

# **UPPFÖLJNING AV FÖRSTA LINJEN PSYKISK OHÄLSA BARN OCH UNGA**

Ann-Louise Sirén, Susanne Wicks, Lene Lindberg, Christina Dalman

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), Enheten för psykisk hälsa

Mars 2018

## Förord

Sedan år 2014 är det möjligt att ansöka om tilläggsuppdrag gällande första linjen psykisk ohälsa hos barn och unga för barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) respektive husläkarmottagningar (HLM). En tanke med denna placering av tilläggsuppdraget är att det skall finnas tillgång till somatisk vård (läkare och sjuksköterska) via huvuduppdraget eftersom psykisk ohälsa ofta inkluderar kroppsliga symtom som kan behöva utredas. Det är viktigt att mottagningarna inte bara är knutna (eller fristående) utan att de tillhör en HLM eller BUMM.

Det övergripande syftet med tilläggsuppdraget för barn och unga med psykisk ohälsa är att bygga upp en första linje som kan tillhandahålla tidiga insatser och att erbjuda psykologiska behandlingsmetoder vid lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Mottagningar som tar tilläggsuppdraget ska kunna ta hand om problem som inte kräver specialistnivå. Specialistnivån (BUP) kan då fokusera på barn och unga med svår eller medelsvår psykiatrisk problematik.

Sedan inrättandet år 2014 inom SLL har första linje verksamheten växt kraftigt och under 2016 var det över 8 000 barn i länet som fick stöd. Första linjen fyller en viktig funktion och det finns ett behov av att följa upp verksamheten för att bedöma systemeffekter och identifiera eventuella behov av att utveckla verksamheten. Föreliggande uppföljning har beställts av HSF, Närsjukvårdsavdelningen och utförts av Psykisk Hälsa, Centrum för Epidemiologi Samhällsmedicin (CES). Utförarna svarar för innehållet inklusive slutsatser.



## Innehåll

|                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Slutsatser .....                                                                                             | 6  |
| Sammanfattning av rapporten .....                                                                            | 7  |
| Bakgrund, syfte och kort om metod .....                                                                      | 9  |
| Resultat- registeruppföljning .....                                                                          | 10 |
| Ålder och kön .....                                                                                          | 11 |
| Diagnos .....                                                                                                | 14 |
| Sociodemografiska skillnader bland de som har kontakt .....                                                  | 16 |
| Sociodemografisk placering av mottagningar .....                                                             | 16 |
| Får man vård i samma kommun/stadsdel som man bor i? .....                                                    | 18 |
| Vilken personalkategori får man träffa? .....                                                                | 18 |
| Läkemedelsbehandling .....                                                                                   | 19 |
| Remiss .....                                                                                                 | 19 |
| Förhållande mellan BUP och första linjen psykisk ohälsa barn och unga .....                                  | 20 |
| Hur många hade år 2016 besök på BUP, första linjen psykisk ohälsa barn och unga samt på båda ställena? ..... | 20 |
| Uppföljning av dem med ett nybesök under året vad gäller vård inom första linjen respektive BUP .....        | 20 |
| Finns tecken på att BUP blivit avlastat? .....                                                               | 21 |
| Åldersfördelning inom BUP jämfört med första linjen psykisk ohälsa barn och unga .....                       | 24 |
| Resultat – intervjuer .....                                                                                  | 25 |
| Intervjuer .....                                                                                             | 26 |
| Kännedom om/synpunkter från BUP och BHV rörande första linjens uppdrag och funktion .....                    | 26 |
| Tillgänglighet, enligt första linjen .....                                                                   | 26 |
| Tillgänglighet, enligt BUP och BHV .....                                                                     | 28 |
| Målgrupp och behandlingsinnehåll .....                                                                       | 28 |
| Samverkan, enligt första linjen .....                                                                        | 32 |
| Samverkan, enligt BUP och BHV .....                                                                          | 34 |
| Relation första linjen-BUP .....                                                                             | 34 |
| Relation BUP/BHV-första linjen .....                                                                         | 37 |
| Barn 0-3 år, enligt första linjen .....                                                                      | 37 |
| Barn 0-3 år, enligt BUP och BHV .....                                                                        | 39 |
| Intervjusvar på öppna frågor .....                                                                           | 39 |
| Utvecklingsområden .....                                                                                     | 39 |

|                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Fler psykologer .....                                       | 40 |
| Ersättning .....                                            | 40 |
| Stöd .....                                                  | 40 |
| Huvudansvarig.....                                          | 40 |
| Inte tillhöra HLM/BUMM .....                                | 41 |
| Specialisering.....                                         | 41 |
| Fortbildning/handledning .....                              | 41 |
| Anpassat behandlingsupplägg.....                            | 41 |
| Utökat uppdrag .....                                        | 41 |
| Gemensam struktur .....                                     | 42 |
| Vad fungerar bra? .....                                     | 42 |
| Resultat – kontakt- och hemsidor.....                       | 43 |
| Tillgänglighet .....                                        | 43 |
| Information om tilläggsuppdraget .....                      | 43 |
| Remisskrav .....                                            | 43 |
| Kontakt .....                                               | 43 |
| Väntetid.....                                               | 43 |
| Bemanning .....                                             | 43 |
| Delaktighet målsman .....                                   | 44 |
| Målgrupp .....                                              | 44 |
| Avgränsning åldersspann .....                               | 44 |
| Prioritet .....                                             | 44 |
| Föräldrar .....                                             | 44 |
| Utbud av behandling vid olika mottagningar .....            | 44 |
| Kompetens/inriktning .....                                  | 44 |
| Vilka problem kan patienter söka för och vad erbjuds? ..... | 44 |
| Beskrivning av besök eller behandling.....                  | 45 |
| Samverkan .....                                             | 45 |
| Gränssnitt .....                                            | 45 |
| Grad av psykisk ohälsa .....                                | 45 |
| Metod .....                                                 | 46 |
| Metod - registeruppföljning .....                           | 46 |
| Metod - intervjuer .....                                    | 50 |
| Första linjemottagningar .....                              | 50 |
| BUP och BHV .....                                           | 51 |

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| Metod - hemsidor.....                                    | 51 |
| Bilaga 1 .....                                           | 52 |
| Jämförelse BUMM och HLM.....                             | 52 |
| Ålder, kön och antal besök.....                          | 52 |
| Diagnos.....                                             | 56 |
| Får man vård i samma kommun/stadsdel som man bor i?..... | 58 |
| Vilken personalkategori får man träffa? .....            | 59 |
| Läkemedelsbehandling.....                                | 60 |
| Remiss .....                                             | 61 |
| Kötid för nybesök .....                                  | 61 |
| Personalresurser .....                                   | 61 |
| BUS .....                                                | 61 |
| Bilaga 2 .....                                           | 62 |
| Intervjufrågor första linjen .....                       | 62 |
| Bilaga 3 .....                                           | 65 |
| Intervjufrågor BUP A .....                               | 65 |
| Bilaga 4 .....                                           | 67 |
| Intervjufrågor BUP, B.....                               | 67 |
| Bilaga 5 .....                                           | 69 |
| Intervjufrågor BHV.....                                  | 69 |
| Bilaga 6 .....                                           | 71 |
| Patientgrupper som hänvisas runt .....                   | 71 |

## lakttagelser och slutsatser

Första linjen psykisk ohälsa barn och unga har växt kraftigt sedan starten år 2014. År 2016 var det mer än 8 000 barn och unga som fick stöd och hjälp. Detta motsvarar cirka 2,0 % av befolkningen i aktuell ålder.

Cirka 5,5 % av barn och unga har kontakt med BUP som utgör specialistnivån. Således har mer än dubbelt så många barn och unga har kontakt med specialistnivån jämfört med första linjen (2,0 %) vilket är det omvända förhållandet i jämförelse med andra specialiteter.

Inga tydliga tecken till "avlastning" av BUP sågs i de områden som hade första linje verksamhet vilket kan tyda på att verksamheterna når olika målgrupper alternativt att icke tillgodosedda vårdbehov föreligger.

Ju högre andel arbetslösa, utrikesfödda eller andel familjer med låg köpkraft i området desto lägre andel barn och unga som hade kontakt med första linje verksamhet. Detta antyder att det finns stora mörkertal av barn i behov av hjälp, vilket även tillgänglig forskning visar.

Utvecklingsområden:

- För att stärka första linjens förutsättningar och tillgänglighet kan antalet anställda utökas och omfatta mer än 1-2 psykologer.
- En jämnare geografiska spridning av mottagningarna skulle kunna underlätta tillgänglighet och samverkan.
- För barn i åldrarna 0-3 år kan kompetensen behöva stärkas.
- Samarbetet inom första linjemottagningar mellan psykologer och medicinsk personal kan behöva stärkas liksom samverkan med andra aktörer i det omgivande samhället.
- Vilka sökande som bör tas omhand av BUP respektive första linjen behöver tydliggöras

## Sammanfattning av rapporten

Sedan år 2014 är det möjligt att ansöka om tilläggsuppdrag gällande första linjen psykisk ohälsa hos barn och unga för barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) respektive husläkarmottagningar (HLM) i Stockholms läns landsting. Syftet med föreliggande uppföljning är att beskriva omfattning och struktur av detta tilläggsuppdrag samt förhållandet mellan BUP och första linjen. Eventuella skillnader mellan första linje som bedrivs vid BUMM och HLM har också beskrivits.

Uppföljningen har utförts genom att analysera vårdregisterdata och genom intervjuer av anställda på första linjemottagningar (86 % av mottagningarna har deltagit) samt nyckelpersoner inom BUP och Barnhälsovården (BHV). En kartläggning av första linjemottagningarnas kontaktkort på 1177 samt deras hemsidor har också utförts.

### *Omfattning av verksamheten och målgrupper (ålder och typ av problem)*

Sammanlagt var det 8 265 personer i åldern 0-18 år som gjorde nästan 30 000 besök på första linjen mottagningar år 2016. Merparten av dessa barn och unga var över 9 år (75 %) och endast 13 % var i åldern 0-5 år. Detta kan vara rimligt utifrån att första linjen inte har ett förebyggande uppdrag men pekar också på vikten av att komplettera med annan verksamhet som fokuserar på de första åren då det förebyggande arbetet ger bäst effekt. Vid intervjuer inom första linjen framkom att runt fyra av tio tyckte att de saknade kompetens för att arbeta med åldersgruppen 0-3 år. De vanligaste sökorsakerna för denna åldersgrupp var sömnproblem, problem med mat eller trots/utagerande beteende. De intervjuade nyckelpersonerna inom BUP och BHV upplevde också att kompetensen kring små barn behövde stärkas inom första linjen.

Flertalet av de som söker hjälp inom första linjen tar kontakt själva och de flesta mottagningar tar emot alla patienter som söker, oavsett sökorsak. De flesta barn och unga erhöll ingen diagnos vid besök inom första linjen (70 %) vilket enligt de intervjuade beror på att många som söker inte uppfyller diagnoskriterier. Flertalet intervjuade uppgav att det fanns standardiserade rutiner för när, och med vilka underlag, diagnos ställs. Förutom avsaknad av diagnos var Z-diagnoser (potentiella problem i samband med psykosociala /socioekonomiska förhållanden), ADHD och ångest de vanligaste problemen.

### *Geografisk placering av första linje mottagningar*

Flera av de intervjuade inom första linjen uppgav att det råder en ojämnhet geografisk fördelning av första linjemottagningar i länet, vilket bidrar till långa väntetider och försvårar tillgängligheten. Detta var något som även de intervjuade inom BUP och BHV pekade på som ett problem.

### *Sociala skillnader bland dem som har kontakt*

När vi undersökte var barn och unga bor som söker till första linjen mottagningar framkom ett måttligt negativt samband med att bo i ett socialt mer utsatt område. Detta innebär att ju högre andel arbetslösa, utrikesfödda, personer med ekonomiskt bistånd eller barnfamiljer med låg köpkraft desto lägre andel barn och unga som besökt första linje mottagningar.

### *Väntetider*

Från intervjuer framkom att väntetiden för att komma till första linjen varierade från mindre än en månad upp till fyra månader. En mindre andel mottagningar hade intagningsstopp. Runt en tredjedel av de intervjuade uppgav att prioriteringar av nybesök gjordes vid förekomst av depression, självskadebeteende, skolfrånvaro orsakad av psykisk ohälsa och för små barn.



### *Personal och samverkan*

Gällande personal var det vanligast att mottagningarna hade en eller två psykologer anställda för att arbeta med första linjen. Samarbete inom mottagningarna t.ex. med andra personalkategorier på mottagningarna var ovanligt, enligt de intervjuade. Ett ökat teamarbete efterlystes.

Dokumenterade samverkansrutiner var ovanligt för första linjens mottagningar, även om samverkan förekom. Vanligast var samverkan med skola och socialtjänst, mindre vanligt var samverkan med förskola. Medverkan i det lokala BUS-arbetet var inte heller vanligt, enligt de intervjuade. Mindre än hälften av de intervjuade uppgav att de deltog vid utformande av samordnade individuella planer. Samverkan ansågs vara viktigt och att det skulle behövas avsättas särskild tid för detta.

Samverkan mellan BUP och första linjemottagningar varierade beroende på geografiskt avstånd mellan verksamheterna. Utvecklingsområden som de intervjuade tog upp var att tydliggöra vilka sökande som ska tas omhand av BUP respektive första linjen. Dialog om vilka patienter som kan hjälpas bäst i första linjens verksamhet är värdefull för att olika aktörer i vårdkedjan ska få "rätt" patientgrupper.

### *Kontakt- och hemsidor*

En genomgång av samtliga mottagningars kontaktsidor på 1177 visade att det var mycket knapphändig information för de vårdsökande på dessa sidor. Däremot hade flera mottagningar mer information på sina hemsidor, även om det var stor variation på innehållet.

### *Förhållandet mellan BUP och första linjen psykisk ohälsa barn och unga*

Vid undersökning av förhållandena mellan den specialiserade vården (BUP) och första linjen framkom att det sammantaget var 5,5 % av den aktuella befolkningsgruppen som hade BUP-kontakt och 2,0 % hade kontakt med första linjen. Således är det en betydligt större andel av befolkningen som har kontakt med specialistnivån jämfört med första linje verksamheten vilket är ett omvänt förhållande jämfört med många andra specialiteter inom vården.

Vad gäller vårdströmmar fann vi att de flesta patienterna vårdades inom en och samma vårdtyp (BUP respektive första linje mottagning) under uppföljningstiden men att flödet från första linjen till BUP var proportionellt större jämfört med det motsatta. Slutligen undersökte vi om det fanns tecken till att andelen barn och unga minskat inom BUP i de områden där det finns en första linje verksamhet, d.v.s. tecken till avlastning av BUP, men fann inget tydligt stöd för detta.

Cirka hälften av de intervjuade inom första linjen uppgav att de remitterade till BUP två gånger per månad. Av de intervjuade som tillfrågades om återkoppling på remisser från BUP framkom att denna tid varierade beroende på vilken BUP-mottagning som mottagit remissen, från en vecka till inget svar alls. Enligt BUP och BHV hänvisades det dagligen till första linjen. Mer än hälften av de intervjuade uppgav att det fanns patientgrupper som de upplevde hänvisades runt inom hälso- och sjukvården. Exempel som togs upp var ensamkommande och barn/unga med neuropsykiatrisk diagnos med tilläggsymtom såsom ångest.

### *Jämförelse mellan HLM och BUMM*

När vi undersökte skillnader mellan HLM och BUMM (se Bilaga 1) fann vi att det var en något större andel små barn (0-5 år) på HLM. Antalet besök per person var ungefär lika inom de två verksamhetsformerna liksom vilka personalkategorier som var anställda. Andelen som erhållit en diagnos eller hämtat ut medicinering var högre inom BUMM jämfört med HLM, liksom andel som fått kontakt efter registrerad remiss (vanligen från barnmedicin). Detta kan tolkas som att det delvis är olika grupper av barn som har kontakt med de olika verksamheterna. Skillnader mellan husläkar- och barn- och ungdomsmedicinska mottagningar som framkom i intervjuerna var framför allt skillnader för väntetider och personalresurser. Husläkarmottagningarna tenderade att ha kortare väntetid för nya sökande och färre psykologer anställda.

## Bakgrund, syfte och kort om metod

Sedan år 2014 är det möjligt att ansöka om tilläggsuppdrag gällande första linjen psykisk ohälsa hos barn och unga för barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) respektive husläkarmottagningar (HLM). En tanke med denna placering av tilläggsuppdraget är att det skall finnas tillgång till somatisk vård (läkare och sjuksköterska) via huvuduppdraget eftersom psykisk ohälsa ofta inkluderar kroppsliga symtom som kan behöva utredas. Det är viktigt att mottagningarna inte bara är knutna (eller fristående) utan att de tillhör en HLM eller BUMM.

Syftet med tilläggsuppdraget för barn och unga med psykisk ohälsa är att bygga upp en första linje som är lättillgänglig, som kan göra bedömningar och erbjuda psykologiska behandlingsmetoder vid lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Mottagningar som tar tilläggsuppdraget ska kunna ta hand om problem som inte kräver specialistnivå. Specialistnivån (BUP) kan då fokusera på barn och unga med svår eller medelsvår psykiatrisk problematik.

För att möjliggöra en kvalitativt god och likvärdig utveckling har HSF uppdragit åt Gustavsbergs HLM att ta fram vägledningsdokument för olika målgrupper samt anordna introduktionsutbildningar och nätverksmöten för första linjen vårdgivare.

Sedan inrättandet av första linjen 2014 inom SLL finns det ett behov av att följa upp verksamheten för att bedöma om avsedda systemeffekter har uppnåtts och identifiera eventuella behov av att utveckla verksamheten. Det är av vikt att undersöka vilken målgrupp av barn och unga som kommer till första linjen, att följa upp vilka insatser som erbjuds samt patientflöden. Syftet med föreliggande rapport är att beskriva tillgänglighet, målgrupper (ålder, kön, sociala faktorer) innehåll i insatser samt samverkan inom första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa samt förhållandet mellan BUP och första linjen.

Uppföljningen har utförts genom en blandad metod som baseras på register, intervjuer och analys av kontakt- och hemsidor. I en första del av rapporten presenteras resultat från analyser av vårdregisterdata för år 2016. Intervjuer av anställda på första linjemottagningar samt nyckelpersoner inom BUP och Barnhälsovården (BHV) presenteras därefter. Slutligen sammanfattas en kartläggning av första linjemottagningarnas kontaktkort på 1177 samt deras hemsidor. För mer detaljerad information om metoder hänvisas till sidan 44.

## Resultat- registeruppföljning

### Sammanfattning av registeruppföljning

Sammanlagt var det 8 265 personer i åldern 0-18 år som gjorde nästan 30 000 besök på första linjen mottagningar år 2016. Merparten av dessa barn och unga var över 9 år (75 %) och endast 13 % var i åldern 0-5 år. Detta kan vara rimligt utifrån att första linjen inte har ett förebyggande uppdrag men pekar också på vikten av att komplettera med annan verksamhet som fokuserar på de första åren d.v.s. under de år då förebyggande arbete ger bäst effekt.

De flesta barn och unga erhöll ingen diagnos vid besök inom första linjen (70 %). Bland de som fick en diagnos var Z-diagnoser (potentiella problem i samband med psykosociala /socioekonomiska förhållanden), ADHD och ångest de vanligaste problemen. Av samtliga personer som vårdades inom första linjen år 2016 var det 16 % som hade hämtat ut psykofarmaka under året (3,3 % lugnande medel, 4,3 % antidepressiva läkemedel, 7,9 % sömnmedel och 8,6 % ADHD läkemedel).

När vi undersökte var barn och unga bor som söker till första linjen mottagningar framkom ett måttligt negativt samband med att bo i ett socialt mer utsatt område. Detta innebär att ju högre andel arbetslösa, utlandsfödda, personer med ekonomiskt bistånd eller barnfamiljer med låg köpkraft desto lägre andel barn och unga som besökt första linjen mottagningar. Vad gäller mottagningarnas sociodemografiska fördelning såg vi däremot inga samband med sociala faktorer i kommunen/stadsdelen d.v.s. det fanns inga tydliga tecken av en social snedfördelning av mottagningarna.

Vid undersökning av förhållandena mellan den specialiserade vården (BUP) och första linjen framkom att det sammantaget var 5,5 % av den aktuella befolkningsgruppen som hade BUP kontakt och 2,0 % kontakt med första linjen. Således är det en betydligt större andel av befolkningen som har kontakt med specialistnivån jämfört med första linjen verksamheten vilket är ett omvänt förhållande jämfört med många andra medicinska specialiteter.

Vad gäller vårdströmmar fann vi att de flesta patienterna vårdades inom en och samma vårdtyp (BUP respektive första linje mottagning) under uppföljningstiden men att flödet från första linjen till BUP var proportionellt större jämfört med det motsatta. Slutligen undersökte vi om det fanns tecken till att andelen barn och unga minskat inom BUP i de områden där det finns en första linjen verksamhet, d.v.s. tecken till avlastning av BUP, men fann inget påtagligt stöd för detta.

Antalet fysiska besök, av 0-18-åringar folkbokförda i Stockholms län, inom första linjen psykisk ohälsa barn och unga har ökat från 6 243 stycken år 2014 (som var det första året med uppdragskoden 320) till 19 340 år 2015 och slutligen 29 755 år 2016. Dessa besök (år 2016) gjordes av 8 265 personer. Denna rapport beskriver populationen från år 2016.

Merparten av besökarna är bosatta inom länet (95 %). Bland de som inte är bosatta i länet är majoriteten unga män i åldern 15-17 år gamla som inte är folkbokförda i Sverige.

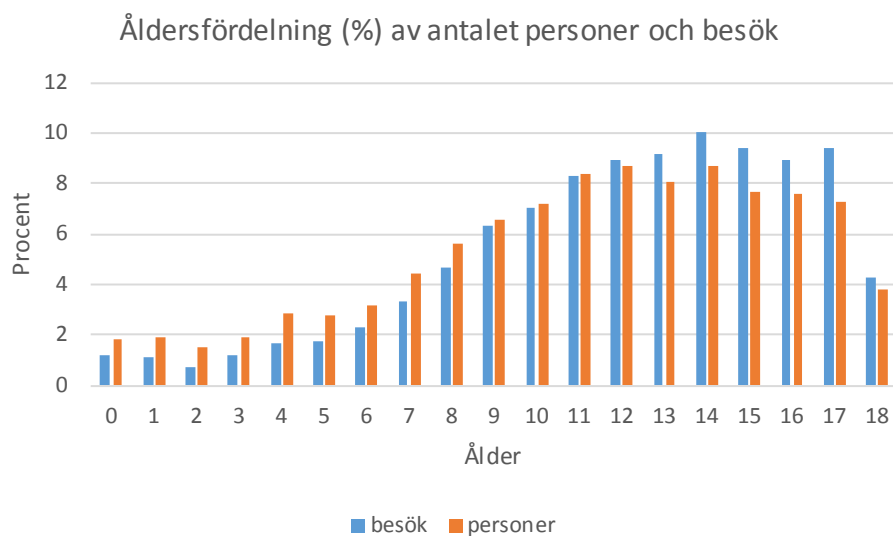
### Ålder och kön

Tabell 4 och figur 1 visar att det är personer mellan 11 och 17 års ålder som andelsmässigt är den största gruppen inom första linjen. Med ökad ålder får man också fler besök per person. De allra yngsta fick mellan 1 och 2 besök under året medan tonåringarna fick 3-4 besök. Tydligt är att de yngsta i åldern 0-5 år utgör en relativt liten andel av besökarna (13 %) som får en ännu mindre andel av besöken (8 %).

Tabell 4. Åldersfördelning av besök och personer under år 2016.

