

MODELLOMRÅDESPROJEKTET – PSYKISK HÄLSA BARN OCH UNGA

Slutredovisning

FÖR PERIODEN 2009 - 2011



Förord

Utifrån ett övergripande mål om att barn och ungas psykiska hälsa ska mötas med en helhet tecknade regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) år 2008 en överenskommelse om ett projekt för förändringsarbete avseende första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom, "Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga".

Under tre år (2009 – 2011) har SKL varit huvudman för projektet medan 14 "modellområden" försökt omsätta projektidén till verklighet. Ett modellområde har under projekttiden utgjort en enhet bestående av ett landsting eller region tillsammans med en eller flera kommuner eller stadsdelar. Modellområdenas uppgift har varit att, utifrån sina lokala förutsättningar, ta fram praktiskt fungerande modeller för arbets- och samverkansmetoder för att ge barn och unga den hjälp de behöver, i rätt tid och på rätt nivå. Det har till exempel handlat om att förbättra samverkan mellan skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård.

I juni 2011 enades regeringen och SKL om en ny överenskommelse för barn och ungas psykiska hälsa. Överenskommelsen innebär att utvecklingsarbetet kommer att fortsätta, med ökad intensitet, under ytterligare tre år.

Stockholm i januari 2012

Göran Stiernstedt
*Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting*

Innehåll

Sammanfattning	4
Disposition	8
Lägesbild av barns och ungas psykiska hälsa	9
Uppdraget	11
Genomförande	13
Bakgrund	13
Projektets organisation	18
Strategi	21
Resultat: Kartläggning	31
Traditionell organisation	32
Otydliga uppdrag	32
Vanans makt eller vetenskapligt förhållningssätt	36
Resultat: Modeller för första linjen	40
Modell A - Primärvårdsmodellen	42
Modell B – Del av specialistverksamheten	43
Modell C – Vägvisare och var och en sitt tydliga uppdrag	43
Modell D – Elevhälsobaserad modell	44
Modell E – Integrerad verksamhet för heltäckande förstalinjesansvar	45
Modell F – Helhetslösning för barn och familjer	45
Alternativ G – Inte göra något alls	46
Likheter och skillnader mellan modeller	46
Demografiska och geografiska förutsättningar för olika modeller	47
Att utvärdera första linjens insatser	48
Slutsatser	51
Projektet år för år	57
Referenser	62
Bilagor	63

Sammanfattning

För att öka barn och ungas psykiska hälsa behöver samhällets insatser utvecklas. Att säkerställa att de insatser som ges har en hög tillgänglighet och uppvisar en god kvalitet är en stor utmaning. Det kräver att hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser synkroniseras.

Utvecklingsarbetet i Modellområdesprojektet har tagit avstamp i frågan: *Vilken eller vilka verksamheter har till uppgift att **först** ta emot ett barn, ungdom eller dess familj som söker hjälp för ett problem, vare sig problemet har medicinska, psykosociala eller pedagogiska orsaker?*

En välfungerande första linje bör:

- ge vinster för barn och unga och deras familjer genom att erbjuda tidiga insatser och därmed förhindra utveckling av allvarlig problematik och
- avlasta specialistnivån för att möjliggöra ökad tillgänglighet samt utvecklad spetskompetens på denna nivå

Givet dessa mål har projektet verkat utifrån hypotesen: **Effektivt resursutnyttjande och goda resultat för barnen kräver olika organisationstyper beroende på geografiska och demografiska förutsättningar i medverkande kommuner och landsting.** Modellområdenas utvecklingsarbete har resulterat i olika modeller för första linjen, vilket bekräftar att olika organisationsformer behövs för att lösa uppgiften.

Modell A - Primärvårdsmodellen

Modellen utgår från primärvårdens ansvar för att vara första linjen för alla tillstånd och alla åldrar. I praktiken utrustas vårdcentraler med kompetens och resurser för att kunna bedöma, utreda och behandla sådan misstänkt eller konstaterad psykisk ohälsa som inte kräver specialistinsatser. Modellen förutsätter att tillgång till psykosocial kompetens, som psykolog och socionom, finns på vårdcentralen och att personalen vid vårdcentralen har kompetens att bedöma och behandla psykiatriska tillstånd.

