekomsten av detta har utvecklats sedan enkäten samlades in, och kan vara en anledning till att följa upp hur det ser ut på detta område i dagsläget. Dock är det inte orimligt att anta att utveckling inom subspecialiseringar och behandlingsmetoder som mottagningarna redovisat i verksamhetsberättelserna, delvis kan bero på kompetensutveckling hos befintliga medarbetare (även om det kan finnas andra förklaringar, t ex personalrekrytering). Detta skulle i så fall ligga i linje med

medarbetarnas egen uppfattning som framkom i enkäten om förutsättningarna för kompetensutveckling på mottagningarna som goda.

Förebyggande arbete

Beskrivningarna av hur det förebyggande arbetet fungerar skiljer sig mycket åt beroende på vem som tillfrågas. Dels finns en skillnad mellan de två organisationerna (BUP kontra MVC/BVC), men också enheterna inom samma organisation har ofta olika bild av samarbetet. MVC/BVC-personalens beskrivningar ger en bild av att förhållandet mellan deras behov och förväntningarna på BUP:s resurser och förmågor att bemöta dessa behov skiljer sig mycket från mottagning till mottagning. Generellt verkar de MVC/BVC-mottagningar där personliga kontakter etablerats med psykologerna på BUP vara mer positiva till samarbetet än de som av olika skäl inte etablerat en sådan kontakt. Från Barn- och ungdomspsykiatrins håll menar man att MVC inte anser sig få det de förväntar sig samtidigt som BUP tycker att de inte utnyttjar det som erbjuds. I andra fall ser BUP att behoven är stora, men att det inte borde vara Barn- och ungdomspsykiatrin som tillgodoser vissa av dessa behov.,Snarare borde primärvården upprustas för detta. Som exempel kan också nämnas att personal inom BUP uppmärksammat att BVC och MVC ibland önskar handledning och annan service som inte anses ingå i uppdraget enligt den lokala öppenvårdsmottagningen. Det blir alltså en fråga om konflikt mellan förväntningar, behov och Barn- och ungdomspsykiatrins faktiska uppdrag. Det finns också lokala öppenvårdsmottagningar som inte funnit något välfungerande sätt att organisera arbetet gentemot MVC/BVC, vilket delvis förklarar skillnaderna.

Sammantaget ger utvärderingen en till viss del problematisk bild av det förebyggande arbetet och de lokala öppenvårdsmottagningarnas samarbete med MVC/BVC. Det kan vara så att det främsta problemet här egentligen är bristen på samsyn. En anledning till denna slutsats är att de lokala öppenvårdsmottagningarna överlag anser sig ha tillräckliga resurser för MVC/BVC:s behov, samtidigt som dessa mottagningar ofta är missnöjda med BUP:s insatser.

Ett förtydligande av Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag i relation till MVC/BVC verkar således nödvändigt. Ett exempel på detta är att flera av de intervjuade inom MVC/BVC lyfter fram bristen på handledning som något negativt, när detta i själva verket inte ingår i BUP:s uppdrag gentemot mödra- och barnhälsovården. Det verkar även som att de personliga kontakterna mellan BUP och mödra- och barnhälsovården är betydelsefulla för en jämn och god tillgång av förebyggande barnpsykiatriskt arbete i länet. Personliga kontakter kan också tänkas bidra till ökad kommunikation mellan organisationerna, och därmed leda till färre missförstånd och en mer ömsesidig bild av vad som ingår i detta samarbete.

Tillgång till mellanvård

Utifrån enkätresultaten sker mellanvårdens arbete i överensstämmelse med verksamhetens uppdrag vad gäller att insatserna präglas av hög intensitet samt flexibilitet i arbetsmetodik. Mellanvården arbetar även i mindre utsträckning med akuta insatser. Genom mellanvårdens möjlighet att arbeta i patientens hem- och närmiljö nås grupper som varit svåra att arbeta med på de lokala öppenvårdsmottagningarna, exempelvis hemmasittare och barn och ungdomar med social fobi. I viss utsträckning arbetar mellanvården också med att påskynda och underlätta utskrivning från klinikvården samt att förhindra inskrivning på kliniken. Gällande områden som kan utvecklas och förbättras nämner teamsamordnarna bland annat samverkan mellan mellanvården, de lokala mottagningarna och kliniken, utbudet av gruppbehandlingar och kompetensutveckling inom KBT och neuropsykiatri.