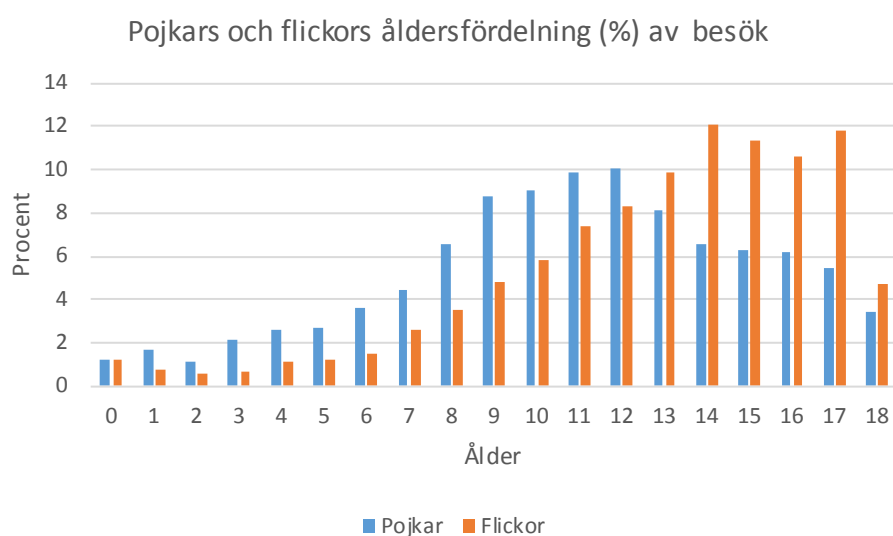
|             | Antalet fysiska besök | Andelsmässig fördelning av besöken | Antal personer | Andelsmässig fördelning av personer | Genomsnittligt antal besök per person (medelvärde/median) |
|-------------|-----------------------|------------------------------------|----------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 0-2 år      | 915                   | 3,1                                | 428            | 5,2                                 | 2,1/1                                                     |
| 3-5 år      | 1 403                 | 4,7                                | 627            | 7,6                                 | 2,2/2                                                     |
| 6-8 år      | 3 063                 | 10,3                               | 1 102          | 13,3                                | 2,8/2                                                     |
| 9-11 år     | 6 456                 | 21,7                               | 1 830          | 22,1                                | 3,5/3                                                     |
| 12-14 år    | 8 383                 | 28,2                               | 2 106          | 25,5                                | 4,0/3                                                     |
| 15-17 år    | 8 268                 | 27,8                               | 1 856          | 22,5                                | 4,4/3                                                     |
| 18 år       | 1 267                 | 4,3                                | 316            | 3,8                                 | 4,0/3                                                     |
| <b>0-18</b> | <b>29 755</b>         | <b>100</b>                         | <b>8 265</b>   | <b>100</b>                          | <b>3,6/2</b>                                              |

Figur 1.

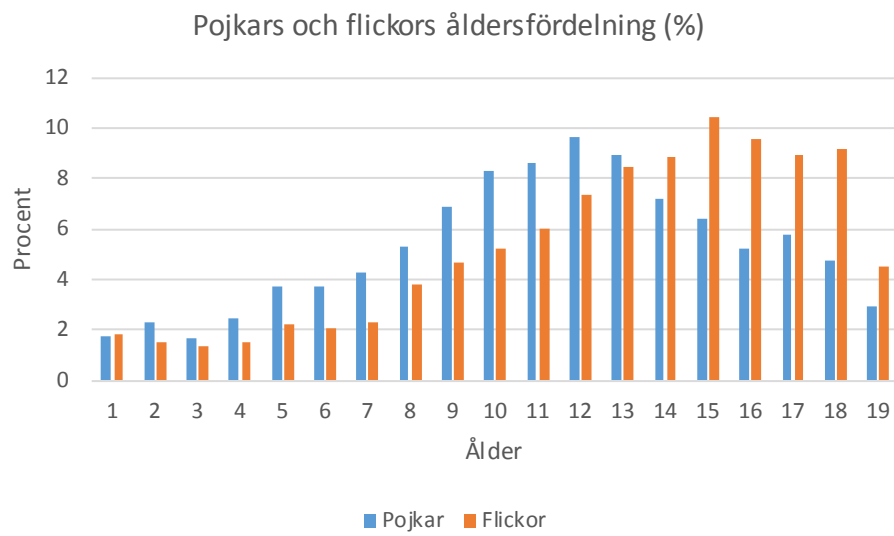


Det var fler flickor än pojkar både sett till antal besök och personer. Av de 29 755 besöken var 18 463 besök gjorda av flickor, vilket motsvarar 62 % av besöken. Av de 8 265 personerna var 4 639 (56 %) flickor. Åldersfördelningen ser olika ut för pojkar och flickor. Bland pojkarna ligger toppen mellan 9 till 12/13 år och bland flickor 13 till 17 år, se figur 2 (besök) och figur 3 (personer).

Figur 2.



Figur 3.



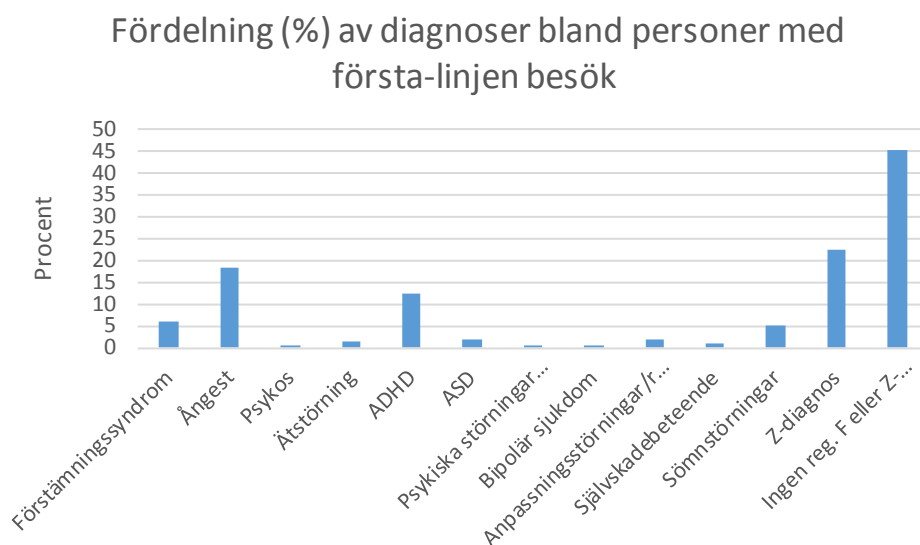
## Diagnos

Cirka 30 % av besökarna inom första linjen fick en diagnos registrerad i samband med besöket inom denna verksamhet. Bland dessa var ångest och tidigare nämnda Z-diagnoser (se Metodavsnitt) de vanligaste diagnoserna.

För att få ett bättre grepp om vilken typ av problem de unga söker för undersöktes om diagnos fanns registrerad inom annan vårdform som exempelvis remitterat till första linjen. Av de personer som inte hade någon diagnos registrerad på något av sina "första linjen"-besök hade 17 % en psykiatrisk diagnos eller Z-diagnos (se Metodavsnitt för definition) registrerade på BUP under samma år, 11 % på BUMM, 9 % på husläkarmottagning, 2 % inom allmänpsykiatri och 7 % på övriga typer av mottagningar. På detta sätt identifierades diagnoser för ytterligare 25 % av besökarna. Sammantaget kunde vi på detta vis identifiera en diagnos för 55 % av de individer som år 2016 besökte första linjen psykisk ohälsa barn och unga i SLL.

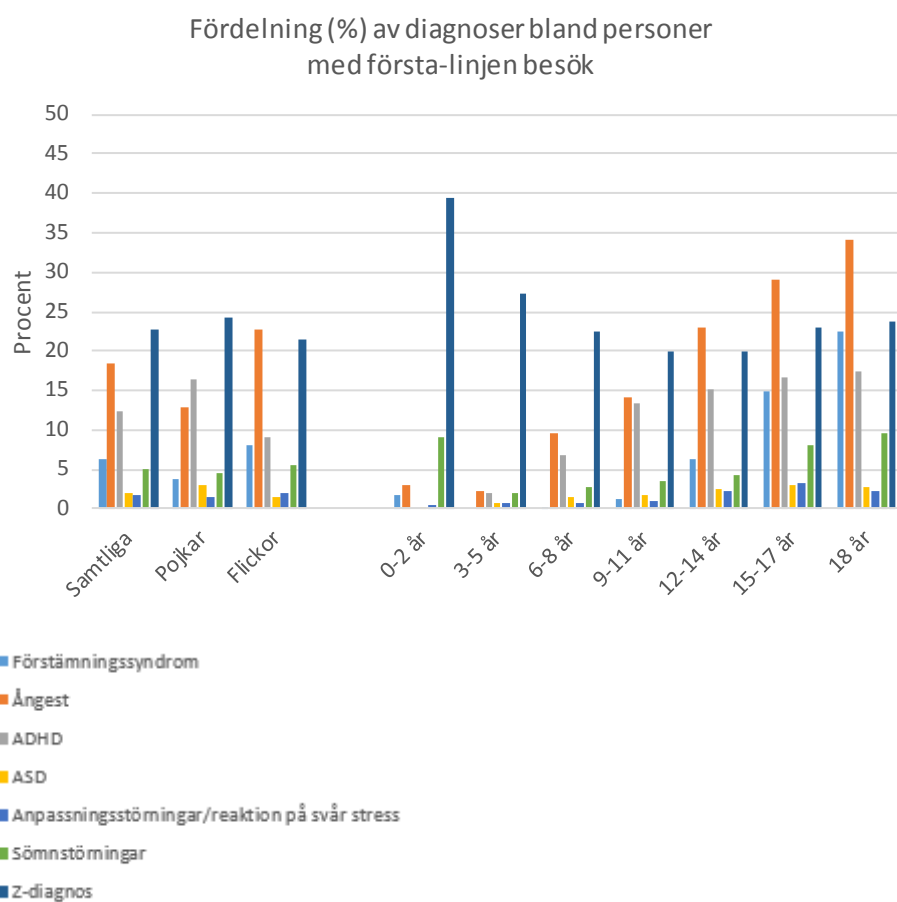
Figur 4 visar diagnospanoramat (år 2016), oavsett var i öppenvården diagnosen är registrerad, för personer som under året haft minst ett "första-linjen" besök. De vanligaste diagnosgrupperna (förutom att inte ha någon diagnos) var ADHD, ångest, och Z-diagnoser (för definition, se Metodavsnitt).

Figur 4.



Figur 5 visar köns och åldersfördelning för de större diagnosgrupperna. Som förväntat var ADHD vanligare bland pojkarna och ångest bland flickorna. Förekomst av ångest och förstämningssyndrom ökade med ökande ålder. Z-diagnoserna var vanligast i den allra yngsta åldersgruppen.

Figur 5.



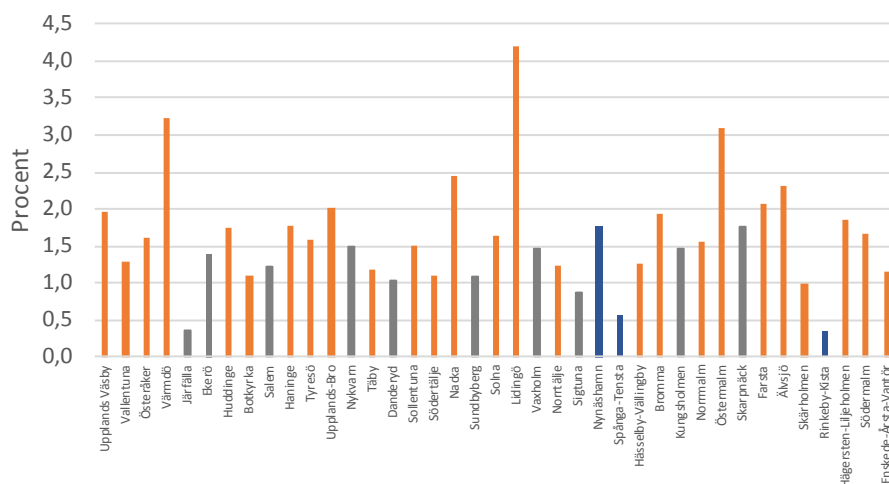


## Sociodemografiska skillnader bland de som har kontakt

Figur 6 visar att det finns avsevärda skillnader mellan andelar av invånarna i Stockholms olika kommuner och stadsdelar som fick vård inom första linjen psykisk ohälsa barn och unga (uppdrag 320). Till exempel gjorde drygt 4 % av Lidingös 0-18 åringar minst ett besök inom första linjen medan det var mindre än 0,5 % i Rinkeby-Kista.

Vi undersökte om andelen personer med första linjen besök var vanligare eller inte i mer utsatta områden. Vi fann ett måttligt negativt samband som var statistiskt säkerställt för andelen med ekonomiskt bistånd ( $r=-0,49$ ,  $p<0,01$ ), andelen arbetssökande i kommunen/stadsdelen ( $r=-0,49$ ,  $p<0,01$ ) och andelen med lägre utbildning ( $r=-0,44$ ,  $p<0,01$ ). Ett liknande samband förelåg mellan andel med låg köpkraft (lägsta kvintilen) och andel personer med förstalinjen besök ( $r=-0,46$ ,  $p<0,01$ ) liksom med andel utrikesfödda ( $r=-0,42$ ,  $p=0,03$ ). Detta betyder att ju högre andel personer med ekonomiskt bistånd, arbetslöshet, lägre utbildning, utrikesfödda och barnfamiljer med låg köpkraft i kommunen, desto lägre andel barn och unga med första linjen besök.

Figur 6. Antal personer per antal invånare (%) i aktuell ålder år 2016, som vårdades under uppdrag 320 och som vid besöket var folkbokförd i Stockholms län, fördelat per kommun/stadsdel. Gråa staplar=ingen mottagning med första linjen psykisk ohälsa barn och unga inom kommunen/stadsdelen. Blå staplar=mottagningen inom området har väldigt få besök.



## Sociodemografisk placering av mottagningar

Tabell 5 visar vilka kommuner och stadsdelar som hade en mottagning (oavsett hur många besök mottagningen har) för första linjen psykisk ohälsa barn och unga. Vi fann inga statistiskt signifikanta samband (t-test) mellan socioekonomiska indikatorer i området (andel personer i området med ekonomiskt bistånd, enbart förgymnasial utbildning, ensamstående föräldrar, arbetssökande eller andel familjer med barn 0-21 år med låg köpkraft (lägsta kvintilen)) och om det i området finns en mottagning med uppdrag första linjen psykisk ohälsa barn och unga. Detta gällde vare sig mottagningar med fler än 100 besök under året eller lägre inkluderades i analyserna eller ej.

Tabell 5. Första linjen psykisk ohälsa barn och unga-mottagningar i kommunen/stadsdelen.

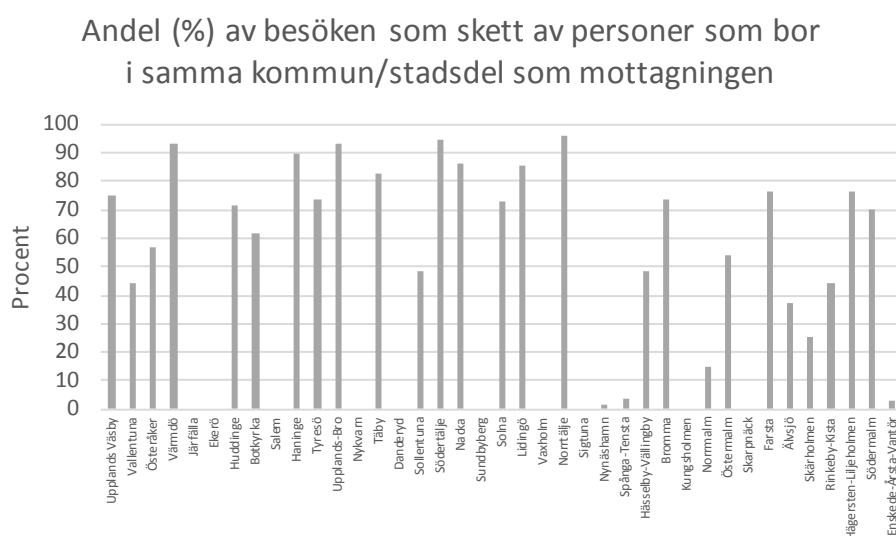
|                       | BUMM | HLM            |
|-----------------------|------|----------------|
| Upplands Väsby        |      | x              |
| Vallentuna            | x    |                |
| Österåker             | x    |                |
| Värmdö                |      | x              |
| Järfälla              |      |                |
| Ekerö                 |      |                |
| Huddinge              | x    | x              |
| Botkyrka              |      | x              |
| Salem                 |      |                |
| Haninge               |      | x              |
| Tyresö                |      | x              |
| Upplands-Bro          |      | x              |
| Nykvarn               |      |                |
| Täby                  | x    |                |
| Danderyd              |      |                |
| Sollentuna            | x    |                |
| Södertälje            | x    |                |
| Nacka                 | x    | x              |
| Sundbyberg            |      |                |
| Solna                 | x    | x              |
| Lidingö               |      | x              |
| Vaxholm               |      |                |
| Norrtälje             | x    |                |
| Sigtuna               |      |                |
| Nynäshamn             |      | x <sup>1</sup> |
| Spånga-Tensta         |      | x <sup>1</sup> |
| Hässelby-Vällingby    |      | x              |
| Bromma                |      | x              |
| Kungsholmen           |      |                |
| Norrmalm              |      | x              |
| Östermalm             | x    | x              |
| Skarpnäck             |      |                |
| Farsta                |      | x              |
| Älvsjö                |      | x              |
| Skärholmen            | x    |                |
| Rinkeby-Kista         |      | x <sup>1</sup> |
| Hägersten-Liljeholmen | x    | x              |
| Södermalm             | x    | x              |
| Enskede-Årsta-Vantör  | x    |                |

<sup>1</sup> Mottagningen har få besök

### Får man vård i samma kommun/stadsdel som man bor i?

Vid uppdelning på i vilken kommun/stadsdel som personen bodde i vid besöket samt i vilken kommun/stadsdel som mottagningen var belägen i var det sammantaget 62 % av alla besök som gjordes i samma område som personen bodde i. Andelen besök på mottagning i samma kommun som personen bor i varierar stort mellan hemkommuner/stadsdelar, Figur 7. Vissa mottagningar hade en väldigt liten andel besökare från den omkringboende befolkningen exempelvis Nynäshamn, Spånga-Tensta och Enskede-Årsta-Vantör vilket sannolikt förklaras av organisatoriska förhållanden.

Figur 7.



Resultaten påverkas naturligtvis av om man organisatoriskt hänvisas till förstalinjen besök i en annan kommun än den egna och också om det över huvud taget finns en mottagning inom den egna bostadskommunen eller stadsdelen (se tabell 5 ovan och metodavsnittet). Om man undersöker de kommuner och stadsdelar som faktiskt hade en mottagning visade det sig att 78 % gjorde besök inom det egna området (ej redovisat med figur).

### Vilken personalkategori får man träffa?

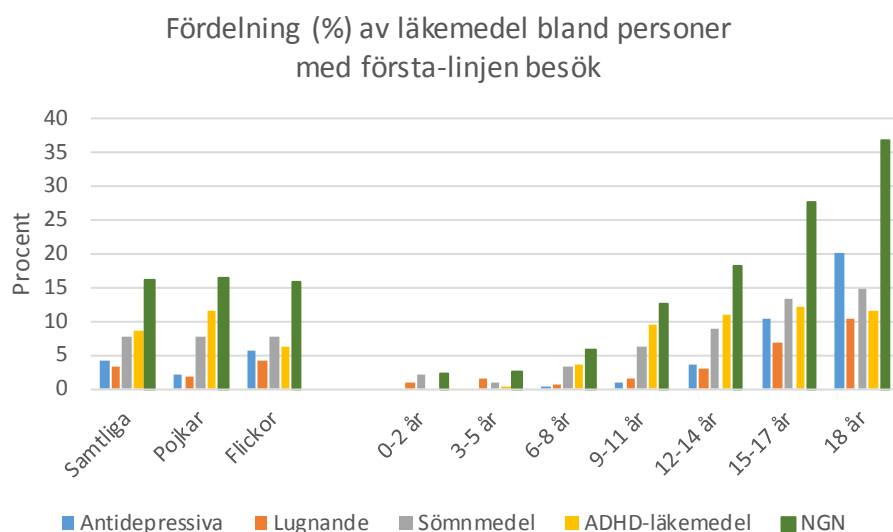
Merparten av besök sker till psykolog (96 %), och resten i stort sett till socionomer (4 %).

Vissa mottagningar har en annan personalsammansättning exempelvis Tranebergs vårdcentral, Capio vårdcentral Farsta, Södertälje och Skärholmen BUMM, där mellan 1/5 och 1/3 av besöken var till socionomer och Hässelby vårdcentral där 4/5 av besöken var till denna personalkategori.

## Läkemedelsbehandling

Av samtliga personer som vårdades inom första linjen psykisk ohälsa barn och unga under år 2016 hade 3,3 % hämtat ut lugnande läkemedel (under år 2016), 4,3 % antidepressiva läkemedel, 7,9 % sömnmedel och 8,6 % ADHD-läkemedel (figur 8). Sexton procent av personerna hade hämtat ut något av de fyra läkemedlen (markerat som NGN i Figur 8). Bland pojkarna var det mer vanligare med ADHD-läkemedel och mindre vanligt med antidepressiva och lugnande läkemedel, jämfört med flickorna. Bland barn och ungdomar äldre än 9 år var det ca 10 % av dem som besökte första linjen som fick ADHD medicin. Bland 15-17 åringar var det 10 % av besökarna som fick antidepressiva under året. Observera att läkemedlen kan vara utskrivna inom annan vårdform än första linjen (se nedan).

Figur 8.



Av dem som hämtade ut något av ovan nämnda läkemedel hade 36 % av personerna fått ett recept utskrivet av en BUP-klinik, 40 % ett recept från en BUMM-klinik, 15 % från primärvården, 5 % från övrig psykiatri och 16 % från övriga typer av kliniker (barnmottagning, ungdomsmottagning mm).

## Remiss

Andelen som hade en remitterande klinik kopplat till något av sina besök under 2016 var 7 %. Av dessa remisser var det 60 % som kom från barnmedicin och cirka 35 % från primärvård (husläkarmottagningar/BVC) och 2,6 % från BUP.

## Förhållande mellan BUP och första linjen psykisk ohälsa barn och unga

Hur många hade år 2016 besök på BUP, första linjen psykisk ohälsa barn och unga samt på båda ställena?

Populationen (0-18 år och boende i Stockholms län) som besökt BUP eller hade besök inom första linjen psykisk ohälsa barn och unga under år 2016 bestod av sammanlagt 32 856 personer varav 26 110 personer hade besökt BUP och 8 265 hade besök inom första linjen psykisk ohälsa barn och unga. Av de 32 856 hade 1519 besökt både BUP och första linjen. Sett ur ett befolkningsperspektiv hade 4,9 % av befolkningen i aktuell åldersgrupp bara besök på BUP, 1,6 % bara "första linjen"-besök och en halv procent hade besök hos båda. Sammantaget betyder detta att 5,5 % av barn och ungdomar i SLL har kontakt med den specialiserade psykiatrin (BUP) och 2 % har kontakt inom första linjen under år 2016 d.v.s. under tredje året av gällande tilläggsuppdrag.

Av de 8 265 personer som haft kontakt med första linjen var det 1 519 personer som också besökt BUP under året vilket motsvarar 18 %. Av de 26 110 som haft kontakt med BUP hade nästan 6 % också kontakt med första linjen under år 2016. Riktningen av flödena undersöks i nästa avsnitt som är baserat på registrerade nybesök.

## Uppföljning av dem med ett nybesök under året vad gäller vård inom första linjen respektive BUP

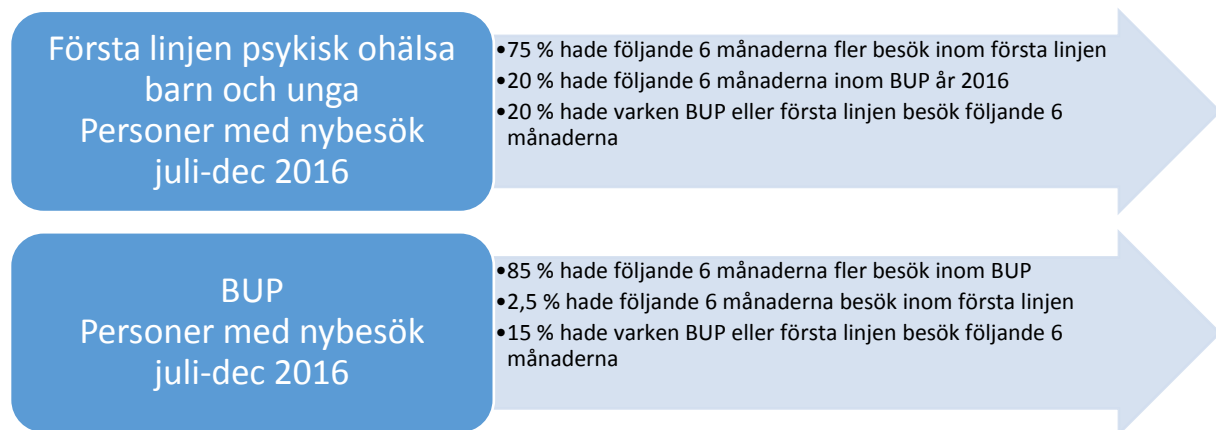
För att undersöka flöden mellan Första linjen verksamhet och BUP skapades en variabel kallad nybesök (se Metodavsnitt). Alla med nybesök följdes upp under 6 månader vad gäller vård inom Första linjen respektive BUP.