Modell B – Del av specialistverksamheten

I denna modell är första linjen en del av landstingets specialistverksamhet. Den barnpsykiatriska verksamheten och/eller barnmedicinska verksamheten har uppdraget att tillhandahålla alla insatser vid psykisk ohälsa eller misstänkt psykisk ohälsa. I detta scenario bör sannolikt vissa delar av verksamheten eller särskilda personer inom verksamheten ha uppdraget att ge förstalinjesinsatser och förstalinjen måste förtydligas gentemot specialistnivån. En utvecklad och formaliserad samverkan med primärvård, socialtjänst och elevhälsa krävs i modellen.

Modell C – Vägvisare, och var och en har sitt tydliga uppdrag

Vägvisarmodellen bygger på att verksamhet som ska ge insatser till barn med misstänkt eller konstaterad psykisk ohälsa har ett tydligt uppdrag och det finns ett system som underlättar för barn och familjer att hitta rätt mellan verksamheter. Till den här modellen hör också strukturerade former för att samla ett nätverk runt ett barn med behov av insatser från flera aktörer/vårdgivare. Utifrån en analys som säkerställer att alla typer av behov täcks kan tydliga överenskommelser mellan alla parter utarbetas.

Modell D – Elevhälsobaserad modell

En förstalinjesmodell där landsting och kommun gett elevhälsan ett utvidgat uppdrag för bedömning, utredning och behandling av sådan psykisk ohälsa som inte behöver åtgärdas med specialistinsatser. Det skulle innebära att förstalinjesinsatserna finns mycket nära det hälsofrämjande arbetet och med tydlig koppling till barns vardag.

Modell E – Integrerad verksamhet för heltäckande förstalinjesansvar

Integrerade verksamheter med ett uppdrag att erbjuda såväl sociala som medicinska insatser utifrån olika kompetenser från såväl hälso- och sjukvård, socialtjänst som elevhälsa. Team utgörs av personal från hälso- och sjukvård, socialtjänst och elevhälsa som är anställda hos sina respektive huvudmän eller hos en av huvudmännen som tagit på sig ansvaret för all personal. Familjecentraler, ungdomsmottagningar och vissa speciella verksamheter eller psykosociala team är exempel på integrerad verksamhet.

Modell F – Helhetslösning för barn och familjer

Den här modellen har funnits med som en vision i många diskussioner om utformandet av insatser till barn och unga. Modellen utgörs av en sammanhållen barn, ungdoms- och familjehälsa där förstalinje, specialistverksamhet och generella insatser samlas i samma hus. Även elevhälsan ingår i den tänkta organisationen även om elevhälsans insatser utförs ute på skolorna.

Alla modeller innebär ett aktivt beslut om att uppmärksamma tidiga insatser och att skapa en organisation som gör det möjligt att på ett bra sätt ta hand om de barn och ungdomar som har ett indikerat problem. Ingen av modellerna kan lyftas fram som överlägsen någon annan och forskning saknas både nationellt och internationellt som kan stödja den ena eller andra modellen. En systematisk uppföljning av resultat och ett kontinuerligt förbättringsarbete måste vara en integrerad del av implementering och drift av respektive modell.

Förändringsmetod

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har under en treårsperiod, 2009-2011, beviljats 30,5 mkr per år av regeringen för att genomföra utvecklingsarbete avseende första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom, "Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga".

Den överordnade målsättningen har varit att uppnå konkreta och bestående verksamhetsförbättringar i de kommuner och landsting som deltagit i projektet - förbättringar som märks för barn, unga och deras närstående.

Fjorton geografiska områden har beviljats utvecklingsmedel (Modellområden). För att de lösningar som togs fram skulle kunna bli tillämpliga i andra delar av landet med liknande villkor har stor variation i områdenas geografiska och demografiska förutsättningar eftersträvat. Totalt har 22 kommuner och 11 landsting/regioner medverkat i projektet.