Likvärdigt innehåll

Begreppet likvärdigt innehåll är delvis problematiskt på grund av att förutsättningarna kan skilja sig åt i de olika upptagningsområdena. Detta gör att betydelsen av likvärdigt innehåll som ”samma vårdutbud inom länets olika delar” är diskutabel. Ett patientperspektiv som utgångspunkt gör begreppet enklare att förstå. Då innebär det att barn och ungdomar ska ha samma tillgång till en god vård oberoende av var i länet de bor. Vad detta innebär för mottagningarnas och enheternas utbud är dock inte helt enkelt att formulera. Befolkningsunderlag och dylikt kan påverka storleken på de lokala öppenvårdsmottagningarna och socioekonomiska skillnader mellan olika delar av länet kan kompenseras i viss mån. Olikheter mellan olika kommuner och stadsdelar, som påverkar den psykiska hälsans förutsättningar, kan dock vara mer komplicerade och svåra att förutse.

Det kan också handla om arbetets kvalitet och struktur inom organisationer som Barn- och ungdomspsykiatrin samarbetar med och är beroende av i sitt eget arbete. Som påpekades i samband med diskussionen om förebyggande arbete gentemot mödra- och barnhälsovården, kan personliga kontakter ibland vara avgörande för kvaliteten i samverkan mellan olika vårdorganisationer för barn och unga. Hur dessa kontakter ser ut är föränderligt. Personal flyttar på sig och relationer förändras. Det blir därför svårt att fånga dessa faktorer på ett direkt sätt genom att se till objektiva indikatorer. Även om detta förmodligen har en modest påverkan på förutsättningarna för det barn- och ungdomspsykiatriska arbetet på de lokala öppenvårdsmottagningarna, visar det ändå på potentiella skillnader som kan försvåra möjligheterna till att erbjuda ett likvärdigt innehåll.

Som beskrivits under rubriken *Kompetens och behandlingsutbud* kan vissa skillnader mellan olika delar av länet konstateras. I vilken utsträckning dessa skillnader kan förklaras av skilda behov i olika upptagningsområden är svårt att svara på. Vissa av skillnaderna kan man dock anta inte beror endast på olika behov hos befolkningen i olika geografiska områden, och kan alltså beskrivas som exempel på vården inte alltid är jämlik. Ett exempel på detta är väntetiderna för neuropsykiatriska utredningar.

Avslutningsvis vittnar nedanstående citat från 2006 års enkäter om att upplevelsen av att det inte erbjuds en likvärdig vård är stark hos vissa medarbetare inom Barn- och ungdomspsykiatrin:

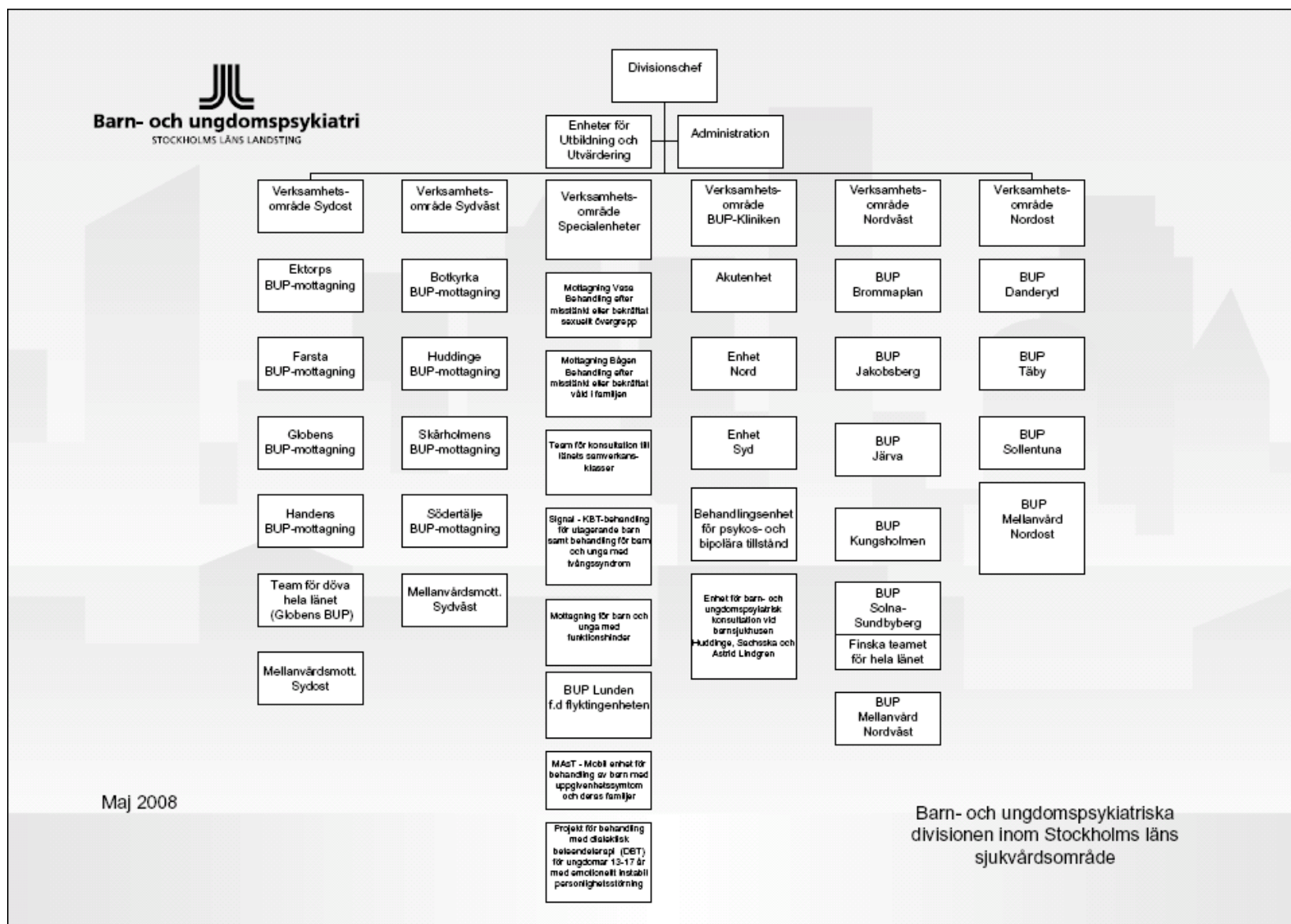
”Det tycker inte jag att det är, jag tycker inte att det är likvärdig vård. För jag tycker att barnen i vårt område... vi gör hårdare prioriteringar än vad man gör på andra ställen och det är inte likvärdig vård”