Av dem som hade ett nybesök inom uppdraget första linjen psykisk ohälsa barn och unga under juli- december 2016, hade ca 75 % fortsatta besök inom första linjen inom en sex-månaders period och cirka 20 % hade fortsatta besök inom BUP. Cirka 20 % hade varken kontakt med BUP eller första-linjen under sex månader efter sitt nybesök.

Av dem som hade ett nybesök på BUP under juli-december 2016 hade cirka 85 % fortsatta besök på BUP och 2,5 % fortsatta besök inom första linjen. Andelen som varken hade kontakt med BUP eller första-linjen upp till sex månader efter sitt nybesök var ca 15 %.

Detta kan tolkas som att de flesta patienterna vårdades inom en och samma vårdtyp under uppföljningstiden men att flödet från Första linjen till BUP var proportionellt större jämfört med flödet från BUP till Första linjen psykisk ohälsa barn och unga.

Figur 9. Flöden mellan Första linjen psykisk ohälsa barn och unga och BUP.



#### Finns tecken på att BUP blivit avlastat?

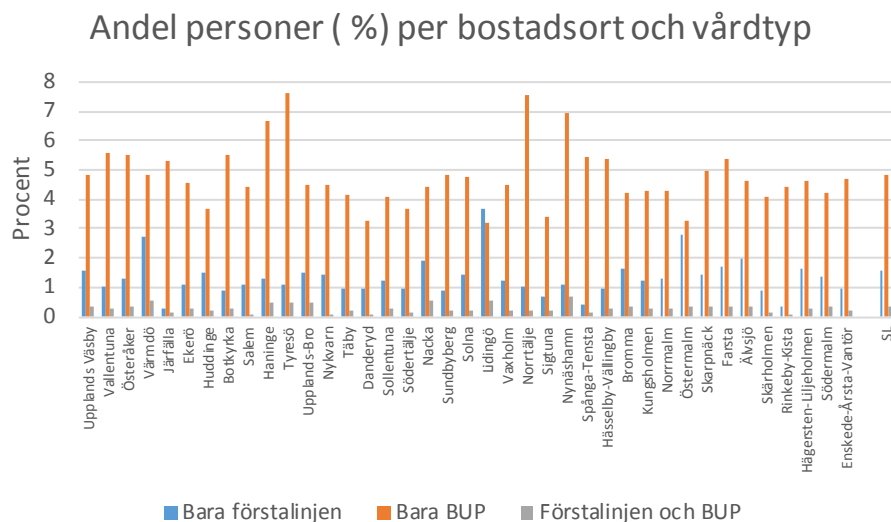
Om en del personer som förr vårdades inom BUP nu istället vårdas inom första linjen psykisk ohälsa barn och unga så skulle man kunna tänka sig att andelen vårdade på BUP gick ner, det vill säga ett negativt samband mellan andel personer i kommunen vårdade inom respektive vårdnivå (tabell 6, figur 10). För att undersöka detta analyserade vi korrelationen ( $r$ ) mellan andel vårdade inom BUP och första linjen i de kommuner/stadsdelar som hade "första linjen"-mottagningar. Vi fann att det fanns ett måttligt samband när vi tittade på personer som endast besökt en av vårdtyperna. Om kommunen hade en högre andel personer som bara besökt "första linjen"-mottagningar hade kommunen en mindre andel personer som besökt bara BUP ( $r=-0,4$ ,  $p<0.05$ ). Däremot, när vi analyserade andel personer med besök på BUP och andel personer med besök på första linjen-mottagningar, oavsett om de besökt båda vårdtyperna, var sambandet svagare och inte statistiskt säkerställt ( $r=-0,27$   $p=0,2$ ). Detta tyder på att sambandet inte är robust.

Tabell 6. Andel personer (befolkningsrelaterat, %) per bostadsort och vårdtyp år 2016.

| Kommun/stadsdel       | Bara förstalinjen-<br>besök | Bara BUP-<br>besök | Både<br>förstalinjen och<br>BUP besök |
|-----------------------|-----------------------------|--------------------|---------------------------------------|
| Upplands Väsby        | 1,6                         | 4,9                | 0,4                                   |
| Vallentuna            | 1,0                         | 5,6                | 0,3                                   |
| Österåker             | 1,3                         | 5,5                | 0,3                                   |
| Värmdö                | 2,7                         | 4,8                | 0,5                                   |
| Järfälla              | 0,2                         | 5,3                | 0,1                                   |
| Ekerö                 | 1,1                         | 4,5                | 0,3                                   |
| Huddinge              | 1,5                         | 3,7                | 0,2                                   |
| Botkyrka              | 0,9                         | 5,5                | 0,2                                   |
| Salem                 | 1,1                         | 4,4                | 0,1                                   |
| Haninge               | 1,3                         | 6,7                | 0,5                                   |
| Tyresö                | 1,1                         | 7,6                | 0,5                                   |
| Upplands-Bro          | 1,5                         | 4,5                | 0,5                                   |
| Nykvarn               | 1,4                         | 4,5                | 0,1                                   |
| Täby                  | 1,0                         | 4,2                | 0,2                                   |
| Danderyd              | 0,9                         | 3,3                | 0,1                                   |
| Sollentuna            | 1,2                         | 4,1                | 0,3                                   |
| Södertälje            | 0,9                         | 3,7                | 0,1                                   |
| Nacka                 | 1,9                         | 4,4                | 0,5                                   |
| Sundbyberg            | 0,9                         | 4,8                | 0,2                                   |
| Solna                 | 1,4                         | 4,7                | 0,2                                   |
| Lidingö               | 3,6                         | 3,2                | 0,6                                   |
| Vaxholm               | 1,2                         | 4,5                | 0,2                                   |
| Norrtälje             | 1,0                         | 7,5                | 0,2                                   |
| Sigtuna               | 0,7                         | 3,4                | 0,2                                   |
| Nynäshamn             | 1,1                         | 7,0                | 0,7                                   |
| Spånga-Tensta         | 0,4                         | 5,5                | 0,1                                   |
| Hässelby-Vällingby    | 1,0                         | 5,4                | 0,3                                   |
| Bromma                | 1,6                         | 4,3                | 0,3                                   |
| Kungsholmen           | 1,2                         | 4,3                | 0,3                                   |
| Norrmalm              | 1,3                         | 4,3                | 0,3                                   |
| Östermalm             | 2,8                         | 3,3                | 0,3                                   |
| Skarpnäck             | 1,4                         | 5,0                | 0,3                                   |
| Farsta                | 1,7                         | 5,4                | 0,4                                   |
| Älvsjö                | 2,0                         | 4,7                | 0,3                                   |
| Skärholmen            | 0,9                         | 4,1                | 0,1                                   |
| Rinkeby-Kista         | 0,3                         | 4,4                | 0,0                                   |
| Hägersten-Liljeholmen | 1,6                         | 4,7                | 0,3                                   |
| Södermalm             | 1,3                         | 4,3                | 0,3                                   |
| Enskede-Årsta-Vantör  | 1,0                         | 4,7                | 0,2                                   |
|                       |                             |                    |                                       |

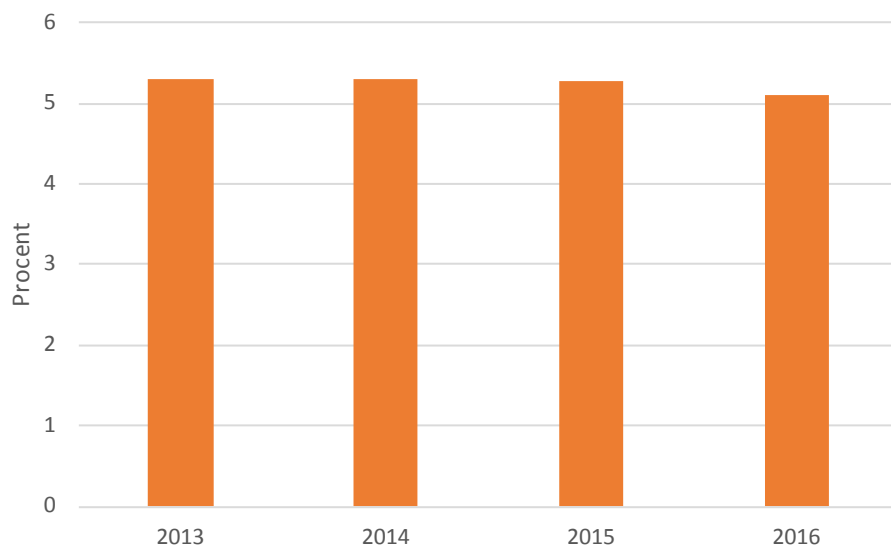
|    |     |     |     |
|----|-----|-----|-----|
| SL | 1,6 | 4,9 | 0,4 |
|----|-----|-----|-----|

Figur-10. Antal personer per antal invånare (% 0-18 år) per bostadsort och vårdtyp.



Figur 11 visar andel personer (0-18 åringar) som besökt BUP 2013-2016 för personer som bodde i de kommuner och stadsdelar där mottagning för första linjen psykisk ohälsa barn och unga finns. Det finns inga tydliga tecken på att andelen personer på BUP minskat i dessa områden.

Figur 11. Andel (% av 0-18-åringar i befolkningen) med besök på BUP för personer boende i de kommuner och stadsdelar där mottagning för första linjen psykisk ohälsa barn och unga finns.

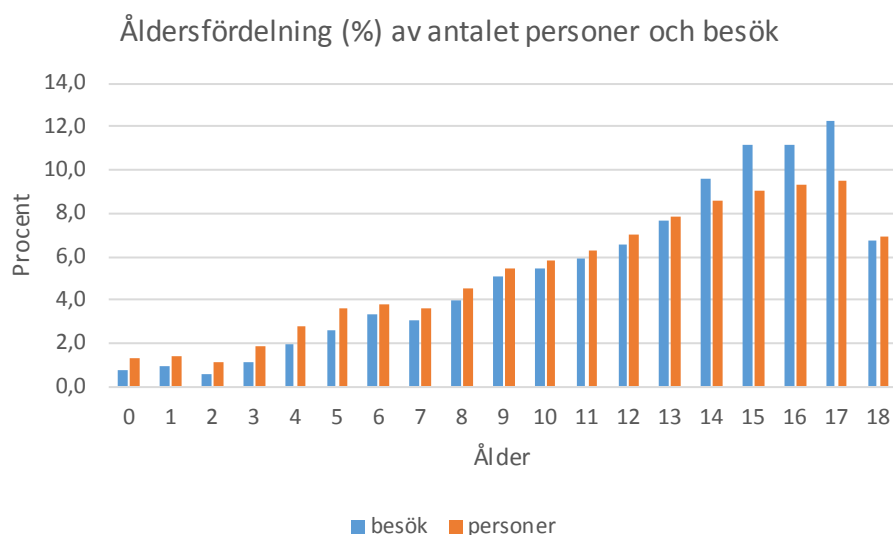




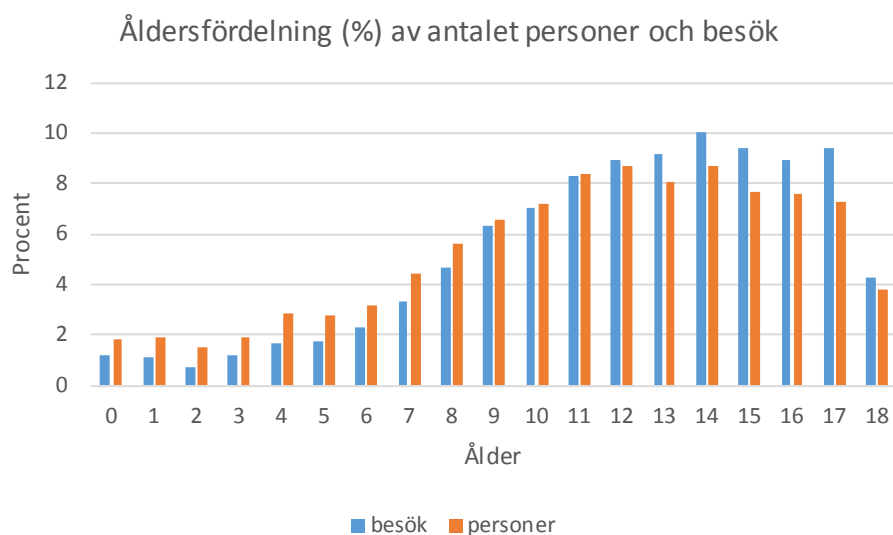
### Åldersfördelning inom BUP jämfört med första linjen psykisk ohälsa barn och unga

Figur 12 visar att åldersfördelningen är snarlik inom BUP och Första linjen psykisk ohälsa barn och unga. De allra yngsta barnen är i minoritet. Endast 12 % respektive 13 % är 0-5 år inom BUP respektive Första linje verksamheter. Inom både BUP och Första linjen är majoriteten av barn och ungdomar över 9 år (cirka 75 %).

Figur 12. Åldersfördelning inom BUP



### Åldersfördelning inom Första linjen psykisk ohälsa barn och unga



## Resultat – intervjuer

### Sammanfattning av intervjuer

Överlag uttryckte de 35 intervjuade från första linjemottagningar liksom de 14 nyckelpersonerna från BUP och BHV som intervjuades att de uppskattade att de fick möjlighet att bidra till utvärderingen av första linjen för barn och unga psykisk ohälsa. Det var stor överensstämmelse bland de intervjuade oavsett organisatorisk tillhörighet.

Väntetid för att komma till första linjen varierade från mindre än en månad upp till fyra månader och en mindre andel mottagningar hade intagningsstopp. Flertalet tar emot alla patienter som söker men en del mottagningar hänvisade vidare redan vid första telefonkontakten om problematiken ansågs ligga utanför första linjens kompetensområde. Runt en tredjedel av de intervjuade uppgav att prioriteringar av nybesök gjordes vid förekomst av depression, självskadebeteende, skolfrånvaro orsakad av psykisk ohälsa och för små barn.

När det gäller att ställa diagnos så gjordes detta efter ett par samtal men det förekom att sökande inte fick någon diagnos då det, enligt de intervjuade, är många som söker till första linjen som inte uppfyller diagnoskriterierna. Flertalet intervjuade uppgav att det fanns en samsyn på mottagningen om när och hur diagnos ska ställas. I fråga om regionala vägledningsdokument för behandling inom första linjen uppgav i princip alla intervjuade att samtliga nio vägledningsdokument användes.

Gällande personal var det vanligast att mottagningarna hade en eller två psykologer anställda för att arbeta med första linjen. Det var relativt ovanligt att första linjen samarbetade med läkare eller annan personal på mottagningen. Flertalet av de intervjuade angav att det inte existerade något systematiskt teamarbete. Detta faktum kan vara en spegling av att första linjen är tydligt separerad från övrig verksamhet.

Dokumenterade samverkansrutiner var ovanligt för första linjens mottagningar, även om samverkan förekom. Vanligast var samverkan med skola eller med socialtjänst, mindre vanligt var samverkan med förskola. Anledningen till att samverkan är sporadisk med förskolan, menar de intervjuade, är på grund av att de har så få patienter i förskoleåldern. Medverkan i det lokala BUS-arbetet var inte heller vanligt. Mindre än hälften av de intervjuade uppgav att de deltog vid utformande av samordnade individuella planer. Cirka hälften av de intervjuade inom första linjen uppgav att de remitterade till BUP två gånger per månad. Hur lång tid det tog att få återkoppling på remisser från BUP varierade beroende på vilken BUP-mottagning som mottagit remissen, från en vecka till inget svar. Mer än hälften av de intervjuade uppgav att det fanns patientgrupper som de upplevde hänvisades runt inom hälso- och sjukvården. Exempel som togs upp var ensamkommande och barn/unga med problem relaterade till neuropsykiatriska diagnoser.

För barn 0-3 år ansåg cirka fyra av tio intervjuade inom första linjen att de saknade kompetens för att arbeta med åldersgruppen även om det var vanligt att BVC skickade remisser till första linjen. De bekymmer som var vanligt förekommande för åldersgruppen var sömnproblem, problem med mat eller trots/utagerande beteende.

Det område som de intervjuade återkom till allra mest var behovet av att ha en strukturerad dialog mellan första linjen och BUP, för att klargöra var patienter skall få hjälp och stöd. Samverkan ansågs också vara viktigt och att det skulle behövas avsättas särskild tid för detta. Vidare angav flera av de intervjuade att det råder en ojämn geografisk fördelning av första linjemottagningar i länet vilket bidrar till långa väntetider och försvårar tillgängligheten. Patienter/familjer söker sig exempelvis tillbaka till BUP, trots att BUP gjort bedömningen att första linjen är rätt vårdinstans, då tillgängligheten varit begränsad.

## Intervjuer

### Kännedom om/synpunkter från BUP och BHV rörande första linjens uppdrag och funktion

De intervjuade inom BUP och BHV hade relativt samstämmig syn rörande hur de uppfattade det uppdrag och funktion som första linjen har. Återkommande svar var att det ska vara en låg tröskel för vårdtagare att söka hjälp för lindrig till måttlig ohälsa där kortare insatser erbjuds. Vidare att första linjen ska utgöra ett komplement till övriga vårdkedjan och avlasta BUP samt att det ska finnas en samverkan med andra aktörer såsom socialtjänst, skola, BVC och BUP.

Genomgående lyfte de intervjuade att de upplevde att första linjen i praktiken hade svårt att vara det komplement som det var tänkt. För att täcka in kompetensområdet 0-18 år, skulle det behövas fler anställda psykologer per mottagning. Det är svårt för en psykolog att ha den kompetensbredd som krävs för att kunna hjälpa alla åldersgrupper som söker sig till första linjen. Framför allt är det småbarnskompetens som saknas enligt de intervjuade. Det finns också en otydlighet när det gäller gränsdragning mellan vilka patientgrupper som första linjen ska ta och när BUP ska ta vid; det skulle vara önskvärt att uppdelningen mellan dessa vårdaktörer blev ännu tydligare. Ytterligare en aspekt som belystes var att det i vissa områden finns få första linjemottagningar. Långa avstånd både försvårar samverkan mellan vårdaktörer och för vårdsökande att ta sig till närmsta första linjemottagning.

### Tillgänglighet, enligt första linjen

#### Väntetid första besöket

I intervjuerna med första linjemottagningarna framkom att inom en månad kan mer än hälften av mottagningarna ta emot nybesök (Tabell 1). Det kan dröja mellan en månad till fyra månader för nybesök på runt en fjärdedel av mottagningarna. Stopp för remisser/nybesök var aktuellt på en mindre andel mottagningar.

Tabell 1. Fördelning av väntetider för nybesök

|                 | HLM   |         | BUMM  |         | TOTALT |         |
|-----------------|-------|---------|-------|---------|--------|---------|
| Väntetid        | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal  | Procent |
| < 1 månad       | 17    | 81      | 5     | 36      | 22     | 62      |
| 1-3 månader     | 4     | 19      | 4     | 29      | 8      | 23      |
| 4 månader       | 0     |         | 1     | 7       | 1      | 3       |
| Intagningsstopp | 0     |         | 4     | 29      | 4      | 12      |

#### Vilka tas emot?

Något mindre än hälften, (n=16, 46%) av de 35 mottagningarna uppgav att de tog emot alla patienter som söker (n=9, 43% HLM och n=7, 50% BUMM). På resterande mottagningar (n=19, 54%) gjordes hänvisningar om problematiken på telefon bedömdes ligga utanför verksamhetens kompetensområde, såsom vårdnadstvist eller suicidrisk (n=12, 57% HLM och n=7, 50% BUMM).

#### Prioritering av patientgrupper

Närmare en tredjedel (n=10, 29% TOTALT, n=6, 29% HLM och n=4, 29% BUMM) av de 35 intervjuade mottagningarna sade att vissa nybesök får högre prioritet än andra. Exempel på prioriteringar var allvarligare problematik som t.ex. depressioner, självskadebeteende, frånvaro i skolan p.g.a. psykisk ohälsa, om patientens tillstånd bedömdes kunna försämrats, små barn generellt, internremisser från det egna eller andra BUMM samt vid osäkerhet om patienten var på rätt plats i vårdkedjan.

### Egenanmälan och remisser

Det var vanligast att patienter själva sökte sig till första linjen enligt de intervjuade mottagningarna (Tabell 2). En mindre andel av mottagningarna uppgav att patienter vände sig till första linjen efter att ha blivit hänvisade av andra aktörer såsom skolan eller BVC. Likaså uppgav en lägre andel av mottagningarna att cirka hälften av patienterna kommer via remiss och en HLM uppgav att den övervägande delen av patienterna kommer via remiss.

Tabell 2. Fördelning av kontaktvägar

| Kontaktväg | HLM   |         | BUMM  |         | TOTALT |         |
|------------|-------|---------|-------|---------|--------|---------|
|            | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal  | Procent |
| Egen       | 12    | 57      | 10    | 71      | 22     | 64      |
| Hänvisning | 8     | 38      | 2     | 14      | 10     | 26      |
| Remiss     | 3     | 14      | 5     | 36      | 8      | 25      |

### Remissaktörer

Av de 35 tillfrågade mottagningarna angav mer än hälften att remisser kom från elevhälsovården (Tabell 3). Remisser från HLM förekom också för hälften eller mer av mottagningarna. Remisser från BUMM var mindre förekommande, liksom från BVC och BUP. Lägst förekommande var remisser från ungdomsmottagning, kurator inom kommun och primärvårdsrehabilitering.

Tabell 3. Andel aktörer som remitterar till första linjemottagningar

| Remissaktör               | HLM   |         | BUMM  |         | TOTALT |         |
|---------------------------|-------|---------|-------|---------|--------|---------|
|                           | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal  | Procent |
| Elevhälsovård             | 15    | 71      | 9     | 64      | 24     | 68      |
| Husläkarmottagningar      | 10    | 48      | 9     | 64      | 19     | 56      |
| BUMM                      | 5     | 24      | 7     | 50      | 12     | 37      |
| BVC                       | 4     | 19      | 2     | 14      | 6      | 17      |
| BUP                       | 8     | 38      | 1     | 7       | 9      | 23      |
| Ungdomsmottagningar       | 0     |         | 1     | 7       | 1      | 3       |
| Kurator i kommun          | 1     | 5       | 1     | 7       | 2      | 6       |
| Primärvårdsrehabilitering | 0     |         | 1     | 7       | 1      | 3       |

## Tillgänglighet, enligt BUP och BHV

### Avlastning

Genomgående ansåg de intervjuade nyckelpersonerna inom BUP och BHV att första linjen utgör en avlastning på vissa plan samtidigt som den ur vissa aspekter inte gör det. Om det över telefon görs en bedömning att det handlar om lindrig till måttlig psykisk ohälsa kan BUP hänvisa till första linjen. Det känns dock svårare att hänvisa i områden där det saknas första linjemottagningar, eller där det är långa väntetider eller intagningsstopp. Det kan innebära att barnet/ungdomen/familjen får en lång resväg för att få hjälp; speciellt svårt kan det vara för familjer med små barn att behöva ta sig långa sträckor, vilket gör att de söker sig tillbaka till BUP trots att de blivit rekommenderade att ta kontakt med en första linjemottagning. I fall då barn/unga kommer till BUP via remiss från första linjen, blir det en avlastning för BUP om en grundlig bedömning har gjorts innan remissen skrivits. Oftast saknas en ordentlig bedömning, vilket innebär merarbete för BUP. En annan orsak till att första linjen inte utgör en avlastning för BUP, är att de tänkta målgrupperna saknar kunskap om att verksamheten finns. Ytterligare en aspekt som tas upp är att det kan vara lång väntetid för att få komma till första linjen och då vänder sig vårdsökande till BUP istället där vårdsökande enligt vårdgarantin får komma på besök inom 30 dagar.

## Målgrupp och behandlingsinnehåll

### Ställa diagnos och synsätt på att ställa diagnos

Runt en tredjedel av de 35 mottagningarna (Tabell 4) gjorde en preliminär arbetsdiagnos vid första besöket, som senare kunde ändras när en utförligare bedömning hade gjorts. Det vanligaste var dock att diagnos ställdes efter ett par bedömningssamtal, cirka två tredjedelar av de intervjuade uppgav att de satte diagnos efter ett par kontakter, om patienten uppfyllde kriterierna. De som svarade att de väljer att avvakta med att sätta diagnos berättade att de ofta gör en beskrivning av de subkliniska symtom som patienten har, eftersom många som söker sig till första linjen inte uppfyller kriterierna för en diagnos.