Första året (2009) ägnades åt att:

- kartlägga vilka verksamheter som har till uppgift att ge insatser till barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa,

- undersöka hur dessa verksamheter fungerar var och en för sig och som en helhet och
- utifrån inventeringens resultat upprätta en handlingsplan för ett samordnat arbete med målsättning att synkronisera och förbättra de befintliga verksamheterna och deras samordning.

Projektet har utvecklat och använt moderna och konkreta verktyg såsom vinjetter, manualer, film och webbTV. Allt material är tillgängligt via projekthemsidan, www.skl.se/psynk.

Andra och tredje året ägnades åt att:

- genomföra intensivt förbättringsarbete,
- ta fram modeller för en fungerande första linje och
- se till att synkroniseringsarbetet förankrades lokalt.

Fördjupning

För att skapa en ökad förståelse för vilka mekanismer som driver eller motverkar förbättringsarbete har projektet genomfört två studier. Den ena studien analyserade förutsättningarna för och effekterna av god samverkan ("Samverkansstudien"). Den andra studien undersökte ekonomiska incitament och hinder för att investera i barn och unga i behov av insatser från flera aktörer ("den Socioekonomiska studien").

Samverkansstudien omfattade sju modellområden och belyste deras förbättringsarbete kring teman som skolenvar, förskolans roll i tidig upptäckt och etableringen av multiprofessionella team. Upplevelsen av samverkan har förbättrats i alla utom ett område, men effekter på arbetsätt och för brukare är hittills svåra att fastställa. Preliminära resultat från studien visar att samverkan måste ses som en strategisk investering. Två framgångsfaktorer förefaller särskilt avgörande för att investeringen ska kunna realiseras. För det första krävs ett aktivt engagemang på alla nivåer och alla medverkande organisationer. För det andra måste aktörerna gemensamt utveckla en samlad styr- och uppföljningsmodell med adekvata mått för arbetsätt och eftersträfvade effekter. En sådan gemensam modell är viktig för att konkretisera och driva arbetet framåt via ett kontinuerligt lärande om vad som ger resultat.

För personer med allvarlig psykisk ohälsa i barndomen är risken för fortsatta svårigheter i vuxenlivet stor och förenad med både lidande för den enskilda och kostnader för samhället. Den Socioekonomiska studien visar på de stora kommunala och samhällsekonomiska kostnader som följer av sena och otillräckliga insatser: för ett barn med allvarlig ADHD kan extrakostnaderna uppgå till drygt fyra miljoner kronor utöver de tre och en halv miljon som varje barn kostar samhället under uppväxten. Tidiga och synkroniserade insatser resulterar i lägre extrakostnader redan under ungdomsåren, drygt två miljoner kronor. I ett längre perspektiv görs en ännu mer påtaglig samhällsekonomisk vinst eftersom ett barn som fått rätt insatser i rätt tid sannolikt kommer kunna delta på arbetsmarknaden (helt eller delvis) som vuxen. Lågt räknat kostar en långtidsarbetslös individ samhället cirka 150 000 kr per år. De ackumulerade kostnaderna för en individ som aldrig kommer in på arbetsmarknaden blir cirka sex miljoner kronor fram till pensionsåldern.¹ En utmaning är att utforma ekonomiska beslutsunderlag så att kort- och långsiktiga ekonomiska konsekvenser av de insatser man gör synliggörs och kan utvärderas. Studien har resulterat i en socioekonomisk simuleringsmodell (dvs. ett prognosverktyg) som kan fungera som beslutsstöd genom att åskådliggöra potentiella vinster/kostnader av tidiga respektive senare, vanligen akuta, insatser.

¹ Exklusive kostnader för produktionsbortfall

Slutsatser

En välfungerande första linje kan erbjuda tidiga insatser och därmed förhindra utveckling av allvarlig psykosocial problematik. Modellområdesprojektet har visat att en första linje kan byggas upp på många olika sätt. Olika geografiska och demografiska och historiska faktorer spelar en avgörande roll för hur de lokala modellerna utformas. Hur effektivt de olika modellerna hjälper barn, unga och deras familjer återstår att se.