Samverkan med kommunerna

Resultatet av enkäten som skickades till representanter för skolan och socialtjänsten i länets kommuner indikerar att det finns vissa brister i samverkan mellan BUP och kommunerna/stadsdelarna i länet. Flera av problemen som svarspersonerna beskrivit, är kopplade till bristande samsyn mellan verksamheterna och en okunskap om respektive verksamhets organisation och uppdrag. Samverkan skulle troligen gynnas av en kontinuerlig och öppen diskussion kring dessa ämnen, liksom samtal kring olikheter mellan organisationerna och eventuella hinder för samverkan. En förankring av samverkansarbetet på ledningsnivå har enligt forskning visat sig gynnsamt för samverkan.

Forum för samverkansarbete finns redan, främst via BUS-grupper och liknande samarbeten. Utifrån resultatet av enkäten bör arbetet i dessa grupper delvis inriktas på att öka kunskapen om varandras verksamheter, och att öka tydligheten kring ansvarsgränser och struktur för samverkansarbetet. Man bör även fokusera specifikt på att utveckla samverkan med skolan och de kommuner som mist en BUP-mottagning i samband med omorganisationen, då enkätresultaten visar att missnöjet med samverkan är störst där.

Bilaga 1: Organisation för Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Stockholms län



Bilaga 2: Neuropsykiatriska utredningar

Tabell 11. Enkät neuropsykiatrisk utredning inom BUP per 31 december 2007.

	Antal som väntat mer än 90 dagar	Antal som väntar på remisskomplettering eller självmald väntan	Antal som väntat mer än 90 dagar och som inte väntar på remisskomplettering eller själva valt att vänta	Prognostiserad väntetid i veckor för nya utredningsärenden	Antal nya utredningsärenden 2007 (1 jan-31 dec)	Antal påbörjade utredningar 2007 (1 jan - 31 dec)	Antal avslutade ärenden 2007 (1 jan-31dec, ärendet kan vara påbörjat tidigare år)
Täby	1	0	1	16	152	114	104
Danderyd	0	0	0	10	67	54	93
Sollentuna	2	2	0	14	130	148	112
Jakobsberg	0	0	0	12	85	70	84
Solna	3	3	0	11	57	57	47
Närsjukvård Norra länet	6	5	1	10-16 v	491	443	440
Kista	0	0	0	4	32	29	26
Kungsholmen	22	5	17	10	53	43	50
Järva	14	1	13	22	58	38	33
Bromma	0	0	0	8	55	29	26
Globen	14	4	10	26	40	30	65
Farsta	26	1	25	52	34	9	15
Skärholmen	0	0	0	7	34	50	55
NP Resursteamet SO							
Närsjukvård Stockholm	76	11	65	4-52 v	306	228	270
Huddinge			0	4	36	45	32
Botkyrka	0	0	0	0	40	40	38
Södertälje	0	0	0	10	67	57	60
Ektorp	0	0	0	16	39	33	21
Handen	38	2	36	52	92	90	96
NP Resursteamet SO	3	0	3	4	62	62	54
NP Resursteamet SO	1	0	3	0	9	7	5
Närsjukvård Södra länet	42	2	40	0-52 v	345	327	301
Teamet för döva	0	0	0	8	14	12	9
Länet exklusive Norrtälje	124	18	106		1156	998	1011
Norrtälje BUP ej svar							

ISBN 978-91-86313-15-9

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**