På samtliga 35 mottagningar fanns en samsyn rörande i vilket skede av kontakten som diagnos skulle ställas. Ungefär en femtedel av de intervjuade (n=6, 17% TOTALT, n=1, 5% HLM och n=5, 36% BUMM) uttryckte att det ofta fanns anledning att avstå från att ställa diagnos eftersom klienterna inte uppfyllde diagnoskriterierna. Omkring en fjärdedel av mottagningarna (n=9, 26% TOTALT, n=6, 29% HLM och n=3, 21% BUMM) uppgav att det saknades standardiserade rutiner för *när* diagnos borde sättas, så bedömningar gjordes vid olika tillfällen av olika behandlare.

På frågan om det fanns olika synsätt gällande *hur* diagnos ska ställas, uppgav alla intervjuade mottagningar att det fanns en samstämmighet kring detta bland kollegorna. Knappt hälften av mottagningarna (Tabell 4) hade inarbetade rutiner där vissa instrument alltid ingick, såsom skattningsformulär, strukturerade intervjuer inklusive M.I.N.I.KID. Ett fåtal av de intervjuade mottagningarna saknade rutiner för att ställa diagnos.

Tabell 4. Fördelning över att ställa diagnos och rutiner för att ställa diagnos

|                                      | HLM   |         | BUMM  |         | TOTALT |         |
|--------------------------------------|-------|---------|-------|---------|--------|---------|
| Ställa diagnos                       | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal  | Procent |
| Arbetsdiagnos vid 1:a besöket        | 5     | 24      | 6     | 43      | 11     | 31      |
| Diagnos efter ngra bedömn.samtal     | 16    | 76      | 8     | 57      | 24     | 69      |
| Rutiner för hur diagnos ställs       |       |         |       |         |        |         |
| Rutiner med strukturerade instrument | 9     | 43      | 7     | 50      | 16     | 46      |

|                                       |   |   |   |    |   |    |
|---------------------------------------|---|---|---|----|---|----|
| Rutiner saknas för att ställa diagnos | 1 | 5 | 3 | 21 | 4 | 11 |
|---------------------------------------|---|---|---|----|---|----|

#### *Integrerad mottagning/verksamhet med kommunen*

Ett fåtal av de 35 intervjuade mottagningarna (n=5, 14% TOTALT, n=5, 24% HLM och n=0 BUMM), hade integrerad mottagning med kommunen. Det innebär att både kommun- och landstingsanställd personal arbetar på första linjemottagningen så att patienter kan få hjälp med både sociala och psykologiska aspekter som är kopplade till deras hälsa. Endast ett par av mottagningarna (n=2, 6% TOTALT, n=2, 10% HLM och n=0 BUMM) uppgav att de hade ett nära samarbete tillsammans med kommunanställda såsom socionomer, eller att de hade KOMET-grupper ihop med socialtjänsten.

#### *Nationella riktlinjer som tillämpas i behandlingen*

*Barnkonventionen* kände samtliga 35 intervjuade mottagningar till och den fanns med i mötet med barnen och ungdomarna de träffade (Tabell 5). *Meddelandeblad 7, 2010 från Socialstyrelsen*, som bl.a. innefattar barns delaktighet och integritetsskydd när de söker hälso- och sjukvård, uppgav runt hälften av de 35 intervjuade mottagningarna att de använde. Gällande *barn som närstående*, var dokumentet känt för knappt en tredjedel av de 35 intervjuade mottagningarna. Samtliga intervjuade ansåg dock att tillämpningen fanns med i deras arbete. Nästan alla intervjuade kände till att det fanns ett specifikt dokument rörande *orosanmälan enligt socialtjänstlagen kap 14, § 1*. Överlag uppgav de intervjuade att anmälan gjordes regelbundet och därför behövde de sällan ta stöd av själva dokumentet.

Tabell 5. Fördelning av tillämpning av nationella riktlinjer

|                          | HLM   |         | BUMM  |         | TOTALT |         |
|--------------------------|-------|---------|-------|---------|--------|---------|
| Riktlinjer               | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal  | Procent |
| Barnkonventionen         | 21    | 100     | 14    | 100     | 35     | 100     |
| Meddelandeblad nr 7/2010 | 14    | 67      | 5     | 33      | 19     | 54      |
| Barn som närstående      | 8     | 38      | 3     | 20      | 11     | 31      |
| Orosanmälan              | 21    | 100     | 12    | 86      | 33     | 94      |

### Regionala vägledningsdokument för behandling

De 35 intervjuade mottagningarna kände väl till vägledningsdokumenten. I princip samtliga intervjuade (n=34, 97% TOTALT, n=21 100% HLM och n=13 BUMM, 93%) använder (Tabell 6) vägledningsdokumenten vid behov och har antingen dokumenten tillgängliga i skrift eller via dator/internet. Några nämnde även att olika regionala vägledningsdokument lyfts upp och diskuteras på nätverksträffar på Gustavsbergs HLM (n=4, 11% TOTALT, n=10% HLM och n=14% BUMM). Somliga av de nio vägledningsdokumenten tillämpas i mindre utsträckning än andra; de skäl som angavs var att personalen inte kom i kontakt med alla målgrupper som omfattas av vägledningsdokumenten eller inte tagit del av alla tio dokument.

Tabell 6. Fördelning av hur vägledningsdokument tillämpas

|                                                                                                  | HLM   |         | BUMM  |         | TOTALT |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|-------|---------|--------|---------|
| Vägledningsdokument                                                                              | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal  | Procent |
| Generellt om vård av barn och unga med psykisk ohälsa                                            | 21    | 100     | 13    | 93      | 34     | 97      |
| Ångest hos barn och unga med psykisk ohälsa                                                      | 20    | 95      | 13    | 93      | 33     | 94      |
| Utagerande beteende hos barn med psykisk ohälsa                                                  | 20    | 95      | 13    | 93      | 33     | 94      |
| Barn 0-6 år med psykisk ohälsa eller risk för sådan                                              | 18    | 86      | 12    | 86      | 30     | 86      |
| Sömnstörning hos barn och unga med psykisk ohälsa                                                | 20    | 95      | 13    | 93      | 33     | 94      |
| Depression och nedstämdhet hos barn och unga                                                     | 18    | 86      | 13    | 93      | 31     | 89      |
| Psykologisk behandling av barn och unga med långvarig smärta                                     | 15    | 71      | 13    | 93      | 28     | 80      |
| Psykisk ohälsa hos barn och unga med kronisk sjukdom eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning | 16    | 76      | 13    | 93      | 29     | 83      |
| Ensamkommande barn och ungdomar                                                                  | 19    | 90      | 11    | 79      | 30     | 86      |
| Samverkan kring barn i behov av särskilt stöd (BUS)                                              | 14    | 67      | 7     | 50      | 21     | 60      |

### Kompetens för behandling av olika patientgrupper enligt BUP och BHV

Enligt de intervjuade nyckelpersonerna från BUP kan första linjen ta hand om lindrig till måttlig ohälsa för ångest, utagerande problem eller lindrig depression, som inte kräver behandling under en längre tidsperiod, medan BUP kan ge bra stöd till patienter med till exempel allvarigare depressionstillstånd, autismspektrum eller som är suicidbenägna samt till barn 0-5 år med psykisk ohälsa. Första linjen är den instans som anses vara en bra aktör att ta hand om barn och unga med sömnstörningar. För att det ska fungera fullt ut, behöver det finnas möjlighet för första linjen att förskriva vissa former av sömnmedicin, exempelvis genom samverkan med den HLM eller BUMM som mottagningen tillhör. Några av patientgrupperna, såsom barn och unga med långvarig smärta, kronisk sjukdom eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, skulle gynnas av att få stöd av andra aktörer som smärtemottagningar, BUP konsultenhet eller habilitering.

Nyckelpersonerna som intervjuades inom BHV ansåg att både första linjen och BUP har kompetens för att ge stöd till olika patientgrupper. Första linjen var viktig för bedömningar och lättare former av problematik hos äldre barn gällande utagerande problem, mat- och sömnstörningar. Mer uttalad problematik ansågs höra hemma hos BUP. Samtidigt sågs också ett behov av att andra aktörer finns tillgängliga för barn noll till fem år med psykisk ohälsa generellt eller med risk för sådan i kombination med sömnstörning, matproblematik och kronisk sjukdom eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

### Personal

Samtliga 35 intervjuade mottagningar uppgav att de hade anställda psykologer, antalet varierade från en till sex stycken (Tabell 7). Vanligast var att ha en eller två psykologer anställda med varierande omfattning, följt av tre psykologer också med varierande omfattning.

Tabell 7. Fördelning av antal psykologer

| Antal psykologer | Sysselsättningsgrad | HLM   |         | BUMM  |         | TOTALT |         |
|------------------|---------------------|-------|---------|-------|---------|--------|---------|
|                  |                     | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal  | Procent |
| 1                | Varierande          | 8     | 38      | 3     | 21      | 11     | 31      |
| 2                | Varierande          | 7     | 33      | 4     | 29      | 11     | 31      |
| 3                | Varierande          | 4     | 19      | 4     | 29      | 8      | 23      |
| 4                | Varierande          | 2     | 10      | 1     | 7       | 3      | 9       |
| 5                | Deltid              | 0     |         | 1     | 7       | 1      | 3       |
| 6                | 1 ½ heltidstjänst   | 0     |         | 1     | 7       | 1      | 3       |

Ett fåtal av mottagningarna (n=5, 14% TOTALT, n=5, 24% HLM) hade socionomer anställda inom tilläggsuppdraget barn och unga med psykisk ohälsa.

### Behandling

Samtliga intervjuade mottagningar uppgav att de skötte all behandling själva utan stöd från externa leverantörer och att insatserna skedde i deras egna lokaler. De gånger behandling genomfördes på annan plats än mottagningen var vid exempelvis fobiträning. Annan anställd personal på den HLM eller BUMM som första linjemottagningen tillhör, assisterar eller rådfrågas vid behov. Det kan bland annat handla om att sjuksköterskor är involverade vid fobiträning vid sprutstick, konsultation med läkare, andra psykologer eller med rehabiliteringen.

### Samarbete läkare

På de allra flesta av de 35 mottagningarna (n=29, 83% TOTALT, n=18, 86% HLM och n=11, 79% BUMM) förekom inget systematiskt teamarbete mellan första linjen och läkare i form av rutiner som innebär att läkare är med i ett visst skede av processen eller alltid träffar vissa patientgrupper. På ett fåtal mottagningar (n=5, 14% TOTALT, n=2, 10% HLM och n=3, 21% BUMM), förekom teamarbete vid behov och vid en mottagning (3% TOTALT, och n=1, 5% HLM) förekom teamarbete då det rörde sig om somatiska problem.

På fyra av tio av de 35 intervjuade mottagningarna (n=14, 40%) förekom samarbete med barnläkare (n=3, 14% HLM och n=11, 79% BUMM). Cirka en tredjedel totalt (n=12, 34%) samarbetade med läkare. Några mottagningar (n=2, 6%) samarbetade med ST-läkare (n=1, 5% HLM och n=1, 7% BUMM). Knappt tre av tio mottagningar (n=10, 29% TOTALT, n=7, 33% HLM och n=3, 21% BUMM) uppgav att de inte hade någon samverkan alls med läkare.



Av alla 35 tillfrågade mottagningar uppgav flertalet (n=29, 83% TOTALT, n=18, 86% HLM och n=11, 79% BUMM) att det inte finns någon specifik läkare som har huvudansvar för målgruppen barn och unga med psykisk ohälsa.

### *Samverkan, enligt första linjen*

#### *Dokumenterade samverkansrutiner*

Intervjuade inom första linjen anser att det finns fördelar med lokala skriftliga samverkansrutiner. Framför allt är det värdefullt för nyanställd personal att veta hur de ska gå tillväga, samtidigt som det också är bra att ha en tydlig systematik i samverkansrutinerna. Gustavsbergs HLM har utarbetat en samverkansplan, och den mallen är alla första linjemottagningar fria att använda sig av. På ett fåtal mottagningar (n=6, 17% TOTALT, n=4, 19% HLM och n=2, 14% BUMM) fanns generella rutiner om samverkan med olika aktörer. Några av de 35 mottagningarna (n=3, 9% TOTALT, n=2, 10% HLM och n=1, 7% BUMM) använde sig av samverkansplanen utarbetad av HLM i Gustavsberg. Runt en av tio mottagningar (n=4, 11% TOTALT, n=2, 10% HLM och n=2, 14% BUMM) saknade rutiner och förde endast protokoll i samband med samverkan. På några av de intervjuade mottagningarna (n=3, 9% TOTALT, n=3, 14% HLM) uppgavs att de inte kände till om det fanns några dokumenterade samverkansrutiner på deras mottagning. Knappt hälften av de intervjuade (n=16, 46% TOTALT, n=8, 38% HLM och n=8, 57% BUMM) berättade att det saknades dokumenterade samverkansrutiner på arbetsplatsen.

#### *Samverkan med kommuner*

Mer än hälften av de intervjuade mottagningarna (n=21, 60% TOTALT, n=13, 62% HLM och n=8, 57% BUMM) bedrev samverkan med kommuner via telefon. Mindre vanligt var samarbete i form av samverkansmöten (n=15, 43% TOTALT, n=10, 48% HLM och n=5, 36% BUMM), samverkan genom den kommunanställda personalen på första linjemottagningen (n=2, 6% TOTALT, n=2, 10% HLM) och gemensamma utbildningar med kommunen (3 % TOTALT, n=1, 5% HLM).

#### *Förskola*

Ett fåtal av de 35 intervjuade (n=6, 17% TOTALT, n=2, 10% HLM och n=4, 29% BUMM) uppgav att de inte har någon samverkan alls med förskolor på grund av få eller inga patienter i förskoleåldern. Cirka hälften av mottagningarna (n=18, 51% TOTALT, n=12, 57% HLM och n=6, 43% BUMM) hade vid behov telefonkontakt med förskolan, vilket var sällan då de hade så få ärenden i den ålderskategorin. Samverkan med förskolan förekom både via telefonkontakt och fysiska möten i enskilda ärenden för ungefär en av fem mottagningar (n=8, 23% TOTALT, n=5, 24% HLM och n=3, 21% BUMM). Cirka en av tio mottagningar (n=4, 11% TOTALT, n=3, 14% HLM och n=1, 7% BUMM) hade samverkan med förskolan via BVC.

#### *Skola*

Endast ett fåtal av de 35 tillfrågade (n=2, 6% TOTALT, n=1, 5% HLM och n=1, 7% BUMM) uppgav att de inte har någon samverkan alls med skolan. En av fem mottagningar (n=7, 20% TOTALT, n=6, 29% HLM och n=1, 7% BUMM) samarbetade med skolan genom samverkansmöten. Flertalet av de tillfrågade (n=29, 83% TOTALT, n=16, 76% HLM och n=13, 93% BUMM) uppgav att samverkan både förekom via telefonkontakt och fysiska möten vid behov.

#### *Socialtjänst*

Ett par intervjuade (n=2, 6% TOTALT, n=1, 5% HLM och n=1, 7% BUMM) uppgav att de inte har någon samverkan alls med socialtjänsten. Cirka en av tio intervjuade (n=4, 11% TOTALT, n=3, 14% HLM och n=1, 7% BUMM) sade att samarbetet sker via samverkansmöten. Omkring två tredjedelar (n=24, 69% TOTALT, n=14, 67% HLM och n=10, 71% BUMM) uppgav att samarbetet ofta förekom via telefon i enskilda ärenden/orosanmälningar. En av fem av de intervjuade mottagningarna (n=7, 20% TOTALT, n=4, 19% HLM och n=3, 21% BUMM)

berättade att kontakt med socialtjänsten förekom både via telefon och fysiska möten. Ett fåtal av de tillfrågade (n=2, 6% TOTALT, n=2, 10% HLM) sade att de kommunanställda socionomerna på deras mottagning tog hand om samverkan. När första linjemottagningen är integrerad med kommunen går det att dela upp arbetsuppgifterna så att psykologerna ansvarar för de psykiska aspekterna av patientens problematik och socionomerna för de sociala.

#### BUS

Första linjemottagningar kan medverka i det lokala BUS-arbetet men andra yrkeskategorier från den HLM eller BUMM som första linjen tillhör och som deltar i en BUS-grupp representerar även första linjens verksamhet. De uppgifter som framkom gällande om samverkan sker i form av en lokal BUS-grupp, är att en mindre andel av de intervjuade deltog i regelbundna möten varje termin med samverkansaktörer (Se Tabell 8). Likaså var det en lägre andel av de intervjuade som deltog vid behov. En intervjuad uppgav att den blev kallad till BUS-möten som sällan blev av. Runt en tredjedel av intervjuade uppgav att de inte hade någon lokal samverkan. Nästan lika stor andel av de intervjuade sade att deras första linjemottagning inte deltar i BUS-möten. Någon enstaka berättade att de inte är med på grund av tidsbrist och ett fåtal visste inte huruvida mottagningen deltog i den lokala BUS-gruppen.

Tabell 8. Fördelning av första linjens deltagande lokala BUS-grupper

|                                           | HLM   |         | BUMM  |         | TOTALT |         |
|-------------------------------------------|-------|---------|-------|---------|--------|---------|
| <b>Förekomst av BUS</b>                   | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal  | Procent |
| Varje termin                              | 4     | 19      | 0     |         | 4      | 11      |
| Vid behov                                 | 4     | 19      | 1     | 7       | 5      | 14      |
| Kallad regelbundet (möten ofta inställda) | 1     | 5       | 0     |         | 1      | 3       |
| Ingen kännedom om lokal BUS finns         | 5     | 24      | 7     | 50      | 12     | 34      |
| Första linjen deltar inte i lokala BUS    | 5     | 24      | 5     | 36      | 10     | 29      |
| Deltar inte p.g.a. tidsbrist              | 1     | 5       | 0     |         | 1      | 3       |
| Vet inte om mottagning deltar             | 1     | 5       | 1     | 7       | 2      | 6       |

#### Samordnade individuella planer (SIP)

En av de 35 intervjuade mottagningarna (3% TOTALT, n=1, 5% HLM) berättade att första linjens personal har försökt att organisera SIP utan att få gensvar från andra aktörer. Fyra av tio intervjuade (n=14, 40% TOTALT, n=11, 52% HLM och n=3, 21% BUMM), sade att de deltog i SIP vid behov och att det av den anledningen skedde oregelbundet. Lika många, (n=12, 40% TOTALT, n=4, 19% HLM och n=10, 71% BUMM) uppgav att de inte blivit kallade till SIP, eventuellt delvis för att det inte funnits behov. Omkring en på tio av första linjemottagningarna (n=4, 11% TOTALT, n=3, 14% HLM och n=1, 7% BUMM) deltog i SIP i genomsnitt en gång/termin. Ett fåtal (n=2, 6% TOTALT, n=2, 10% HLM) deltog i SIP regelbundet, ungefär 5 gånger/år.

Endast i början av intervjuperioden tillfrågades de intervjuade om vilken aktör som tar initiativ till SIP, vilket medför att den totala summan understiger 100 procent. Den samverkansaktör som oftast tog initiativ till SIP var socialtjänsten enligt närmare en fjärdedel av de 35 intervjuade (n=10; 26% TOTALT, n=6, 29% HLM och n=3, 21% BUMM). Därefter följde mottagningar som sade att de själva tog initiativet (n=6, 17% TOTALT, n=5, 24% HLM och n=1, 7% BUMM). Knappt en av tio (n=3, 9% TOTALT, n=2, 10% HLM och n=1, 7% BUMM) berättade att den aktör som såg behov av SIP, tog initiativ. Några av de intervjuade (n=2, 6% TOTALT, n=1, 5% HLM och n=1, 7% BUMM) sade att det

var ovanligare att skolpersonal var initiativtagare och en mottagning (3% TOTALT, n=1, 5% HLM) nämnde att habilitering var den aktör som brukade ta initiativ till SIP.

## Samverkan, enligt BUP och BHV

### *Kommunikation BUP-första linjen*

BUP-mottagningar har framför allt kontakt med första linjemottagningar i sitt upptagningsområde och de som är centralt lokaliserade. I vissa upptagningsområden finns det bara en första linjemottagning att hänvisa/remittera till. I områden där det finns en första linjemottagning geografiskt tillgänglig i relation till en BUP-mottagning, är det lättare för personalen att motivera vårdtagare att söka sig vidare.

Samverkan sker i olika former mellan BUP och första linjen. Nyckelpersoner på en övergripande chefsnivå inom BUP uppgav att de till viss del har kontakt med chefer på enhetsnivå inom första linjen. Det upplevs som svårt att upprätthålla en kontinuerlig kontakt med chefer inom första linjen på grund av att mottagningar startas och läggs ner efter en tid. I vissa områden har enskilda BUP-mottagningar och första linjemottagningar samverkansmöten varje termin för att stämma av gränsdragningar mellan verksamheterna, medan samverkan i andra områden sker i samband med BUS-träffar. Vissa BUP-mottagningar tillhandhåller konsultation till första linjen. Den vanligaste formen av samarbete uppger de intervjuade nyckelpersonerna är via remisser och hänvisningar.

### *Kommunikation BHV-första linjen*

En av de intervjuade från BHV uppgav att samverkan med första linjen framför allt skedde i skedet då första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa startade sin verksamhet. Vissa BVC har möten ett par gånger/termin med en kontaktperson från första linjen. Samverkan mellan enskilda BVC och första linjemottagningar ser olika ut beroende på den geografiska närheten för verksamheterna, där samverkan är mer omfattande om de geografiskt ligger nära varandra.

## Relation första linjen-BUP

### *Hänvisning*

Underlaget täcker endast 29 av de 35 intervjuade mottagningarna (17 HLM och 12 BUMM) när det gäller hur ofta första linjen hänvisar till BUP på grund av att frågan inte ställdes till de första sex första mottagningarna som intervjuades.

Cirka en av tio mottagningar (n=3, 9% TOTALT, n=2, 12% HLM och n=1, 8% BUMM) uppgav att mottagningen hänvisade till BUP ca varannan månad. En handfull av mottagningarna (n=5, 17% TOTALT, n=3, 18% HLM och n=2, 17% BUMM) hänvisade uppskattningsvis en gång i månaden. Ett något mindre antal (n=4, 14% TOTALT, n=3, 18% HLM och n=1, 3% BUMM) uppgav att de hänvisade cirka en gång i veckan. En mottagning (3% TOTALT, n=1, 8% BUMM) hänvisade i princip varje dag. Omkring hälften av de intervjuade mottagningarna (n=15, 52% TOTALT, n=8, 47% HLM och n=7, 58% BUMM) sade att de aldrig eller sällan hänvisar till BUP. En av mottagningarna uppgav (3% TOTALT, n=1, 6% HLM) att två av tio patienter hänvisades till BUP.

## Remisser

Vanligen remitterade de intervjuade första linjemottagningarna till BUP cirka två gånger per månad (Tabell 9). I övrigt var det stora variationer i hur mycket de intervjuade uppgav att mottagningarna remitterade till BUP. En intervjuad visste inte hur vanligt förekommande remisser var då personen var nyanställd och en mottagning uppgav att de aldrig remitterade till BUP.

Tabell 9. Uppskattad förekomst av remisser från första linjen till BUP

|                   | HLM   |         | BUMM  |         | TOTALT |         |
|-------------------|-------|---------|-------|---------|--------|---------|
| Remisser till BUP | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal  | Procent |
| 1 gång/vecka      | 2     | 10      | 2     | 14      | 4      | 11      |
| 2 ggr/månad       | 11    | 52      | 7     | 50      | 18     | 51      |
| 1 gång/månad      | 1     | 5       | 0     |         | 1      | 3       |
| Varannan månad    | 0     |         | 1     | 7       | 1      | 3       |
| Sällan            | 3     | 14      | 0     |         | 3      | 9       |
| 2 av 10 patienter | 1     | 2       | 0     |         | 1      | 3       |
| 1 av 10 patienter | 2     | 10      | 3     | 21      | 5      | 14      |
| Vet ej            | 1     | 5       | 0     |         | 1      | 3       |
| Aldrig            | 0     |         | 1     | 7       | 1      | 3       |

## Återkoppling från BUP

Frågan om hur lång tid det tog för första linjemottagningar att få remissvar från BUP ställdes inte i det initiala skedet av intervjuperioden; med anledning av detta finns information om detta från 27 av de 35 deltagande mottagningarna (n=16, 76% HLM och n=11, 79% BUMM). De mottagningar som fick frågan visade att det fanns stora variationer (Tabell 10). Vanligast var svaret att hur lång tid det tog att få återkoppling berodde på vilken BUP-mottagning de remitterat till. Något mindre vanligt var enligt de intervjuade att de ibland inte får något remissvar alls från BUP. Några mottagningar uppgav att de oftast fick svar inom 1-2 veckor. Lika många angav att de får återkoppling väldigt fort när BUP inte tar emot remissen, vilket var vanligt förekommande. Ett par mottagningar uppskattade att de vanligen fick svar inom 1 vecka. Ännu ett par mottagningar uppgav att det vanligtvis tog 2-3 veckor. Likaså sade ett par mottagningar att de kan få remissvar efter det första besöket på BUP. Enstaka mottagningar berättade att det tog ca en månad att få remissvar, eller att det kunde dröja upp till tre månader.