Trots modellernas olikhet finns gemensamma nämnare. För förverkligande krävs för det första välfungerande ledning och styrning som kan göra en kommun- och landstingsgemensam beställning. För det andra behövs tydliga incitament som skapar motivation hos alla nödvändiga aktörer. För det tredje måste det finnas kompetens att mäta resultat och följa upp den valda modellens effekter för barn på kort och lång sikt.

En tydlig första linje kan vara ett sätt att stärka barnens perspektiv. För att lyckas behövs en helhetsyn på barnens utveckling där alla samhällets insatser – speciellt skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst – utvecklas för att möta barn och unga och deras familjer med en synkroniserad helhet. Förändring är svårt och därför behövs mycket kunskap inom olika områden och kunniga personer som kan arbeta tillsammans för att sätta barnens behov i förgrunden. Det kräver på kort sikt att organisatoriska strukturer förskjuts till bakgrunden och på längre sikt förändras.

En strategi för utvecklingsarbete behöver beakta att:

- generella insatser till alla och riktade insatser till de få som behöver det är metoder som kompletterar varandra. Ett sådant arbetssätt kommer att ställa nya krav på att hela spektrumet av strategier, från främjande via förebyggande till behandlade, kombineras för att tillsammans ge största möjliga effekt.
- för att en effektiv samordning ska kunna genomföras krävs en gemensam helhetsbild och utifrån den ett tydliggörande av organisationers ansvarsfördelning och av olika sorters beslutsmandat (mellan politik och tjänstemän och mellan chefer och andra verksamhetsföreträdare).
- ledningens aktiva stöd och ägarskap har visat sig vara en avgörande faktor för att lyckas med utvecklingsarbete.
- förmågan att mäta och utvärdera de insatser som ges av samhället måste förbättras, både på lokal, regional och nationell nivå. Det behöver utvecklas gemensamma system som ger löpande återkoppling kring utfallet.
- även aktörer på nationell nivå (departement och myndigheter) med ansvar för frågor kring barn och unga behöver samordna sin politik inom detta område.

Regeringen har beviljat SKL ytterligare medel för att bedriva utvecklingsarbete för barn och ungas psykiska hälsa under perioden 2012-2014. Det nya projektet, som kallas "Psynk" (psykisk hälsa synkroniserad), kommer att riktas mot de utvecklingsområden som identifierats under Modellområdesprojektet.

Disposition

Denna skrift är en slutredovisning av utvecklingsarbetet om första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom, Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga.

Initialt ges en lägesbild av barns och ungas psykiska hälsa följt av en kort beskrivning av projektets uppdrag. Därpå följer en noggrann redogörelse för hur projektet arbetat avseende strategier, verktyg förbrukade medel och fördjupande studier.

I resultatdelen presenteras både kartläggningen från de 14 områdena och de olika modellerna för första linjen. Detta följs av en sammanställning av de förutsättningar som krävs för en framgångsrik första linje avseende exempelvis analys och kunskapsbygge.

I en diskussionsdel redovisas slutsatser av arbetet och reflektioner kring det fortsatta arbetet avslutar rapporten.

Bilagt till rapporten finns:

- en redogörelse av projektets arbete årsvis,
- en sammanfattning av modellområdenas egna beskrivningar av sina förstalinjeverksamheter,
- en extern utvärdering av projektets tekniska lösningar,
- en redogörelse för samverkan med andra nationella aktörer, och
- projektkansliets funktioner och bemanning.

Rapporten överlämnas till regeringen den 18 januari 2012

Lägesbild av barns och ungas psykiska hälsa

Internationella jämförelser av livsvillkoren hos barn och unga vid 15 års ålder placerar sammantaget ofta Sverige främst.² 80-90 procent av barn och unga uppger att de mår bra, men ju äldre barnen blir desto sämre är deras psykiska hälsa.³ Flickor har generellt sämre psykisk hälsa än pojkar, 37 procent av flickorna och 16 procent av pojkarna i årskurs 9 anger i Skolbarns hälsovanor att de ofta eller alltid har upplevt två eller fler psykosomatiska symtom under de senaste sex månaderna⁴. Konsensus råder idag om att det finns en trendmässig ökning av psykisk ohälsa, bl.a. nedstämdhet och oro, hos tonårsflickor. Andelen flickor med sådana problem dubblades eller tredubblades mellan mitten av 1980-talet och början av 2000-talet.⁵ Svenska barn och ungdomar förefaller uppvisa en tydligare åldersrelaterad nedgång i livstillfredsställelse jämfört med andra europeiska länder, 11-åringar mår väsentligt bättre än 13- och 15-åringar. Situationen bland ungdomar i senare delen av tonåren (16-19 år) och i än högre utsträckning hos unga vuxna (20-24 år) är problematisk där 47% av flickorna och 28% av pojkarna uppger besvär av ångest, ångslan och oro.⁶