Tabell 10. Fördelning av estimerad tid för första linjen att få remissvar från BUP

|                               | HLM   |         | BUMM  |         | TOTALT |         |
|-------------------------------|-------|---------|-------|---------|--------|---------|
| Väntetid - återkoppling       | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal  | Procent |
| Inom 1 vecka                  | 1     | 6       | 1     | 9       | 2      | 7       |
| 1-2 veckor                    | 3     | 19      | 0     |         | 3      | 11      |
| 2-3 veckor                    | 1     | 6       | 1     | 9       | 2      | 7       |
| 1 månad                       | 1     | 6       | 0     |         | 1      | 4       |
| 3 månader                     | 1     | 6       | 0     |         | 1      | 4       |
| Beror på BUP-mottagning       | 1     | 6       | 5     | 45      | 6      | 22      |
| Efter initialt besök på BUP   | 2     | 13      | 0     |         | 2      | 7       |
| Svar snabbt när negativt svar | 0     |         | 3     | 27      | 3      | 11      |
| Får inget remissvar           | 3     | 19      | 1     | 9       | 4      | 15      |

### *Patientgrupper som hänvisas runt*

Intervjuade på mer än hälften av de 35 deltagande första linjemottagningarna (n=22, 63% TOTALT, n=14, 67% HLM och n=8, 57% BUMM) upplevde att det fanns patientgrupper som hänvisades runt och de kom även med förslag på vad de ansåg att dessa patienter behövde för stöd/hjälp. De sammanställda svaren listas nedan.

- Ensamkommande barn/unga som nämndes av flera mottagningar (n=7, 20% TOTALT, n=6, 43% HLM och n=1, 13% BUMM).  
Förslag på insatser: Bättre tydlighet gällande vilken vårdaktör som är mest lämplig så att patienter slipper gå till olika platser, bättre kommunikation mellan vårdaktörer och tydliga rutiner kan identifiera den egentliga problematiken eftersom de ofta söker för somatiska problem vid psykisk ohälsa. Andra förslag är stabiliserande stödsamtal och att utbilda boendepersonal om vad dessa patienter behöver som t.ex. en pålitlig miljö.
- Barn/unga med problematik kopplat till neuropsykiatrisk diagnos togs också upp av flera mottagningar (n=6, 17% TOTALT, n=6, 43% HLM).  
Förslag på insatser: Helhetstänk i vården, samverkan mellan vårdaktörer, erbjuda patienter kunskap och mer omfattande stöd som t.ex. individuell KBT-behandling. De kan också bli hjälpta av visuella och tekniska hjälpmedel, struktur i vardagen samt tydliga hänvisningar var de kan vända sig vid behov. Patienternas föräldrar behöver ges mer kunskap och råd beträffande diagnosen.
- Barn/unga med långvarig nedstämdhet/ångest och måttlig till svår ohälsa nämnde ett flertal (n=4, 11% TOTALT, n=3, 21% HLM och n=1, 13% BUMM).  
Förslag på insatser: Patienter behöver kontinuitet i sina vårdkontakter och stöd(samtal) i väntan på utredning och behandling. Vid behov av medicinering ska barnet/ungdomen slippa gå till olika aktörer i vårdkedjan.

Grupper som nämndes i mindre omfattning (Se Bilaga 6 för en utförligare beskrivning) var barn/unga med självskadebeteende, ätstörningar, skolrelaterade problem, barn/unga som varken "passar in" i första linjen eller på BUP, barn/unga som saknar egen motivation, barn/unga med ärftliga syndrom eller funktionshinder små barn med misstanke om neuropsykiatrisk problematik, barn/unga med neurologisk skada/hjärnskada, relationsproblem mellan barn/unga och deras föräldrar, barn/unga som utsatts för sexuella övergrepp eller våld samt ungdomar i 18-årsåldern som av olika anledningar inte är mogna för, eller inte vill, till vuxenpsykiatri.

Några av de intervjuade nyckelpersonerna från BUP och BHV upplevde att vissa patientgrupper varken fick ett tillräckligt stöd inom första linjen eller BUP. Ensamkommande ungdomar samt barn med neuropsykiatrisk diagnos i botten som fått pålagringar i form av exempelvis ångest var de patientgrupper som nämndes vid upprepade tillfällen. Teamarbete mellan olika professioner och väsentliga aktörer, såsom första linjen, boendestödare och skolan, var en tydlig gemensam nämnare när de intervjuade gav förslag på vad patienterna behöver för stöd.

## Relation BUP/BHV-första linjen

### Hänvisning och remisser

Barn och unga som har psykisk ohälsa som bedöms vara av lindrig till måttlig karaktär, hänvisas till första linjen av BUP. De intervjuade nyckelpersonerna inom BUP och BHV uppgav att hänvisningar till första linjen sker frekvent, oftast dagligen.

Nyckelpersoner inom BUP som tillfrågades om i vilken utsträckning BUP tar emot remisser från första linjen hade inte kännedom om den här typen av information. Nyckelpersoner inom BHV som fick frågan om i vilken utsträckning BVC skickar remisser till första linjen uppgav att hänvisningar är mycket vanligare än remisser och att BVC skickar remisser till första linjemottagningar om det finns en etablerad samverkan. Så det varierar mellan olika områden och BVC hur ofta första linjen erhåller remisser från BVC. Enligt deras information brukar BVC få svar på sina remisser som skickats till första linjen inom några veckors tid. Om BUP och BVC, har kännedom om att en första linjemottagning har småbarnskompetens hänvisas/remitteras vårdsökande till den specifika mottagningen.

## Barn 0-3 år, enligt första linjen

### Remisser BVC och BUP

Två tredjedelar av de 35 intervjuade mottagningarna (n=23, 66% TOTALT, n=14, 67 % HLM och n=9, 64 % BUMM) uppgav att de erhöll remisser från BVC för barn i åldrarna 0-3 år. Av dessa sade cirka en fjärdedel (n=9, 25% TOTALT, (n=6, 29% HLM och n=3, 21% BUMM) att det förekom väldigt sällan att de fick remisser från BVC.

Cirka en av fem av de 35 intervjuade mottagningarna (n=8, 23 % TOTALT, n=6, 29% HLM och n=2, 14% BUMM) fick remisser från BUP sporadiskt just för åldersgruppen 0-3 år.

### Sökorsaker

Bekymmer som föräldrar till barn 0-3 år sökte sig till första linjen för varierande, samtidigt som vissa problem var vanligare (Tabell 11). Sömnproblematik uppgavs som vanligast av de 35 tillfrågade mottagningarna. Därefter kom matproblematik som cirka hälften uppgav, även trots/utagerande angav runt hälften av de tillfrågade som en vanlig sökorsak. Flera av de intervjuade sade att föräldrar till barn 0-3 år sökte för osäkerhet i föräldrarollen eller oro för utvecklingsavvikelser som t.ex. hyperaktivitet.

Andra sökorsaker som förekom var toalett/pottproblematik och psykosocial(a) situation/orsaker. Mindre förekommande var anknytningsproblem, amningsstopp och att föräldrar är oense om föräldraskapet.

Tabell 11. Fördelning av sökorsaker för barn i åldrarna 0-3 år

|                               | HLM   |         | BUMM  |         | TOTALT |         |
|-------------------------------|-------|---------|-------|---------|--------|---------|
| Sökorsak för barn 0-3 år      | Antal | Procent | Antal | Procent | Antal  | Procent |
| Sömnproblematik               | 15    | 71      | 8     | 57      | 23     | 66      |
| Matproblem                    | 12    | 56      | 7     | 50      | 19     | 54      |
| Trots/utagerande beteende     | 11    | 52      | 8     | 57      | 19     | 54      |
| Oro för utvecklingsavvikelser | 4     | 19      | 4     | 29      | 8      | 23      |
| Pottproblematik               | 3     | 14      | 2     | 14      | 5      | 14      |
| Psykosocial problematik       | 3     | 14      | 1     | 7       | 4      | 11      |
| Anknytningsproblem            | 2     | 10      | 0     |         | 2      | 6       |
| Amningsstopp                  | 0     |         | 2     | 14      | 2      | 6       |

|                         |   |    |   |  |   |   |
|-------------------------|---|----|---|--|---|---|
| Oense om föräldraskapet | 2 | 10 | 0 |  | 2 | 6 |
|-------------------------|---|----|---|--|---|---|

### Prioritering av barn 0-3 år

Cirka en av fyra mottagningar totalt (n=15, 43% TOTALT, n=12, 57% HLM och n=4, 29% BUMM) uppgav att barn 0-3 år prioriterades före andra patienter, varav en mottagning (3% TOTALT, n=1, 7% HLM) prioriterade barn under ett år och ett par mottagningar (6% TOTALT, n=2, 14% HLM) prioriterade barn under två år.

### Kompetens

Mer än hälften av de 35 intervjuade (n=20, 57% TOTALT, n=12, 57% HLM och n=8, 57% BUMM) ansåg att de i dagsläget hade tillräcklig kompetens gällande åldersspannet 0-3 år, tack vare personal med specialkompetens. Något mer än en tredjedel (n=13, 37% TOTALT, n=9, 43% HLM och n=4, 29% BUMM) efterlyste mer utbildning och regelbunden handledning gällande åldersgruppen 0-3 år. Ett par stycken (n=2, 6% Totalt, n=2, 14% BUMM) tyckte att det var svårt att avgöra om det fanns tillräcklig kompetens bland personalen för att tillgodose de små barnens vårdbehov.

Några av de 35 tillfrågade (n=3, 9% TOTALT, n=2, 10% HLM och n=1, 7% BUMM) nämnde att de visste att Gustavsbergs HLM skulle ha utbildning med fokus på de yngsta barnen under hösten 2017.

### Barn 0-3 år, enligt BUP och BHV

#### Utvecklingsområden

För att säkerställa att barn 0-3 år som drabbas av psykisk ohälsa ges adekvat stöd, tror de intervjuade nyckelpersonerna från BUP och BHV att första linjens nuvarande uppdragsbeskrivning behöver justeras. För det första anses det vara väsentligt att varje mottagning har flera psykologer med olika kompetensområden, då inte en psykolog kan ha kompetens om åldrarna 0-18 år, därför bör minst en av psykologerna ha småbarnskompetens. För det andra finns ett behov av att första linjemottagningar är belägna nära BUP och BVC, som ett sätt att öka tillgängligheten. Ett tredje förslag är att ha en närmare samverkan mellan första linjen och BUP och BVC. Samarbetet med BUP skulle exempelvis kunna stärkas genom att första linjen alltid gör grundliga bedömningar innan de tar beslut om en patient ska remitteras vidare till BUP och rådfrågar om gränsdragning blir svår. Om första linjen integrerades med BVC, skulle förebyggande åtgärder såsom föräldrastöd skötas av en första linjepsykolog. Ytterligare ett viktigt utvecklingsområde, för att barn noll till tre år ska få lämpligt stöd vid psykisk ohälsa, anses vara att familjerna kan garanteras att få hjälp snabbt.

### Intervjusvar på öppna frågor

#### Utvecklingsområden

##### Tydlighet

Närmare hälften av de 35 intervjuade (n=17) uttryckte ett behov av en tydlig uppdelning rörande stöd och behandling mellan olika vårdaktörer så att patienter får adekvat hjälp. Om det blir ännu tydligare vilka patienter första linjen ska ta emot och vilka t.ex. BUP ska ta hand om, är de intervjuades förhoppning att väntetiderna till första linjen ska minska.

En av dem som lyfte önskan av mer tydlighet, formulerade sig kring ämnet med citatet "... att det är tydligt för BUP och för dig, vem är det som ska ta vilka patienter, var går din gräns, var går deras gräns. Så att det blir tydligt där." Mottagning 5

##### Samverkan

Det fanns önskemål om att avsätta särskild tid inom ramen för första linjen för att samverka med andra aktörer. Av de 35 intervjuade mottagningarna var det flera (n=14) som nämnde samverkan som ett viktigt område. Framför allt vikten av närmare samverkan med BUP lyftes, som ett led att minska arbetsbördan för båda parter.



Ett exempel på uttalande kring samverkan var *"ja, som skulle gynna alla aktörer att om man stöttar istället till exempel så blir det kanske inte så hög belastning, att om man hjälper folk i ett tidigt skede, hjälpa familjer, så kanske det inte blir att de måste både till första linjen och socialtjänsten och terapi..."* Mottagning 6

#### Geografisk fördelning

Totalt upplevde flera av de 35 intervjuade på mottagningarna (n=15), att det i dagsläget är en ojämn geografisk fördelning av första linjemottagningar i länet; vilket orsakar långa väntetider på vissa håll och försvårar tillgängligheten. Med fler mottagningar som är belägna så att fritt vårdval kan efterlevas, finns det möjlighet att ta emot alla som söker sig till första linjen.

Exempelvis sade en av de intervjuade *"Ja, det blir en väldigt ojämn fördelning ...utvecklingen behöver ske på ett sådant sätt att vi får en mer stabil förekomst av första linjen i Stockholm därför att jag tror att det är klart att ska vi kunna erbjuda jämlik vård över länet så behöver vi, kan det inte se ut som det gör nu..."* Mottagning 11

#### Fler psykologer

Av de 35 intervjuade på mottagningarna uttryckte en del (n=7) av dem, att ha en psykolog per mottagning gör verksamheten sårbar. Genom att ha flera psykologer anställda på varje mottagning kan det exempelvis gå att bedriva gruppverksamhet och finnas möjlighet att diskutera patientrelaterade frågor med kollegor.

Hur psykologer ser på behovet av fler kollegor inom första linjen kan illustreras med följande citat *"...man blir ensam, man kan inte rådfråga någon, inte bolla, och det blir också ganska oattraktivt att jobba som enda psykolog i en medicinsk verksamhet vilket gör att de kanske inte utvecklas så mycket..."*. Mottagning 10

#### Ersättning

I dagsläget kan första linjen få viss ersättning för samverkansaktiviteter. En handfull (n=5) av de 35 intervjuade hade önskemål om andra typer av ersättning, med syftet att ytterligare främja samverkan.

#### Stöd

För att kunna erbjuda fler stöd, sade en del av de 35 intervjuade på mottagningarna (n=6) att befintliga föräldrastödsprogram såsom Cool Kids och KOMET kan anpassas för att passa in i första linjens verksamhet. Med färre sessioner skulle det stämma väl överens med de kortare interventionsinsatser som första linjen är utformat för.

*"...eller det har pratats lite om att kanske ta fram en kortversion av Cool Kids, som man utvärderar. Kanske en kortversion av Kometprogrammet... så en del av de här behandlingarna som rekommenderas i riktlinjerna är ganska omfattande..."* Mottagning 7

#### Huvudansvarig

Ett fåtal av de intervjuade (n=3) föreslog att det skulle finnas en ansvarig första linje-chef, som har ett övergripande ansvar för vilka arbetsuppgifter som personalen ska prioritera och tydliggöra vilken roll medarbetarna ska ha. De menar att psykologer anställda inom första linjen ibland upplever att de tvingas ta beslut som borde ligga på chefsnivå, vilket kan leda till att de kan känna sig splittrade och har svårt att fokusera på sina egentliga arbetsuppgifter.

*"det skulle verkligen behövas en första linjen-chef som liksom samlar ihop det som rör första linjen för att vi sitter ju här utlokaliserade på våra mottagningar väldigt ensamma och med ett otroligt stort ansvar och vi saknar liksom en ledning, vi saknar någon som för vår talan uppåt, vi har ju mycket saker som egentligen ska vara på chefsnivå till exempel när vi nu har våra duster eller vad man ska kalla det med BUP för att de inte vill ta emot, eller vill och vill, de har sina problem med att ta emot*

och då hamnar patienten mellan stolarna och då blir det helt enkelt ingen hjälp för de här patienterna". Mottagning 24

### Inte tillhöra HLM/BUMM

Ett förslag från en av de 35 intervjuade var att ta bort kriteriet att endast HLM/BUMM ska kunna ansöka om och bedriva första linje-verksamhet. Enligt den intervjuade är första linjen ändå en egen verksamhet och det kan därför vara möjligt att ha mottagningar på andra platser än HLM/BUMM.

### Specialisering

En av de 35 intervjuade ansåg att det skulle gynna första linjens verksamhet om den delades in i olika specialistområden. Det skulle kunna innebära att psykologer endast träffar patienter inom ett givet åldersspann eller diagnostiska områden. En sådan tydlig indelning kan bidra till att personalens kompetens kan utnyttjas på ett effektivt sätt och även gynna de patienter som får stöd via första linjen.

*"... att man i så fall kanske också har lite olika inriktningar så att man kan specialisera sig. Man kanske har en psykolog som jobbar lite mer specifikt med barn och familjer för de lite yngre, när det gäller de lite yngre barnen eller att man har särskilda liksom att man kan dela upp det lite mer just för att ja det är lättare att bli också specialiserad och ännu mer fördjupad och kunnig [...] kanske ändå då mer värdefullt för patienterna och familjerna att man delade upp det lite grand så..."* Mottagning 24

### Fortbildning/handledning

För att kunna ge patienterna bästa möjliga vård, ansåg några av de 35 intervjuade (n=4) att det regelbundet bör avsättas tid för utbildning med olika teman, som t.ex. små barn. Två andra mottagningar uppgav att det finns ett behov av kontinuerlig handledning, som bör hållas av handledare med god kännedom om första linjens verksamhet och typiska sökorsaker och problematik.

*"Det är inga så många som söker 0 till 3 år, och sedan ja, de har ju... Eftersom de är så små har de ju inte lika mycket, stora problem, allvarliga problem. Så jag tycker nog att jag har minst kompetens när det gäller 0 till 3 år".* Mottagning 5

*"[psykologerna] skulle behöva ha någon bra handledare, som kan den här åldersgruppen och den här svårighetsgraden liksom..."* Mottagning 8

### Anpassat behandlingsupplägg

De vägledningsdokument om behandlingsupplägg, som exempelvis det dokument som gäller gruppbehandling vid ångest (Cool Kids), är utformade för behandling av diagnoser där det krävs flera sessioner. En av de 35 intervjuade ser ett behov av en anpassning av evidensbaserat material, så att det fungerar att använda även vid kortare insatser. Om det finns material som är anpassat till den psykiska ohälsa som psykologer inom första linjen möter i sin yrkesvardag, så kan behandlingen bli mer effektiv.

*"jag kan uppleva att det skulle, att de här dokumenten, att det skulle behöva komma mera som är riktade till den subkliniska grupp som vi faktiskt sitter med och som vi ska sitta med, alltså att många har faktiskt lindriga svårigheter som man, som jag tror man skulle kunna hjälpa på ett effektivare sätt om det togs fram mera liksom material specifikt".* Mottagning 26

### Utökat uppdrag

Vårdbehovet för barn/unga med ADHD och/eller autism upplevdes som stort även av de 35 intervjuade. Första linjen kan stötta dessa patienter bättre om det finns utökade möjligheter att hjälpa dem på individnivå. För att kunna hjälpa de här patientgrupperna behöver det finnas ett mer uttalat förebyggande eller habiliterande uppdrag.

*"... så att vi skulle önska att det även var så att vi hade ett mer, just för patientgruppen neuropsykiatri, att vi också skulle ha ett mer uttalat förebyggande eller habiliterande uppdrag..."*  
Mottagning 18

#### Gemensam struktur

Ett uppdrag för Hamnen på Gustavsbergs HLM är att verka för att första linjemottagningar har liknande struktur och arbetssätt inom tilläggsuppdraget. Samtidigt anser ett antal (n=6) av de totalt 35 intervjuade att det går att arbeta ytterligare med att patienter ska få samma kvalitet och erbjudas samma stöd, oavsett till vilken första linjemottagning i Stockholm de söker.

#### Vad fungerar bra?

##### Komplement

Av de 35 intervjuade tyckte flera (n=13) att första linjen kompletterar den övriga vårdkedjan genom att kunna erbjuda stöd och behandling till barn, unga och föräldrar som endast är i behov av kortare insatser. Alla med lindrig eller måttlig ohälsa kan få komma till första linjen utan krav på remiss.

En av de intervjuade beskrev att uppdraget bidrog till en ökad psykisk hälsa för patienterna på följande sätt: *"med väldigt små förändringar så kan du göra stora förändringar för barn och familjer. Ett besök med ett barn är som tio med vuxna."* Mottagning 23

##### Kompetenscentrum

Ytterligare styrkor med första linjen ansågs av en av de 35 intervjuade vara att Hamnen i Gustavsberg utgör ett slags kunskapscenter. Den intervjuade tyckte att det är bra att kunskapscentret fungerar som en mötesplats för första linjen mottagningar, där personal får möjlighet att "nätverka" och fylla på med relevant efterfrågad kunskap.

*"Och att Hamnen finns som en slags kompetenscenter eller, och de skickar ut utbildningar och ja, håller lite ordning på oss helt enkelt. Det tycker jag är bra"*  
Mottagning 8

##### Fokus

En positiv effekt av att ha tilläggsuppdraget första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa, upplevdes av en av de 35 intervjuade vara att barnperspektivet blivit mer framträdande bland personalen. Personalen engagerar sig i hur de på bästa sätt kan hjälpa de här patienterna och barnen blir mer sedda.

*"... jag märker ju att barnperspektivet har stärkts på min vårdcentral. Det tycker jag är väldigt positivt, man ser och plockar upp och frågar är det här något, ska vi remittera eller ska vi, kan du hjälpa, och jag tror barnen blir mer sedda faktiskt..."* Mottagning 13

## Resultat – kontakt- och hemsidor

### Sammanfattning av kontakt- och hemsidor

En genomgång av samtliga mottagningars kontaktsidor på 1177 visade att det var mycket knapphändig information för de sökande på dessa sidor. Däremot hade flera mottagningar mer information på sina hemsidor, även om det var stor variation på innehållet.

Endast en av mottagningarna förklarar på sin hemsida vad första linjen betyder. Då begreppet kan vara oklart för allmänheten kan det vara bra att förtydliga vad det innebär. De mottagningar som har skrivit på sina hemsidor att de kan erbjuda hjälp för lindrig till måttlig ohälsa beskriver oftast inte vad det innebär.

En del mottagningar erbjuder olika stöd/behandlingsprogram såsom Cool Kids, KOMET, Chilled och Connect. De flesta patienter vet kanske inte vad programmen innebär så även här kan det vara bra med förtydliganden.

## Tillgänglighet

### Information om tilläggsuppdraget

På hemsidorna framkom det att 41 av 43 mottagningar erbjuder första linjens stöd för barn och unga med psykisk ohälsa. Av dessa var 25 HLM och 16 BUMM. På ett par hemsidor (n=2) saknades det helt information om att patienter 0-17 år kunde vända sig till mottagningen rörande sin psykiska hälsa.

### Remisskrav

På de flesta hemsidorna (n=37) framgick det att det går att söka till mottagningen utan remiss. Några av de 37 hemsidorna (n=3) angav också att remiss endast krävs om patienten redan är i kontakt med en annan vård – eller omsorgsgivare. Ytterligare ett fåtal (n=4) uppgav att remiss krävs från andra vård- och omsorgsgivare för att komma till mottagningen.

### Kontakt

På samtliga 41 mottagningar som uppgett på sina hemsidor att de erbjuder stöd för barn och unga med psykisk ohälsa, finns information om telefonnummer för att boka tid eller för rådgivning. På flera av hemsidorna (n=13) fanns namn på de psykologer som arbetar på mottagningen, varav en del (n=5) också angav direktnummer till psykologerna. På en del hemsidor (n=7) framgick det att det även går att ta kontakt via mejl.

### Väntetid

Några av mottagningarna (n=4) uppgav att de inte kunde ta emot patienter till första linjen medan det på en hemsida framgick att det hade varit intagningsstopp men att patienter återigen kunde boka tid hos psykolog. På ett par av dessa hemsidor (n=2) fanns en allmän hänvisning att söka sig till andra mottagningar för psykisk ohälsa, skolkurator eller ungdomsmottagning.

Det var ovanligt att det på hemsidorna framgick hur lång väntetiden för nybesök var. En mottagning informerade på sin hemsida om förväntad väntetid för nybesök.

### Bemanning

Ett fåtal mottagningar (n=4) uppgav på sina hemsidor att psykolog endast finns tillgänglig ett begränsat antal dagar per vecka. En av dessa mottagningar hade psykolog tillgänglig tre dagar/vecka,

ett par av mottagningarna (n=2) hade psykolog på plats två dagar/vecka och en mottagning hade psykolog tillgänglig en dag/vecka.

#### Delaktighet målsman

Åtskilliga första linjemottagningar (n=9) uppgav att endast barn/unga som har fått medgivande från sina föräldrar eller målsmän tas emot. På en av dessa hemsidor framgick det att psykologerna ville träffa vårdnadshavare till barn under sex år utan barnet vid första besöket, på en annan hemsida gällde samma om barnet var yngre än 10 år. På ytterligare ett par hemsidor (n=2) framgick att målsmän behöver samtycka till barnets/ungdomens kontakt med första linjen. Enligt informationen på den ena av dessa hemsidor vill psykologen vid första besöket träffa endast vårdnadshavarna om barnet/ungdomen är under 16 år.

#### Målgrupp

##### Avgränsning åldersspann

På många hemsidor (n=30) specificerades att verksamheten riktas till barn och unga mellan 0-17 år. Åtskilliga av hemsidorna (n=8) saknade avgränsning gällande ålder för de som kan söka till mottagningen, det står att barn och unga är välkomna. På ett fåtal (n=2) hemsidor framgick inte att barn/unga kan söka hjälp för psykisk ohälsa på dessa mottagningar.

##### Prioritet

Ett par mottagningar (n=2) uppgav på sina hemsidor att förtur ges till barn under ett år, varav en av dessa även prioriterar kroniskt sjuka barn. Ett par andra mottagningar (n=2) informerade om att barn under ett år prioriteras i akuta fall av psykisk ohälsa.

##### Föräldrar

På ungefär hälften av hemsidorna (n=20) framgick det att inom verksamheten för barn och unga med psykisk ohälsa, erbjuds också hjälp till föräldrar. Exempel på insatser var föräldrastöd i grupp och/eller individuellt.

#### Utbud av behandling vid olika mottagningar

##### Kompetens/inriktning

På nästan alla hemsidor (n=39) framgick vilka professioner mottagningen bemannas med. På flera hemsidor (n=38) uppgavs att det är psykologer och på en hemsida att det är kuratorer. Ett antal mottagningar (n=6) hade utöver psykologer även kuratorer/socionomer tillgängliga. När det gäller information om vilken inriktning på stöd som erbjöds, framgår det på vissa hemsidor (n=15) att stödet består av kognitiv beteendeterapi (KBT). Information om att mottagningens psykologer hade erfarenhet och kompetens att arbeta med barn fanns på en del av hemsidorna (n=7).

##### Vilka problem kan patienter söka för och vad erbjuds?

Något färre än hälften av mottagningarna (n=18) gav exempel på vilken typ av psykisk ohälsa eller symptom det går att söka för. Allra vanligast var att erbjuda rådgivning (n=17) På vissa hemsidor (n=16) framkom att det går att få olika typer av interventioner såsom fobiträning, föräldrastöd och behandling av ångest. En del (n=10) informerade om att bedömningar görs av vilken typ av insatser som behövs. På en del av hemsidorna (n=6) stod det att kartläggning är något som mottagningarna kan hjälpa till med.

Begreppet *första linjen* fanns med på en del av hemsidorna (n=9). På en dessa hemsidor specificerades vad det innebär, på övriga saknas definition. En av mottagningarna hade information om själva tilläggsuppdraget för första linjen, där det gick att klicka på en länk för att läsa mer.

De behandlingsprogram som nämndes på hemsidorna är Cool Kids, KOMET, Chilled och Connect. En del hemsidor (n=12) specificerade att mottagningen erbjuder barn/unga individuell behandling och på en del (n=11) uppges att gruppbehandling finns tillgänglig.

#### Beskrivning av besök eller behandling

En mindre andel mottagningar (n=7) beskrev hur ett typiskt besök eller behandlingsupplägg kan se ut, där texten i vissa fall (n=5) anpassats till om läsaren är barn/ungdom eller förälder/vårdnadshavare. På en hemsida gick det att se en film om hur ett besök på mottagningen kan se ut för barn/unga.

#### Samverkan

På ett begränsat antal hemsidor (n=11) framkom vilka andra aktörer mottagningarna samverkar med. Vanligast var samarbete med den kommun där verksamheten bedrivs, följt av skolor. På några hemsidor (n=4) framgick vilka vård- och omsorgsgivare mottagningen tar emot remisser från, där BVC är den instans som omnämns på alla dessa hemsidor.

#### Gränssnitt

##### Grad av psykisk ohälsa

På hemsidorna för mottagningar som erbjuder första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa var det en begränsad andel (n=10) som skrev att de kan stötta vid problematik som ännu inte blivit för omfattande och att det innebär att barnet/ungdomen inte bedöms vara i behov av psykiatrisk specialistvård. En av ovanstående mottagningar beskrev att de tar emot patienter som har symtom på psykisk ohälsa och riskerar att drabbas av psykisk sjukdom. På några hemsidor (n=4) stod det att mottagningen har resurser för att ta hand om lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Ett fåtal (n=3) informerade om att de inte har resurser att ta emot akuta ärenden, utan de hänvisar vidare till lämplig instans i händelse av sådana fall.

## Metod

### Metod - registeruppföljning

Besök under uppdraget första linjen psykisk ohälsa barn och unga, definierat som uppdragstyp 320<sup>1</sup>, hämtades ur landstingets befintliga vårdregister, de så kallade VAL-databaserna som innehåller uppgifter från landstingsfinansierad vård. Fysiska besök av personer 0-18 år under år 2016 studerades. Fysiska besök definierades som ny-/åter-/gruppbesök<sup>2</sup>. Enbart personer folkbokförda i Stockholms län vid besöket inkluderades eftersom jämförelser mellan olika kommuner och stadsdelar görs<sup>3</sup>.

Mottagningarna delades in i Barn och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) eller Husläkarmottagning (HLM). Om en person har besök på både BUMM och HLM räknas personen på båda ställena vid särredovisning av antalet personer på BUMM/HLM-

Tabell 1 visar vilka mottagningar som räknas som BUMM respektive HLM. Dessutom visas i vilken kommun/stadsdel mottagningen är belägen, vilka månader som mottagningen har besök (ett mått på aktivitet) samt hur många besök som skett under året.

---

<sup>1</sup> I VAL fanns år 2014 7 BUMM och 15 husläkarmottagningar med uppdraget. År 2015 och 2016 fanns 16 BUMM och 30 husläkarmottagningar med uppdraget

<sup>2</sup> År 2016 var 97% av alla fysiska besök ny eller åretsbesök.

<sup>3</sup> Fysiska besök är i drygt 95 % gjorda av personer som vid besöket är folkbokförda i en av Stockholms kommuner/stadsdelar. Resterande 5 % är till största delen besök av personer som inte är folkbokförda i Sverige. Dessa utgörs till största del av unga män 15-17 år gamla. Dessa besök är ojämnt fördelade mellan mottagningarna.

Tabell 1. Mottagningar i VAL år 2016 med tilläggsuppdrag första linjen psykisk ohälsa barn och unga (uppdragskod 320). Gråmarkering på de som inte hade besök under hela året.

| Nr          | KOMBIKA                                               | Antal besök <sup>1</sup> | Besöksmånader 2016 <sup>2</sup> | Mottagning belägen i kommun/stadsdel |
|-------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <b>BUMM</b> |                                                       |                          |                                 |                                      |
| 1           | Globen BUMM psykisk ohälsa barn/unga                  | 68                       | December                        | Enskede-Årsta-Vantör                 |
| 2           | Barnsjukhuset Martina BUMM psyk ohälsa barn/unga      | 1 052                    | Jan-Dec                         | Östermalm                            |
| 3           | Alva Barnklinik BUMM psykisk ohälsa barn/unga         | 842                      | Jan-Dec                         | Södermalm                            |
| 4           | Södertälje sjukhus Psykisk Hälsa Barn och ungdom      | 1 194                    | Jan-Dec                         | Södertälje                           |
| 5           | TioHundra AB BUMM Första linjen                       | 467                      | Jan-Dec                         | Norrtälje                            |
| 6           | Sachsska BUMM, Nacka/Värmdö psyk ohälsa barn/unga     | 461                      | Jan-Juni, Aug-Dec               | Nacka                                |
| 7           | Barnläkarna i Täby Centrum BUMM psyk ohälsa barn/unga | 1 298                    | Jan-Dec                         | Täby                                 |
| 8           | Karolinska Sollentuna BUMM psykisk ohälsa             | 1 036                    | Jan-Dec                         | Sollentuna                           |
| 9           | Åkersberga BUMM psykisk ohälsa barn/unga              | 335                      | Feb-Dec                         | Österåker                            |
| 10          | Barnläkarna i Vallentuna BUMM psyk ohälsa barn/unga   | 285                      | April-Dec                       | Vallentuna                           |
| 11          | Stureplans BUMM barn-o ungdomsmed mott psyk ohäls     | 765                      | Jan-Dec                         | Östermalm                            |
| 12          | Barncentrum Solna BUMM psykisk ohälsa barn/unga       | 412                      | Mars-Dec                        | Solna                                |
| 13          | PR Vård Mottagning BUMM psykisk ohälsa barn-unga      | 1 000                    | Jan-Dec                         | Södermalm                            |
| 14          | Skärholmen BUMM psykisk ohälsa barn/unga              | 191                      | Okt-Dec                         | Skärholmen                           |
| 15          | Karolinska Huddinge BUMM mott psykisk ohälsa          | 918                      | Jan-Dec                         | Huddinge                             |
| 16          | Karolinska Liljeholmen BUMM psykisk ohälsa            | 1 191                    | Jan-Dec                         | Hägersten-Liljeholmen                |
| <b>HLM</b>  |                                                       |                          |                                 |                                      |
| 1           | Boo vårdcentral psykisk ohälsa barn/unga              | 1 154                    | Jan-Dec                         | Nacka                                |
| 2           | Rudans vårdcentral psykisk ohälsa barn/unga           | 1780                     | Jan-Dec                         | Haninge                              |
| 3           | To Care Husläkarmott. City psyk ohälsa barn/unga      | 820                      | Jan-Dec                         | Norrmalm                             |
| 4           | Torsviks vårdcentral psyk ohälsa barn/unga            | 1 435                    | Jan-Dec                         | Lidingö                              |
| 5           | Lill-Jans Husläkarmott psyk ohäls barn/unga           | 1 056                    | Jan-Dec                         | Östermalm                            |
| 6           | Capio Stadshusdoktor psykisk ohälsa barn/unga         | 7                        | Jan                             | Lidingö                              |
| 7           | Kungsängens vårdcentral psykisk ohälsa barn/unga      | 271                      | Jan-Dec                         | Upplands-Bro                         |
| 8           | Capio Vårdcentral Bro psykisk ohälsa barn/unga        | 191                      | Jan-Juli, Sept-Dec              | Upplands-Bro                         |
| 9           | Väsby Läkargr Husläkarmott psyk ohälsa barn/unga      | 1 405                    | Jan-Dec                         | Upplands_Väsby                       |
| 10          | To Care Hlm Solna Sundbyberg psyk ohälsa barn/ung     | 777                      | Jan-Dec                         | Solna                                |
| 11          | Råsunda Vårdcentral psykisk ohälsa barn/unga          | 13                       | Okt-Dec                         | Solna                                |
| 12          | Hagalund Frösunda vc psykisk ohälsa barn/unga         | 213                      | Jan-Dec                         | Solna                                |
| 13          | Husby Akalla vårdcentral psykisk ohälsa barn/unga     | 39                       | Jan-Maj, Juli-Dec               | Rinkeby-Kista                        |
| 14          | Hässelby vårdcentral psykisk ohälsa barn/unga         | 355                      | Jan-Sept                        | Hässelby-Vällingby                   |
| 15          | Familjeläkarna i Husby psykisk ohälsa barn/unga       | 58                       | Okt-Dec                         | Rinkeby-Kista                        |
| 16          | Tranebergs vårdcentral psyk ohäl barn/unga            | 1 142                    | Jan-Dec                         | Bromma                               |
| 17          | Hälsans vårdcentral Tensta psyk ohäl barn/unga        | 8                        | Okt-Dec                         | Spånga-Tensta                        |
| 18          | Capio vårdcentral Farsta psyk ohälsa barn/unga        | 992                      | Jan-Dec                         | Farsta                               |
| 19          | Familjeläkarna i Saltsjöbaden psyk ohäl barn/unga     | 467                      | Jan-Dec                         | Nacka                                |
| 20          | Brandbergens vårdcentral Psyk Barn/ungdom             | 103                      | Sept-dec                        | Haninge                              |
| 21          | Trollbäckens vårdcentral psykisk ohälsa barn/unga     | 761                      | Jan-Dec                         | Tyresö                               |
| 22          | Fisksätra vårdcentral psykisk ohälsa barn/unga        | 260                      | Jan-Dec                         | Nacka                                |
| 23          | Rudans Vårdcentral Nynäshamn psyk ohäl barn/unga      | 30                       | April-Juni, Aug-Sept, Nov-Dec   | Nynäshamn                            |
| 24          | Capio Vårdcentral Ringen psyk ohäl barn/unga          | 508                      | Jan-Dec                         | Södermalm                            |
| 25          | Vendelsö vårdcentral psykisk ohälsa barn/unga         | 267                      | Jan-Sept                        | Haninge                              |
| 26          | Gustavsbergs vårdcentral psyk ohäls barn/unga         | 2 003                    | Jan-Dec                         | Värmdö                               |
| 27          | Tullinge vårdcentral psyk ohälsa barn/unga            | 566                      | Jan-Dec                         | Botkyrka                             |
| 28          | Älvsjö vårdcentral psyk ohälsa barn/unga              | 271                      | Jan-Jul, Nov-Dec                | Älvsjö                               |
| 29          | Liljeholmens vårdcentral psykisk ohälsa barn/unga     | 737                      | Jan-Dec                         | Liljeholmen                          |
| 30          | Stuvsta Vårdcentral psykisk ohälsa barn/unga          | 551                      | Jan-Dec                         | Huddinge                             |

<sup>1</sup>Fysiska besök av dem 0-18 år och boende i Stockholms län

<sup>2</sup>Många verkar ha semesterstängt i juli



Diagnoser klassificerades enligt International Classification of Diseases 10 (ICD 10) och delades in i grupper enligt tabell 2. Samtliga psykiatriska diagnoser en person erhållit inkluderades vilket innebär att en person eller besök kan förekomma i fler än en diagnosgrupp. För att så långt som möjligt få kunskap om vilken typ av problem barn och unga söker hjälp för inom första linjen (första linjen psykisk ohälsa barn och unga ställer i låg grad diagnoser) inkluderades alla diagnoser som förekommer någon gång under 2016 oavsett typ av öppenvård. En person som har haft ett öppenvårdsbesök med diagnosen depression på till exempel BUP, men inte i samband med sitt besök inom första linjen psykisk ohälsa barn och unga, kategoriserades i gruppen depression. Även fördelningen av diagnoser utan denna korrigering presenteras dock i rapporten.

Tabell 2. Gruppering av diagnoser enligt ICD 10

| Diagnos                                                | ICD10-kod                                         | Kommentar                                                               |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Depression/förstämningssyndrom                         | F32-F34, F38-F39                                  |                                                                         |
| Ångest                                                 | F40-F43                                           |                                                                         |
| Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress      | F43                                               | Obs, ingår även i diagnosgruppen ångest                                 |
| Ätstörningar                                           | F50                                               |                                                                         |
| Psykos (icke-affektiv)                                 | F20-F29                                           | Ej aktuell för yngsta åldersgruppen                                     |
| Bipolär sjukdom                                        | F30-F31                                           | Ej aktuell för yngsta åldersgruppen                                     |
| ADHD                                                   | F90                                               |                                                                         |
| ASD                                                    | F84                                               |                                                                         |
| Någon (av ovanstående) psykiatrisk diagnos             | F20-F29, F30-F34, F38-F39, F40-F43, F50, F84, F90 |                                                                         |
| Psykiska störningar orsakade av psykoaktiva substanser | F12-F14, F16, F18-F19                             | Ej aktuell för yngsta åldersgruppen                                     |
| Sömnstörningar                                         | F51, G47                                          |                                                                         |
| Z-koder                                                | Z004, Z032, Z60-Z65                               | Potentiella problem i samband psykosociala/socioekonomiska förhållanden |
| Någon F eller vissa Z                                  | F0-F999, Z004, Z032, Z60-Z65                      |                                                                         |

Receptförskrivna läkemedel i Stockholms län som hämtades ut under år 2016 delades in i kategorier utifrån Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC-koder) enligt tabell 3.

Tabell 3: Gruppering av läkemedel enligt ATC-koder.

| Typ av läkemedel          | ATC-kod                  |
|---------------------------|--------------------------|
| Antidepressiva medel      | N06A                     |
| Lugnande medel            | N05B                     |
| Sömnmedel                 | N05C                     |
| ADHD-medel                | N06BA01- N06BA04, N06BA9 |
| Neuroleptika <sup>1</sup> | N05A                     |

<sup>1</sup> Är så pass få att de utgår ur redovisningen

Personer vårdade inom BUP hämtades också från VAL-databaserna och definierades som uppdrag 108, 405, 406, 407, 408 samt BUP, CPF/KIND.

Fördelningen av mottagningarna och andelen besökande i förhållande till sociala faktorer inom kommunen/stadsdelen undersöktes genom korrelationsberäkningar och t-tester på ekologisk nivå. Socioekonomiska områdeskaraktäristika som andel personer i kommunen/stadsdelen med ekonomiskt bistånd, andel arbetssökande, andel personer med som högst förgymnasial utbildning, andel ensamstående familjer och andel familjer med barn 0-21 år med låg köpkraft (lägsta kvintilen) i kommunen hämtades från områdesdatabasen (ODB) som Tillväxt och Regionplaneförvaltningen inom SLL ansvarar för.

För att undersöka flöden mellan Första linjen verksamhet och BUP skapades en variabel kallad nybesök. Alla personers första (förstalinjen) besök under juli-dec 2016 togs fram. Dessa personer följdes sen sex månader bakåt i tiden. Om ett förstalinjen besök förekom under sex månader bakåt i tiden, definierades det första besöket under juli-dec 2016 inte som nybesök. Om det däremot var mer än sex månader mellan besöken definierades det som ett nybesök. Från detta nybesök följdes personerna sedan sex månader framåt i tiden (från nybesöket) med avseende på förstalinjen besök och BUP-besök. Samma sak gjordes för nybesök bland personer med besök på BUP.

Resultaten presenteras i form av både absoluta tal, andelar (%) av populationen och befolkningsrelaterade siffror d.v.s. andelar av befolkningen bosatt i specifikt geografiskt område.

## Metod - intervjuer

### Första linjemottagningar

Samtliga 43 mottagningar (Diagram 1), med tilläggsuppdraget första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa, erbjöds att delta i uppföljningen. Kontakt togs både via mejl och telefon. En anställd vid varje mottagning som tackade ja till att delta, intervjuades via telefon. Majoriteten av de 35 intervjuade var psykologer (n=31, 88%), varav en var PTP-psykolog. Resterande intervjuade var en verksamhetschef (3%), två enhetschefer/psykologer (6%) och en socionom (3%). En person genomförde alla intervjuer, totalt 35 (81%) (Diagram 1). Orsaker till att intervjuer inte kunde genomföras med samtliga mottagningar var att sex mottagningar (n=5, 19% HLM och n=1, 6% BUMM) var svåra att få kontakt med och två mottagningar (n=2, 12% BUMM) saknade anställd personal inom ramen för första linjen för barn och psykisk ohälsa, vid tidpunkten då mottagningarna kontaktades. Mottagningarna som helt saknade personal hade rekryterat psykologer som skulle påbörja sin anställning hösten 2017.

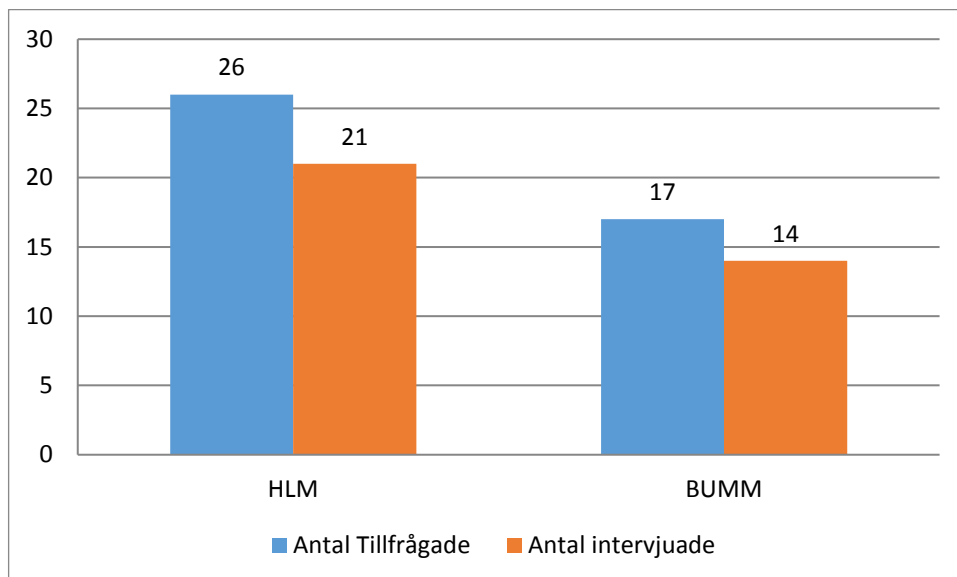


Diagram 1. Antal mottagningar med tilläggsuppdraget första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa tillfrågade om att medverka i utvärderingen samt andel intervjuade

Frågeguiden (se Bilaga 2) för intervjuer utformades efter de områden som HSF belyst som angelägna i "Utvärdering första linjen psykisk ohälsa barn och unga" från 2017-04-05. I slutet av intervjun fanns det möjlighet för de intervjuade att dela med sig av vad de anser fungerar bra med första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa och/eller ge förslag på eventuella utvecklingsområden. Initialt genomfördes sex pilotintervjuer, dels för att ta reda på om frågorna som ställdes gick att besvara och var relevanta, dels för att skatta hur lång tid intervjuerna kunde ta. Pilotintervjuerna inkluderades i sammanställningen då inga stora förändringar gjordes. Under intervjuperioden från början av juni till början av september 2017 justerades några av frågorna (se Bilaga 2), i samråd med HSF.

För att kunna göra en noggrann beskrivning av telefonintervjuerna så spelades dessa in. En av de intervjuade (3 %) avböjde att spelas in, men intervjuaren har fått tillåtelse att använda svaren som skrevs ner i samband med telefonintervjun. Samtliga inspelade telefonintervjuer transkriberades. Redovisningen av intervjusvar presenteras antingen utifrån svarsalternativ som var strukturerade

eller har strukturerats i analysarbetet. Dessa svar beskrivs deskriptivt med frekvenser och procent medan andra svar som inte har strukturerats beskrivs deskriptivt.

För att se eventuella skillnader mellan de första linjemottagningar som tillhör en HLM respektive BUMM, presenteras svaren genomgående både separat och totalt för de strukturerade intervjuaren. I de fall där den totala siffran överstiger 100% för svaren på de strukturerade frågorna, har flera svarsalternativ kunnat anges.

Öppna intervjuvar sammanställdes utifrån deskriptiv kvalitativ analys [1]. Alla öppna svar lästes igenom där övergripande mönster i svaren identifierades. Därefter gjordes ytterligare en genomläsning, där svaren delades in i kategorier där det var möjligt. Ytterligare en genomgång gjordes, för att säkerställa att alla områden som tagits upp var inkluderade. De ämnen som var mest frekventa bildar teman och presenteras i resultatdelen. Aspekter som inte kunde grupperas sammanställdes separat.