Andelen av alla barn och unga (i årskurs 6 och 9) som har samtidiga bekymmer med psykisk ohälsa och skolarbetet är 25 procent, 20 procent har samtidiga bekymmer med familjesituationen respektive kamratrelationer och 14 procent med fritiden.⁷ För de barn och unga som uppger att de upplever några tecken på psykisk ohälsa påverkas skolarbetet hos 80 procent. För 64 procent har det konsekvenser för familjesituationen respektive för kamratrelationer medan 50 procent uppger konsekvenser för fritidslivet.

Sociala förutsättningar är en viktig bestämningsfaktor för hälsa. Systematiska sammanställningar visar att det i Sverige finns en betydande överrisk (cirka 80 procent) för psykisk ohälsa hos barn och unga som lever i social utsatthet.⁸ Totalundersökningen i årskurs 6 och 9 visar att barn som uppger problem med familjesituation respektive fritidssituation tre gånger så ofta rapporterar två eller fler psykosomatiska symptom jämfört andra barn.⁹

² OECD 2009

³ FHI 2011a

⁴ FHI 2011b

⁵ Kungliga Vetenskapsakademien 2010a

⁶ FHI 2009

⁷ FHI 2011a

⁸ FHI 2011c

⁹ FHI 2011a

Kungliga Vetenskapsakademins översikt visar att det finns solid evidens för ett starkt ömsesidigt orsakssamband mellan psykisk hälsa och skolprestation. Det förefaller centralt att barn och unga inte upplever tidiga skolmisslyckanden och att de utvecklar en god läsförmåga i tidiga skolår verkar vara en viktig främjande faktor.

Totalundersökningen i årskurs 6 och 9 visar att de elever som uppgett att de inte hade det bra i skolan, att de inte gjorde bra ifrån sig i skolan, inte kunde vara uppmärksamma i skolan och inte kom överens med sina lärare, löpte två till tre gånger större risk att rapportera två eller fler psykosomatiska symtom.¹⁰

Sambandet mellan risk- och friskfaktorer har studerats i internationella studier. En tysk befolkningsstudie visar att risken för psykisk ohälsa är beroende av balansen mellan risk- och friskfaktorer. Det gäller generellt, men effekten av friskfaktorer är begränsad i gruppen med flest riskfaktorer – för denna grupp är riktade insatser därför ett nödvändigt komplement till de generella.¹¹

Läs en fördjupad lägesbeskrivning om barn och ungas psykiska hälsa i bilaga 1.

¹⁰ FHI 2011a

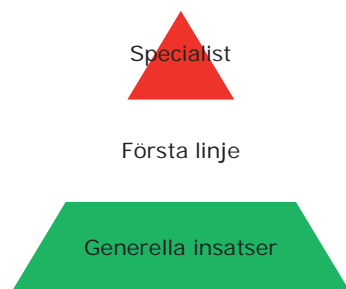
¹¹ Wille et al. (2008)

Uppdraget

I februari 2009 slöt regeringen (Socialdepartementet) och SKL en överenskommelse om förändringsarbete inom första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom, "Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga".

Projektets huvuduppdrag var att ta fram olika modeller för en första linjens vård för barn och unga med, eller med risk för, psykisk ohälsa.