#### BUP och BHV

Totalt 16 nyckelpersoner inom BUP (chefer) och BHV (chef, vårdutvecklare) tillfrågades om de hade möjlighet att bidra till utvärderingen av första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa. Förfrågan gjordes via mejl i första hand och i andra hand via telefonkontakt. I de fall då svar uteblev skickades påminnelser. Av de 16 tillfrågade tackade 14 personer ja till att intervjuas via telefon. Intervjuerna genomfördes under perioden december 2017 till februari 2018. Två personer svarade aldrig, trots upprepade kontakter. Fyra vårdutvecklare från BHV intervjuades i grupp på barnhälsovårdsenheten. Alla intervjuer spelades in, med undantag av en, på grund av tekniska problem med inspelningsfunktionen. Istället utgjorde minnesanteckningarna från intervjun stöd för att sammanställa de erhållna svaren. Samtliga intervjuer transkriberades för att säkerställa en korrekt analys av svaren. Frågeguiderna (se Bilaga 3-5) konstruerades i samråd med HSF. En pilotintervju gjordes för att säkerställa att frågorna var tillräckligt konkreta och gick att förstå. Sammanställningen av de intervjuades svar utgörs av summeringar utan procentandelar och siffror.

#### Metod - hemsidor

Hemsidorna till de HLM och BUMM med tilläggsuppdraget första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa lokaliserades via kontaktkorten på 1177.se (nerladdat under andra hälften av maj 2017). Valet att titta på informationen som fanns på hemsidorna istället för på kontaktkorten, gjordes då uppgifterna om första linjens verksamhet var knapphändig på samtliga kontaktkort. Informationen från hemsidorna användes som underlag för att följa upp information om vilket behandlingsinnehåll som förmedlas till målgruppen om första linjen för psykisk ohälsa. För att sortera information från hemsidorna systematiskt så användes begreppen tillgänglighet, målgrupp och behandlingsinnehåll, samverkan, gränssnitt samt övrigt.

## Bilaga 1

### **Sammanfattning av registeruppföljning och intervjuer gällande BUMM och HLM**

När vi undersökte skillnader mellan HLM och BUMM i vårdregister fann vi att det var en något större andel små barn (0-5 år) på HLM. Antalet besök per person var ungefär lika inom de två verksamhetsformerna liksom vilka personalkategorier som var anställda. Andelen som erhållit en diagnos eller hämtat ut medicinering var högre inom BUMM jämfört med HLM, liksom andel som fått kontakt efter registrerad remiss (vanligen från barnmedicin). Detta kan tolkas som att det delvis är olika grupper av barn som har kontakt med de olika verksamheterna.

Skillnader mellan HLM och BUMM som framkom i intervjuerna var framför allt skillnader vad gäller väntetider och personalresurser. Husläkarmottagningarna tenderade att ha kortare väntetid för nya sökande och färre psykologer anställda. Ingen av första linjemottagningarna, som tillhör en HLM, har intagnings- eller remisstopp, medan en del av dem som tillhör BUMM har (haft) det. Överlag sade de intervjuade att långa väntetider till stor del beror på den geografiska snedfördelningen som orsakar högt söktryck på vissa mottagningar.

De första linjemottagningar som tillhör en HLM hade i större utsträckning färre psykologer anställda. Av de intervjuade mottagningarna uppgav majoriteten av mottagningarna som tillhör en HLM att endast en psykolog var anställd medan det på BUMM var en lägre andel.

### Jämförelse BUMM och HLM

Av de sammantaget 29 755 besöken var 61 % (18 240) på husläkarmottagning (HLM) och 39 % (11 515) på BUMM. Dessa besök gjordes av sammanlagt 8 265 personer varav 61 % (5 080) på HLM jämfört med 39 % (3 254) på BUMM.

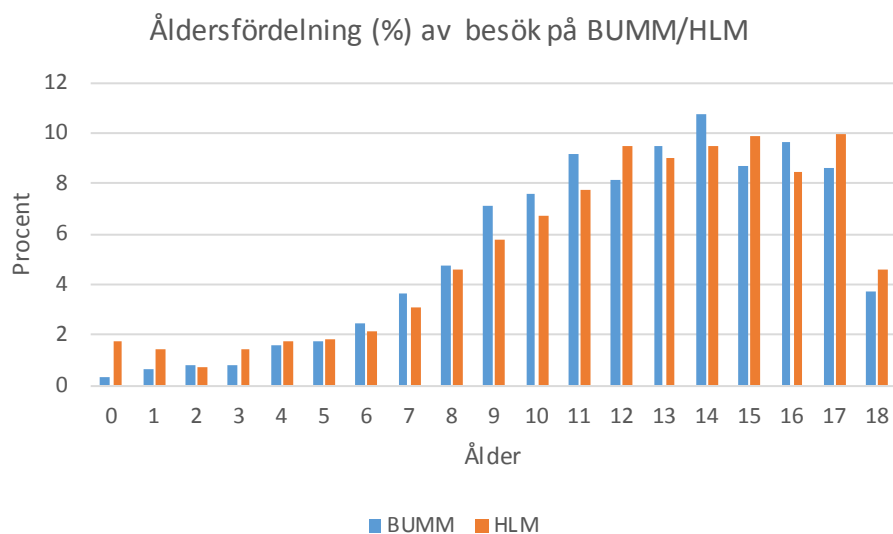
#### Ålder, kön och antal besök

På HLM hade man andelsmässigt fler besök av de mindre barnen jämförd med BUMM, och på BUMM fler besök av de äldre barnen. Se tabell 1 och figur 1 och 2. Tydligt är dock att merparten av besökarna både inom BUMM och HLM är över 9 år. Antal besök per person var ungefär lika inom BUMM och HLM. Detsamma gäller att personerna får fler besök per person med stigande ålder (Tabell 1).

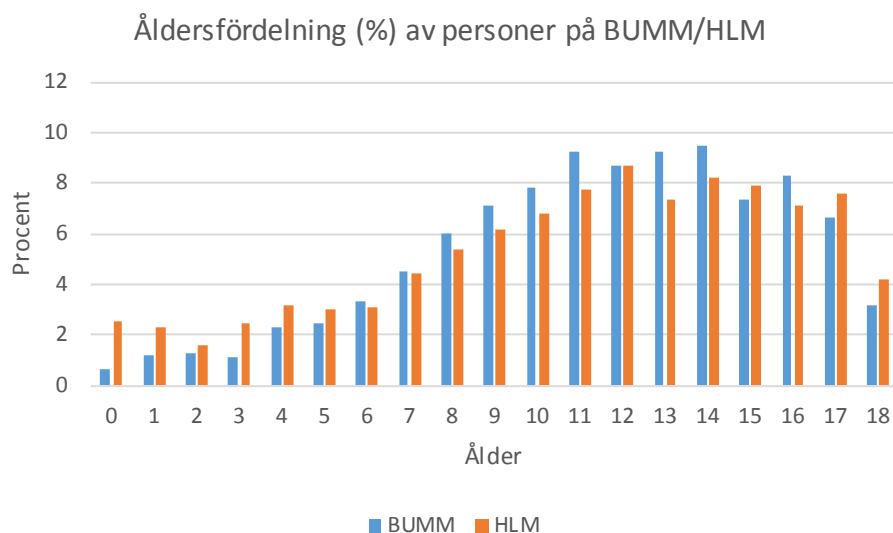
Tabell 1. Åldersfördelning av besök och personer under år 2016 samt genomsnittligt antal besök per person under året.

|                                                      | BUMM<br>Antal              | BUMM<br>(%)            | HLM<br>Antal              | HLM<br>(%)            |
|------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------|
| <b>Besök</b>                                         |                            |                        |                           |                       |
| 0-2 år                                               | 202                        | 1,8                    | 713                       | 3,9                   |
| 3-5 år                                               | 481                        | 4,2                    | 922                       | 5,0                   |
| 6-8 år                                               | 1 261                      | 11,0                   | 1 802                     | 9,9                   |
| 9-11 år                                              | 2 759                      | 24,0                   | 3 697                     | 20,3                  |
| 12-14 år                                             | 3 272                      | 28,4                   | 5 111                     | 28,0                  |
| 15-17 år                                             | 3 108                      | 27,0                   | 5 160                     | 28,3                  |
| 18 år                                                | 432                        | 3,8                    | 835                       | 4,6                   |
| <b>0-18</b>                                          | <b>11 515</b>              | <b>100</b>             | <b>18 240</b>             | <b>100</b>            |
| <b>Personer</b>                                      |                            |                        |                           |                       |
| 0-2 år                                               | 101                        | 3,1                    | 329                       | 6,5                   |
| 3-5 år                                               | 190                        | 5,8                    | 442                       | 8,7                   |
| 6-8 år                                               | 451                        | 13,9                   | 660                       | 13,0                  |
| 9-11 år                                              | 788                        | 24,2                   | 1 054                     | 20,8                  |
| 12-14 år                                             | 894                        | 27,5                   | 1 235                     | 24,3                  |
| 15-17 år                                             | 726                        | 22,3                   | 1 145                     | 22,5                  |
| 18 år                                                | 104                        | 3,2                    | 215                       | 4,2                   |
| <b>0-18</b>                                          | <b>3 254</b>               | <b>100</b>             | <b>5 080</b>              |                       |
|                                                      |                            |                        |                           |                       |
| <b>Genomsnittligt<br/>antal besök per<br/>person</b> | <b>BUMM<br/>Medelvärde</b> | <b>BUMM<br/>Median</b> | <b>HLM<br/>Medelvärde</b> | <b>HLM<br/>Median</b> |
| 0-2 år                                               | 2                          | 1                      | 2,2                       | 1                     |
| 3-5 år                                               | 2,5                        | 2                      | 2,1                       | 1                     |
| 6-8 år                                               | 2,8                        | 2                      | 2,7                       | 2                     |
| 9-11 år                                              | 3,5                        | 3                      | 3,5                       | 2                     |
| 12-14 år                                             | 3,6                        | 3                      | 4,1                       | 3                     |
| 15-17 år                                             | 4,3                        | 3                      | 4,5                       | 3                     |
| 18 år                                                | 4,2                        | 3                      | 3,9                       | 3                     |
| <b>0-18</b>                                          | <b>3,5</b>                 | <b>2</b>               | <b>3,6</b>                | <b>2</b>              |

Figur 1.

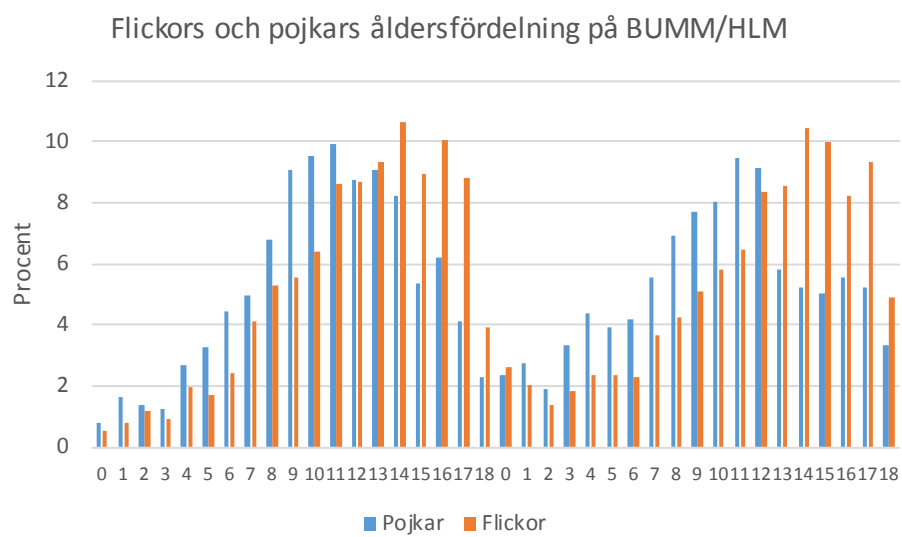


Figur 2. Personer



Det var fler flickor än pojkar både sett till antal besök och personer både på BUMM och HLM. Av de 11 515 besöken på BUMM var 59 % (6 801) av besöken gjorda av flickor. På HLM var 64 % (11 662 av 18 240) av besöken gjorda av flickor. Sett till andelen personer var 54 % av personerna som besökt BUMM och 57 % som besökt HLM flickor. Åldersfördelningen ser olika ut för pojkar och flickor. Bland pojkarna ligger toppen tidigare än bland flickorna, se figur 3. Detta mönster är liknande på BUMM och HLM.

Figur 3.



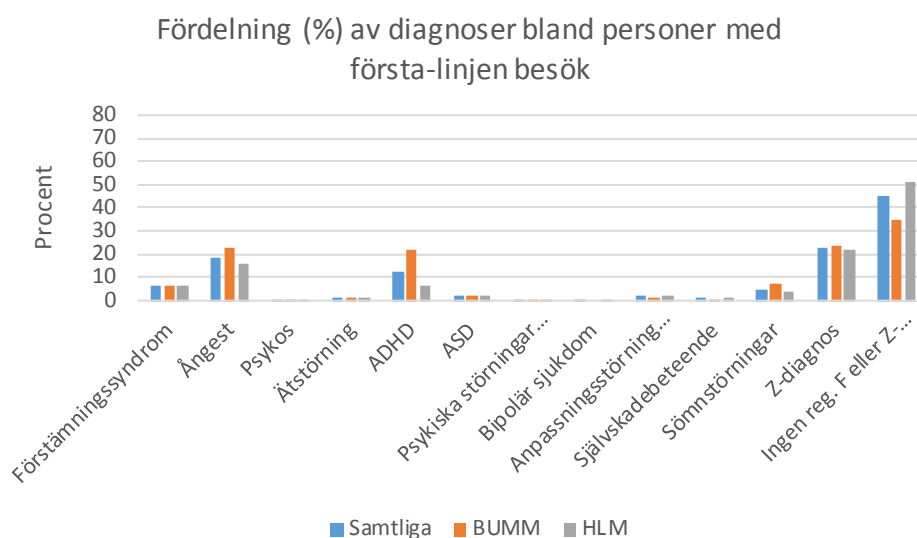
Till vänster i figuren ses BUMM och till höger HLM.



## Diagnos

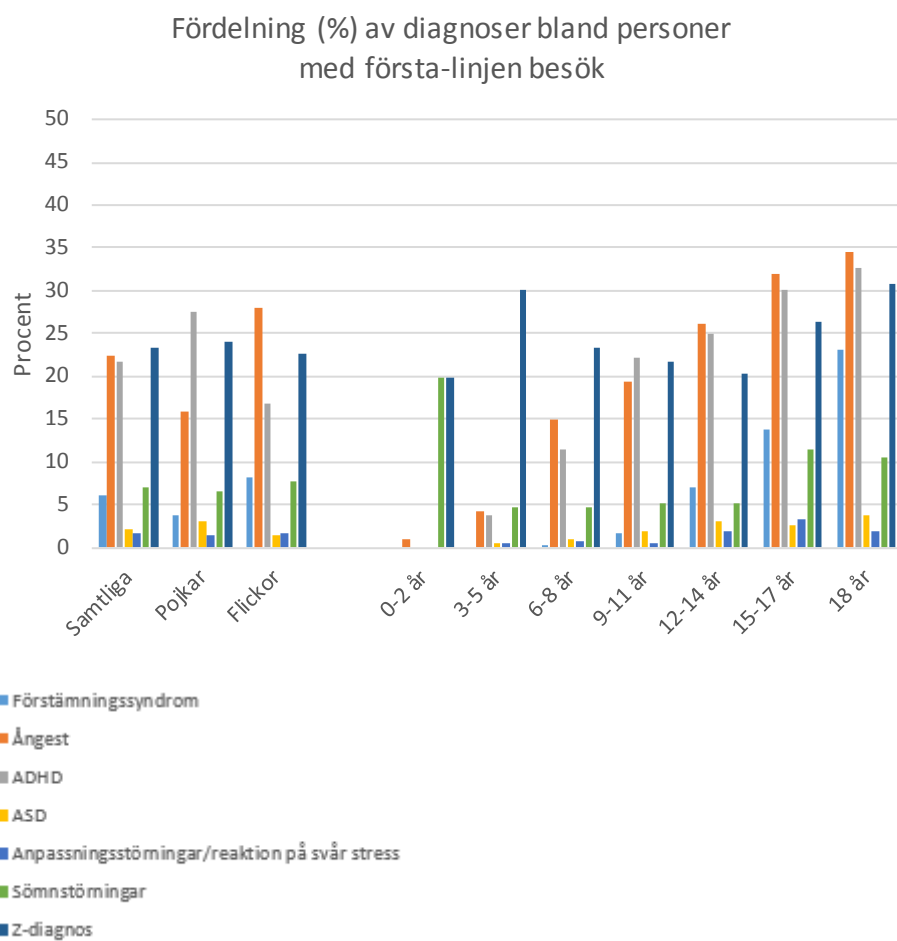
Det var skillnader mellan andel barn och ungdomar som fått en diagnos inom uppdrag första linjen psykisk ohälsa barn och unga; inom BUMM 32 % och HLM 22 % (se tidigare avsnitt om diagnos på sidan 17). Efter att ha inkluderat diagnoser oavsett var inom vården diagnosen ställts under 2016 (se Metodavsnitt) hade 65 % en diagnos inom BUMM medan motsvarande siffra var 50 % på HLM. Figur 4 visar diagnospanoramat för personer som under året hade minst ett "första-linje"-besök. De vanligaste diagnosgrupperna var ADHD, ångest, och Z-diagnoser. Detta gäller både för BUMM och HLM med skillnaden att andelen personer med ADHD-diagnoser och Z-diagnoser var betydligt högre på BUMM än på HLM. Dessutom hade fler personer en registrerad psykiatrisk diagnos under året på BUMM jämfört med HLM.

Figur 4.

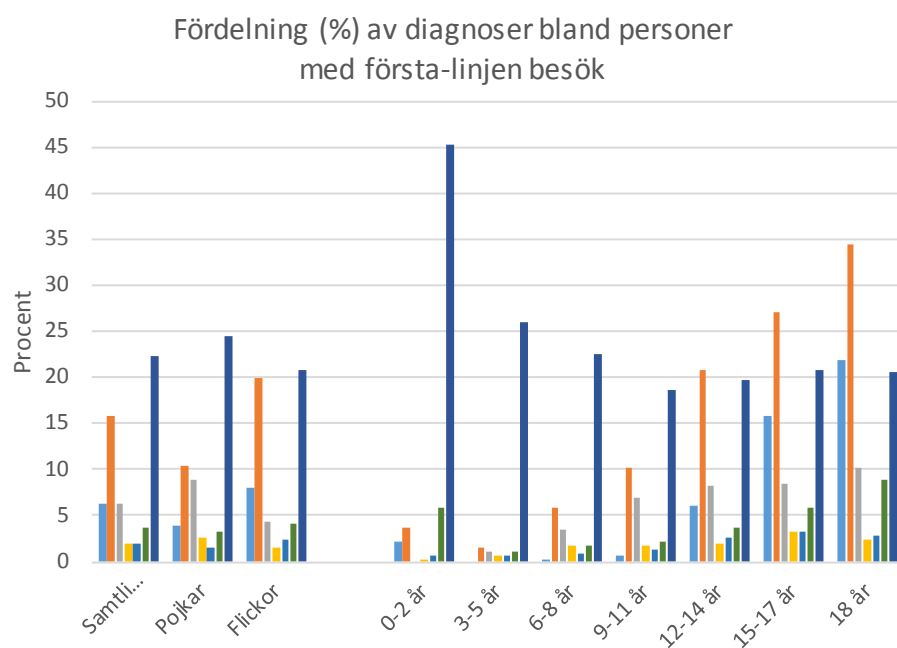


Figur 5 och 6 visar köns och åldersfördelning vad gäller olika diagnoser. Även här fanns det skillnader mellan personer på BUMM och på HLM. Z-diagnoserna och sömnstörningar var vanligast i den allra yngsta åldersgruppen på BUMM. Z-diagnoser var vanliga i alla åldersgrupper. Ångest och ADHD ökade med stigande ålder. På HLM var ångest den vanligaste diagnosen och ökade med stigande ålder.

Figur 5. BUMM



Figur 6. HLM

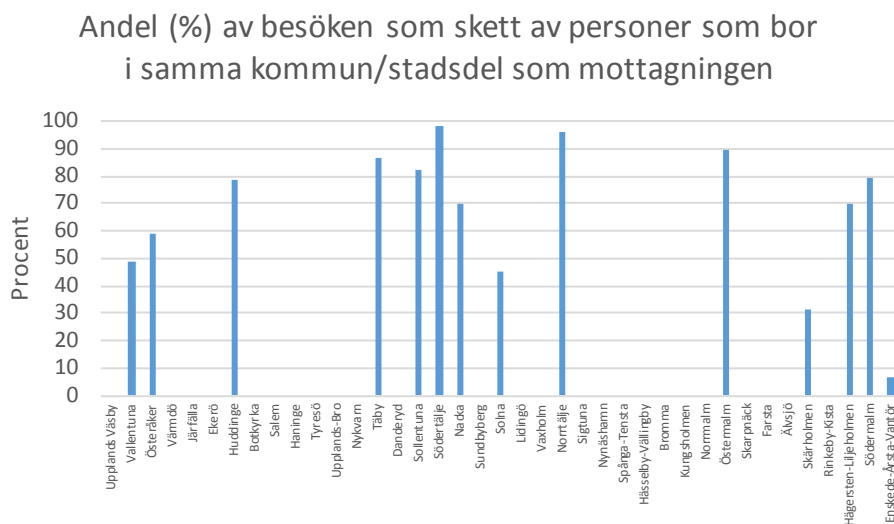


Får man vård i samma kommun/stadsdel som man bor i?

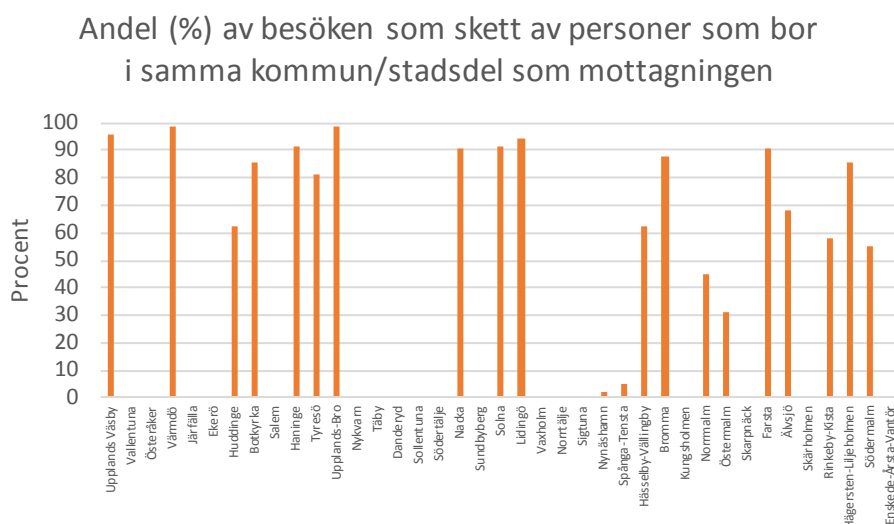
Vid uppdelning på i vilken kommun/stadsdel som personen bodde i vid besöket samt i vilken kommun/stadsdel som mottagningen var belägen i skedde sammantaget 52 % av BUMM-besöken och 68 % av HLM-besöken i samma område som personen bodde i. Om man däremot bara tittar på de kommuner och stadsdelar som faktiskt hade en mottagning inom kommunen skedde 74 % av BUMM-besöken och 80 % av HLM-besöken i den kommun som personen är bosatt i.

Figur 7 och 8 visar andelen besök som sker i personens kommun/stadsdel fördelat på hemkommun/stadsdel.

Figur 7. BUMM



Figur 8. Husläkarmottagning



Tre områden urskiljer sig med låga antal vårdade inom den egna kommunen/stadsdelen och det är boende i Spånga-Tensta, Nynäshamn och Enskede-Årsta-Vantör. Detta är med stor sannolikhet på grund av tillgänglighet utanför kommunen. Exempelvis var 90 % av besöken av de boende i Nynäshamn på Rudans Vårdcentral i Haninge. Av de boende i Spånga-Tensta var 8 % av besöken på Hässelby/Vällingby vårdcentral, 11 % hos familjeläkarna i Husby och 59 % på Tranebergs vårdcentral. Av de boende i Enskede-Årsta-Vantör var 22 % av besöken på Alva BUMM, 31 % på PR vårdmottagning BUMM och 29 % på Karolinska Liljeholmens BUMM.

#### Vilken personalkategori får man träffa?

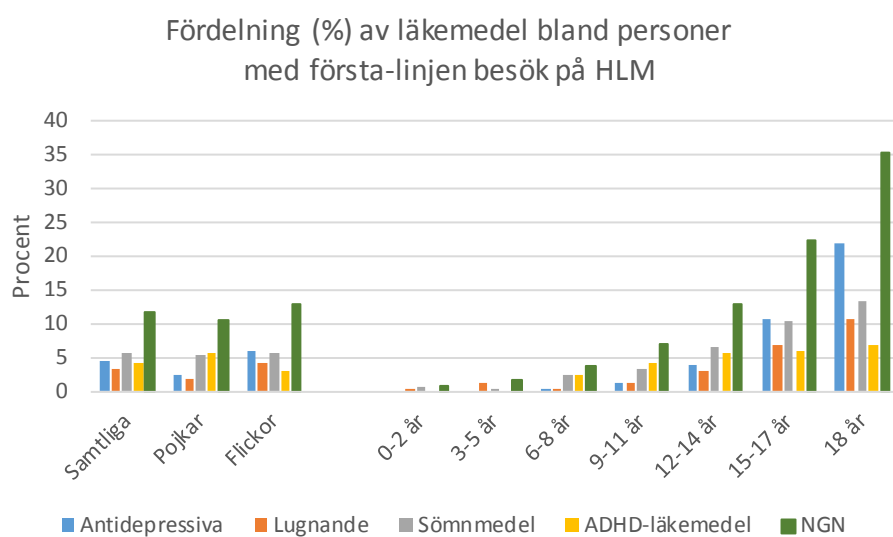
Både inom BUMM och HLM var "första linjen"-besök till psykolog vanligast, 97 % på BUMM och 95 % HLM. Andelen besök till socionomer var något högre på HLM 4,9 % jämfört med 2,6 % av besöken på BUMM.

Vid fördelning per mottagning var mönstret likartat. Undantagen är Södertälje BUMM som hade 20 % socionombesök, Skärholmen BUMM som hade 30 % socionombesök och 10hundra BUMM som hade 4 % sjuksköterskebesök. Inom HLM utmärkte sig Hässelby vårdcentral som hade 81 % socionombesök, Tranebergs vårdcentral som hade 21 % socionombesök, Capho vårdcentral Farsta och Capho vårdcentral Ringen som hade 26 % respektive 16 % socionombesök.

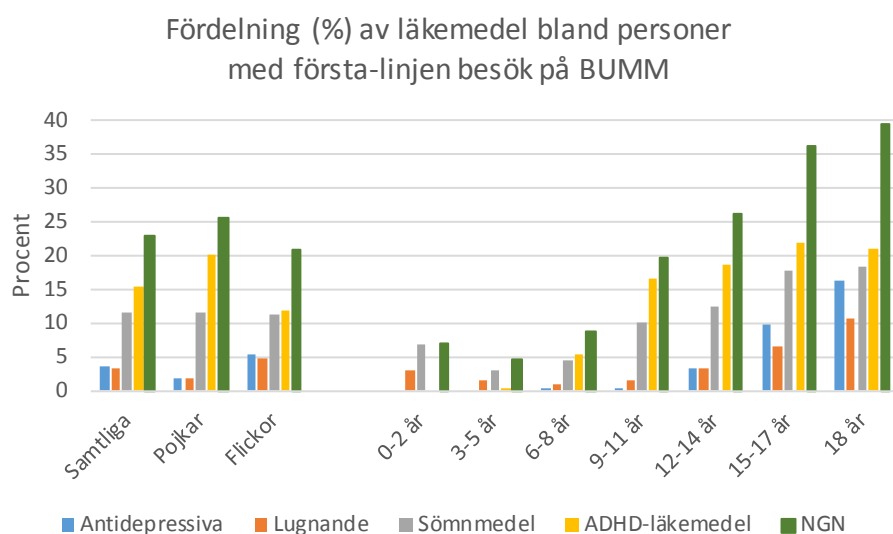
## Läkemedelsbehandling

Figur 9 och 10 visar att det finns skillnader mellan BUMM och HLM i hur stor andel av patientgruppen som fick medicinering. Andelen personer som fick ADHD-läkemedel är betydligt större bland de personer som besökte BUMM än personerna som besökte HLM, men även sömnmedel är vanligare. Observera att detta är oavsett vem som skrivit ut medicinerna. Totalt sett hade 23 % av personerna på BUMM och 12 % av personerna på HLM hämtat ut något av de fyra läkemedlen (antidepressiv medicin, lugnande, sömnmedel, ADHD-läkemedel) (indikerat med NGN i Figur 9).

Figur 9.



Figur 10.



Av de personer som haft ett "första linjen"-besök på BUMM och som hämtade ut något av de ovan nämnda läkemedlen hade 21 % av personerna ett recept utskrivet av en BUP-klinik, 59 % ett recept från en BUMM-klinik, 7 % från primärvården och 3 % från allmänpsykiatri och 22 % från övriga typer av kliniker (barnmottagning inom barnmedicin, ungdomsmottagning mm). För dem med besök på HLM hade 54 % av personerna ett recept utskrivet av en BUP-klinik, 17 % ett recept av en BUMM-klinik, 24 % av primärvården, 6 % från allmänpsykiatri och 9 % från övriga typer av kliniker.

### Remiss

Av personerna vårdade på BUMM hade 16 % en remiss. Av dessa remisser var 65 % från barnmedicin, 28 % från primärvården och nästan 3 % från BUP. Betydligt färre personer vårdade på HLM under uppdraget första linjen psykisk ohälsa barn och unga var remitterade, enbart 1 %. Huvudsakligen var det från primärvården, framför allt BVC.

### Kötid för nybesök

Generellt var det längre väntetider till första linjemottagningar som tillhör BUMM, där väntetiderna ofta var längre än fyra veckor och i vissa fall kunde de inte ta emot nya patienter. Flertalet av de 14 intervjuade första linjemottagningarna, som tillhör BUMM (n= 9, 64 %) hade längre väntetid än en månad. Likaså förekom det intagnings- eller remisstopp hos en del av de första linjemottagningar som tillhör BUMM (n=4, 29 %) till skillnad från mottagningar som tillhör HLM.

### Personalresurser

De första linjemottagningar som tillhör en HLM hade färre psykologer anställda. Runt en tredjedel av mottagningarna (n= 8, 38 %) som var placerade på en HLM hade endast en psykolog anställd. Motsvarande andel på mottagningar som var lokaliserade på en BUMM var en femtedel (n=3, 21 %).

### BUS

Enligt dem som intervjuades så var det vanligare att samverka med andra aktörer via en lokal BUS-grupp för mottagningar som tillhör en HLM (n=8, 38 %). Bland de 17 första linjemottagningar som tillhör BUMM, var det endast ett par (n=2, 14 %) mottagningar, som hade någon BUS-samverkan.

## Bilaga 2

### Intervjufrågor första linjen

För att kunna särskilja originalfrågor med de som justerats under intervjuperiodens gång, är tillkomna/ändrade frågor skrivna i kursiv text.

**Plats:**

**Datum:**

**Start:**

**Slut:**

Hej [den intervjuades namn],

Mitt namn är [intervjuarens namn] och jag arbetar på (arbetsplats)

Jag är intresserad av hur ni arbetar med första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa. Syftet med intervjun är att utvärdera förstalinjeverksamheten.

Resultaten från den här intervjun kommer att sammanställas i en rapport vid Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin. Vi kommer inte att ange ditt namn eller mottagning i rapporten, utan resultaten från intervjuer med alla mottagningar kommer att presenteras på gruppnivå. Du kommer att få ta del av resultaten innan rapporten går vidare till Hälso – och sjukvårdsförvaltningen (HSF), då du har möjlighet att korrigera eventuella missuppfattningar etc.

Den här intervjun kommer att ta ungefär 30-35 minuter. I slutet av intervjun finns utrymme för dig lägga till information som du vill ha med eller t.ex. komma med förslag på eventuella utvecklingsmöjligheter inom första linjen.

Din medverkan i den här intervjun är helt frivillig och du kan när som helst avbryta intervjun eller avstå från att svara på någon fråga.

Är det något du undrar över?

För att vara säkra på att vi får med all information du ger vill vi spela in det här samtalet. Vi kommer att spara inspelningen på en datafil med begränsad åtkomst och förstöras när vi har sammanställt alla intervjuer. Går det bra för dig?

### Intervjuguide

#### Tillgänglighet

Hur lång är väntetid för nybesök på er mottagning?

Tas alla emot som söker?

Görs det någon prioritering av nybesök?

Om prioritering görs, vem gör den?

Söker patienter själva eller blir de remitterade? Från vilka aktörer kommer remisserna?

#### Målgrupp och behandlingsinnehåll

När sätts diagnos? Vid första besök eller senare?

Finns det olika synsätt på er mottagning om när diagnos ställs?

Finns det olika synsätt på er mottagning hur diagnos ställs?

Arbetar ni tillsammans med personal i kommunen på mottagningen? (t.ex. integrerad mottagning med kommunen)?

Finns det nationella riktlinjer som mottagningen använder/har hjälp av?

1. Barnkonventionen
2. Meddelandeblad 7/2010
3. Barn som närstående
4. Orosanmälan enligt socialtjänstlagen kap 14, 1§

Vilka regionala vägledningsdokument använder mottagningen i praktiken eller har hjälp av?

1. Generellt om vård av barn och unga med psykisk ohälsa
2. Ångest hos barn och unga med psykisk ohälsa
3. Utagerande beteende hos barn och unga med psykisk ohälsa
4. Barn 0-6 år med psykisk ohälsa eller risk för sådan
5. Sömnstörning hos barn och unga med psykisk ohälsa
6. Depression och nedstämdhet hos barn och unga med psykisk ohälsa
7. Psykologisk behandling av barn och unga med långvarig smärta
8. Psykisk ohälsa hos barn och unga med kronisk sjukdom eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
9. Ensamkommande barn och ungdomar
10. Samverkan kring barn i behov av särskilt stöd (BUS)

Finns det psykolog(er) anställda på mottagningen?

Finns det andra tjänster på mottagningen för arbetet med barn och unga med psykisk ohälsa

Finns det externa leverantörer som anlitas av mottagningen för psykologisk behandling av barn och unga?

Vilken hjälp/behandling erbjuds barn och unga rent fysiskt? *Var?*

Teamarbete inom mottagningen mellan psykolog och läkare? Vilka läkare samarbetar psykologen med? Finns det en specifik läkare som har huvudansvar/-uppdrag att ta hand om målgruppen?



## Samverkan

Finns det dokumenterade samverkansrutiner på mottagningen och i så fall vilka?

Hur sker samarbete med personal från kommunen?

Hur fungerar samverkan med:

- 1) förskola
- 2) skola
- 3) socialtjänst?

Hur sker samverkan i den lokala BUS-gruppen? *Finns samverkan i lokala BUS-gruppen? Om ja, utveckla.*

Deltar mottagningen i samordnade individuella planer (SIP) med andra vård- och omsorgsgivare? *Hur vanligt förekommande och vem initierar?*

## Relation BUP

Hur ofta remitterar/hänvisar mottagningen till BUP?

Hur Får ni återkoppling från BUP (remissvar)? *Hur lång tid brukar det ta?*

Finns det någon patientgrupp som mottagningen upplever hänvisas runt?

Om ja vad kan dess patienter behöva?

## Mindre barn

Får mottagningen remisser från BVC eller BUP gällande barn i åldrarna 0-3 år?

Vilka är de vanligaste sökorsakerna som föräldrar till barn i åldrarna 0-3 år söker hjälp för hos mottagningen?

Görs det någon prioritering på mottagningen av problem hos barn i åldrarna 0-3 år?

Finns kompetens på mottagningen för att ge rätt insatser till barn i åldrarna 0-3 år? Om inte, vad skulle behövas?

## Öppen fråga

Finns det något ytterligare du vill tillägga, t.ex. vad du tycker fungerar bra med första linjen och/eller eventuella utvecklingsområden för verksamheten?

## Bilaga 3

### Intervjufrågor BUP A

**Plats:**

**Datum:**

**Start:**

**Slut:**

Hej [den intervjuades namn],

Mitt namn är [intervjuarens namn] och jag arbetar på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.

Jag är intresserad av att veta mer om i vilken utsträckning BUP och första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa samverkar. Syftet med den här intervjun är att utvärdera första linjens verksamhet.

Resultaten från intervjun kommer att sammanställas i en delrapport vid Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin. Vi kommer inte att ange ditt namn eller BUP mottagning i rapporten, utan resultaten från intervjuer med alla mottagningar kommer att presenteras på gruppnivå. Om vi använder något citat från intervjun med dig kommer vi att stämma av med dig innan det hamnar i rapporten så att du har möjlighet att korrigera eventuella missuppfattningar etc.

Den här intervjun kommer att ta ungefär 20-25 minuter. I slutet av intervjun kommer det en öppen fråga där det finns utrymme för dig lägga till information som inte fångats upp i frågorna som ställts eller t.ex. dela med dig av vad som fungerar bra med samarbetet med första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa eller komma med förslag på hur de yngsta barnen ska få bäst stöd.

Din medverkan i den här intervjun är helt frivillig och du kan när som helst avbryta intervjun eller avstå från att svara på någon fråga.

Är det något du undrar över?

För att vara säkra på att vi får med all information du ger vill vi spela in det här samtalet. Vi kommer att spara inspelningen på en datafil med begränsad åtkomst och förstöras när vi har sammanställt alla intervjuer. Går det bra för dig?

### Kännedom

Vad känner du/ni till om det uppdrag och den funktion som första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa har?

Vilka mottagningar har du/ni kontakt med?

### Samverkan

I vilka former sker samarbete med personal från första linjen?

### Målgrupp

Vilken instans (första linjen/BUP) anser du har kompetens för olika patientgrupper, som:

- a) Ångest hos barn och unga med psykisk ohälsa
- b) Utagerande beteende hos barn och unga med psykisk ohälsa

- c) Barn 0-6 år med psykisk ohälsa eller risk för sådan
- d) Sömnstörning hos barn och unga med psykisk ohälsa
- e) Depression och nedstämdhet hos barn och unga med psykisk ohälsa
- f) Psykologisk behandling av barn och unga med långvarig smärta Psykisk ohälsa hos barn och unga med kronisk sjukdom eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

### Tillgänglighet

Enligt din erfarenhet, upplever du att första linjen fungerar som en avlastning för "ert" BUP?

### Relation första linjen

Hur ofta hänvisar mottagningen till första linjen?

Finns det någon patientgrupp som mottagningen upplever hänvisas runt (som varken ni eller första linjen upplever kan ges bäst stöd i er verksamhet)?

Om ja, vad kan dess patienter behöva?

### Öppen fråga

Finns det något ytterligare du vill tillägga, t.ex. vad du tycker fungerar bra med samarbetet med första linjen och/eller eventuella utvecklingsområden för att de **ynigsta** barnen (0-3 år) ska kunna få det stöd de behöver?

## Bilaga 4

### Intervjufrågor BUP, B

**Plats:**

**Datum:**

**Start:**

**Slut:**

Hej [den intervjuades namn],

Mitt namn är [intervjuarens namn] och jag arbetar på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.

Jag är intresserad av att veta mer om i vilken utsträckning BUP och första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa samverkar. Syftet med den här intervjun är att utvärdera första linjens verksamhet.

Resultaten från intervjun kommer att sammanställas i en delrapport vid Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin. Du som blir intervjuad kommer att vara anonym. Om vi använder något citat från intervjun med dig kommer vi att stämma av med dig innan det hamnar i rapporten så att du har möjlighet att korrigera eventuella missuppfattningar etc.

Den här intervjun kommer att ta ungefär 20-25 minuter. I slutet av intervjun kommer det en öppen fråga där det finns det utrymme för dig lägga till information som inte fångats upp i frågorna som ställts eller t.ex. dela med dig av vad som fungerar bra med samarbetet med första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa eller komma med förslag på hur de yngsta barnen ska få bäst stöd.

Din medverkan i den här intervjun är helt frivillig och du kan när som helst avbryta intervjun eller avstå från att svara på någon fråga.

Är det något du undrar över?

För att vara säkra på att vi får med all information du ger vill vi spela in det här samtalet. Vi kommer att spara inspelningen på en datafil med begränsad åtkomst som förstörs när vi har sammanställt alla intervjuer. Går det bra för dig?

### Kännedom

Hur ser du på första linjens uppdrag?

Hur ser du på första linjens funktion?

Har du kontakt med chefer på en nivå som motsvarar din inom första linjen?

### Samverkan

Vet du om det finns ett samarbete mellan BUP-mottagningar och första linjen?

Finns det upparbetade samarbetsrutiner mellan BUP-mottagningar och första linjen?

### Målgrupp

Vilken instans (första linjen/BUP) anser du har kompetens för olika patientgrupper, som:

- a) Utagerande beteende hos barn och unga med psykisk ohälsa
- b) Barn 0-6 år med psykisk ohälsa eller risk för sådan

- c) Sömnstörning hos barn och unga med psykisk ohälsa
- d) Barn med sociala svårigheter (i kontakt med andra barn eller vuxna)
- e) Barn med problematik kopplat till mat
- f) Psykisk ohälsa hos barn och unga med kronisk sjukdom eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

### Tillgänglighet

Enligt din erfarenhet, upplever du att första linjen fungerar som en avlastning för BUP?

### Relation första linjen

Känner du till om din verksamhet hänvisar till första linjen?

Om ja, har du någon uppfattning om i vilken utsträckning?

Har du någon kunskap om hur mycket remisser det kommer från första linjen till BUP-mottagningarna?

Finns det någon patientgrupp som du upplever hänvisas runt (som varken BUP eller första linjen upplever kan ge bäst stöd till i sina verksamheter)?

Om ja, vad kan dessa patienter behöva?

### Öppen fråga

Finns det något ytterligare du vill tillägga, t.ex. vad du tycker fungerar bra med samarbetet med första linjen och/eller eventuella utvecklingsområden för att de **ynigsta** barnen (0-3 år) ska kunna få det stöd de behöver?

## Bilaga 5

### Intervjufrågor BHV

**Plats:**

**Datum:**

**Start:**

**Slut:**

Hej [den intervjuades namn],

Mitt namn är [intervjuarens namn] och jag arbetar på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.

Vi är intresserad av att veta mer om hur samarbetet mellan BUP och första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa fungerar, samt i vilken utsträckning BVC och första linjen samverkar. Syftet med den här intervjun är att utvärdera första linjens verksamhet.

Resultaten från den här intervjun kommer att sammanställas i en delrapport vid Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin. Du som blir intervjuad kommer att vara anonym. Om vi använder något citat från intervjun med er kommer vi att stämma av med er innan det hamnar i rapporten så att ni har möjlighet att korrigera eventuella missuppfattningar etc. Intervjun beräknas ta ca 25 minuter.

Din medverkan i den här intervjun är helt frivillig och du kan när som helst avbryta intervjun eller avstå från att svara på någon fråga.

Är det något du undrar över?

För att vara säkra på att vi får med all information du ger vill vi spela in intervjun. Vi kommer att spara inspelningen på en datafil med begränsad åtkomst och förstöras när vi har sammanställt all data. Går det bra för er?

### Kännedom

Vilka synpunkter har du rörande första linjens uppdrag?

Vilka synpunkter har du gällande första linjens funktion?

Har du någon känsla för vilka första linjemottagningar som fångar upp de yngsta (0-3 år)?

### Samverkan

Finns det personer inom första linjens verksamhet som *du* samarbetar med?

Känner du till om det finns någon samverkan mellan barnavårdscentraler och första linjens verksamhet?

Vilken verksamhet (första linjen/BUP) bistår barnhälsovården med konsultation?

Hur fungerar den konsultation som barnhälsovården erhåller?

### Målgrupp

Vilken instans (första linjen/BUP/annan aktör) anser du har kompetens för olika patientgrupper, som:

- a) Utagerande beteende hos barn 0-5 år med psykisk ohälsa

- b) Barn 0-5 år med psykisk ohälsa eller risk för sådan
- c) Sömnstörning hos barn 0-5 år med psykisk ohälsa
- d) Sociala svårigheter hos barn 0-5 år med psykisk ohälsa (i kontakt med andra barn eller vuxna)
- e) Matproblematik hos barn 0-5 år med psykisk ohälsa
- f) Psykisk ohälsa hos barn 0-5 år med kronisk sjukdom eller neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

### Tillgänglighet

Enligt din erfarenhet, upplever du att första linjen fungerar som en avlastning för BUP?

### Relation första linjen

Har du någon känsla för i vilken utsträckning BVC hänvisar till första linjen?

Har du någon uppfattning om i vilken utsträckning BVC skickar remisser till första linjen?

Har du någon kunskap om hur lång tid det brukar att ta för BVC att få återkoppling/remissvar från första linjen?

Finns det någon grupp som du upplever hänvisas runt (som varken BUP eller första linjen anser att de kan ge bäst stöd i deras verksamhet)?

Om ja, vad kan dessa barn/familjer behöva?

### Öppen fråga

Finns det något ytterligare ni vill tillägga, t.ex. vad du tycker fungerar bra med samarbetet med första linjen och/eller eventuella utvecklingsområden för att de **ynigsta** barnen (0-3 år) ska kunna få det stöd de behöver?

## Bilaga 6

### Patientgrupper som hänvisas runt

- Barn/unga med självskadebeteende eller ätstörningar nämndes av ett par mottagningar (n=2, 6% TOTALT, n=2, 14% HLM).  
Förslag på insatser: Personal som arbetar inom första linjen behöver mer kunskap hur de kan hjälpa den här patientgruppen i ett tidigt skede, erbjuda samtal och stabilitet i form av att slippa ha olika kontaktpersoner eller slussas runt mellan olika enheter. Det behöver också tydliggöras ytterligare om BUP eller första linjen ska ta emot den här patientgruppen.
- Barn/unga som har skolrelaterade problem uppmärksammades av ett par mottagningar (n=2, 6% TOTALT, n=1, 7% HLM och n=1, 7% BUMM).  
Förslag på insatser: Viktigt med samverkan mellan skolpsykolog, socialtjänsten, första linjen och BUP. Patienterna behöver mer omfattande stöd än vad första linjen kan erbjuda.
- Barn/unga som varken "passar in" i första linjen eller på BUP nämnde några mottagningar (n=2, 6% TOTALT, n=2, 14% BUMM).  
Förslag på insats: Låta första linjen få mer resurser och bredd för att kunna ta emot dessa patienter
- Barn/unga som saknar egen motivation togs upp av en mottagning (3% TOTALT, n=1, 7% HLM).  
Förslag på insats: Patienterna ska erbjudas bedömning inom första linjen och föräldrarna behöver få stöd.
- Barn/unga med ärftliga syndrom eller funktionshinder nämnde en mottagning (3% TOTALT, n=1, 7% HLM).  
Förslag på insats: SIP behövs.
- Små barn med misstanke om neuropsykiatrisk problematik uppmärksammade en mottagning (3% TOTALT, n=1, 7% BUMM).  
Förslag på insatser: Ha en instans där det finns kunskap om små barn kopplat till vårdområdet. I väntan på utredning behöver familjen få stöd i hemmet.
- Barn/unga med neurologisk skada/hjärnskada togs upp av en mottagning (TOTALT 3%, n=1, 7% BUMM).  
Förslag på insats: Ha kompetenscentrum, som är opartiskt och inte knutet till första linjen, där specialister kan göra tvärdiagnostiska bedömningar.
- Relationsproblem mellan barn/unga och deras föräldrar nämnde en mottagning (TOTALT 3%, n=1, 7% BUMM).  
Förslag på insats: Göra föräldrastödsprogram som exempelvis ABC och KOMET mer lättillgängligt för familjer. Första linjen skulle kunna erbjuda fler familjer föräldrastöd om evidensbaserade föräldrastödsprogram anpassades/kortades ner för att passa första linjens verksamhet.



- Barn/unga som utsatts för sexuella övergrepp eller våld uppmärksammades av en mottagning (TOTALT 3 %, n=1, 7% BUMM).  
Förslag på insatser: Patienterna ska komma till rätt instans direkt, d.v.s. BUP, för behandling och barnets föräldrar ska få stöd.
- Ungdomar i 18-årsåldern som av olika anledningar inte är mogna för, eller inte vill, till vuxenpsykiatrin togs upp av en mottagning (3 % TOTALT, n=1, 7% BUMM).  
Förslag på insats: Vara generösare inom första linjen med att behålla ungdomar, såsom de med sociala svårigheter eller ensamkommande ungdomar, tills de är redo för att komma till vuxenpsykiatrin.