Med "första linjen" avses den funktion eller verksamhet som först möter ett barn eller ungdom med ett indikerat problem. Där görs en första bedömning samt ges insatser som inte behöver specialistnivåns resurser. Insatser på första linjens nivå bör präglas av närhet och lättillgänglighet för att kunna verka tidigt och förebyggande. Första linjeuppdraget kan exempelvis ingå i primärvårdens, elevhälsans, barnhälsovårdens, socialtjänstens, familjecentralers, ungdomsmottagningars, barn- och ungdomshabiliteringens och/eller barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet. Första linjens insatser definieras i relation till de insatser som ges till alla barn (till exempel skolsköterskans elevhälsosamtal) och specialistinsatser motiverade av ett visst sjukdomstillstånd, allvarlighetsgrad eller komplexitet (till exempel vid depression före 13-års ålder; läs mer om hur första linjen har definierats på ss.21).



Figur 1. Illustration av insatsnivåer.

Med första linjen avses den vårdnivå som bör finnas mellan generella insatser – som riktar sig till alla barn, och specialiserade insatser – som riktar sig till en liten grupp barn som på grund av en sjukdoms art, allvarlighetsgrad eller komplexitet inte kan behandlas effektivt på första linjen.

Sammanlagt beviljades SKL 91,5 miljoner kronor fördelat över tre år för att genomföra Modellområdesprojektet.

SKL beviljades enligt överenskommelsen medel för följande insatser:

- göra en praktisk analys av alla aktuella verksamheter, processer och flöden i vård och stödsystemen samt av vilka hälsofrämjande insatser som görs¹²
- ta fram ett antal praktiskt fungerande modeller för arbets- och samverkansmetoder som tillgodoser tillgänglighet till rätt vårdnivå och insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa
- systematiskt arbeta i de olika områdena med att förändra och utveckla verksamheter enligt lokala handlingsplaner för hur samordning och synkronisering av verksamheter och insatser kan förbättras
- använda gemensamma mål och mätbara delmål samt korrekta mått i förbättringsarbetet inom de olika modellområdena
- ta fram instrument, som ska kunna utgöra underlag för förändrings- och implementeringsarbete i samtliga kommuner och landsting
- utarbeta en plan¹³ för att tillvarata de erfarenheter som görs under arbetets gång och inför avslutningen av projektet redovisa hur arbetet kan gå vidare

Därutöver skulle projektet:

- redovisa antal flickor och pojkar som har en individuell plan enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen och i vilken utsträckning planen följs upp och revideras
- redovisa formerna för och erfarenheterna av de överenskommelser som ingåtts mellan landsting och kommuner med inriktning mot flickor och pojkar med psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning (gärna kopplat till deltagande i detta projekt)

Syftet med projektet var att åstadkomma effektiva former för hälsofrämjande insatser och för första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar. Det övergripande målet var att uppnå konkreta och bestående verksamhetsförbättringar inom ramarna för de utvecklingsarbeten som fått stöd.

Enligt överenskommelsen skulle projektets slutredovisning innehålla en analys av de olika modeller som utvecklats i de olika områdena. Analysen skulle bl.a. omfatta likheter och skillnader mellan modellerna samt erfarenheter av olika modellers förutsättningar att fungera inom olika demografiska och geografiska områden.

Arbetet i modellområdena ska enligt överenskommelsen spridas och erfarenheter, idéer och praktiska exempel göras tillgängliga för hela landet. De kommuner och landsting som inte ingått i projektet ges på så vis möjlighet att dra lärdom av modellområdenas resa och kan förhoppningsvis undvika några av de fallgropar som uppdagats i och med projektet.

¹² Verksamheter som omfattas av kartlägningsarbetet är bland annat förskola, skola, socialtjänst, hälso- och sjukvård, frivilligorganisationer, polis, Statens institutionsstyrelses institutioner, arbetsmarknadsåtgärder för unga.

¹³ Planen ska bland annat beskriva hur de samverkansformer som bedöms effektiva ska kunna implementeras i ordinarie verksamhet när projektet upphör.

Genomförande

Bakgrund

Målet för barnpolitiken är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande. Barnpolitiken verkar för att ett barnrättsperspektiv genomsyrar alla politikområden och verksamheter där barn är berörda, såsom utbildningspolitiken, hälso- och sjukvårdspolitiken, folkhälsopolitiken, migrationspolitiken, kulturpolitiken och socialtjänstpolitiken.

I en skrivelse till riksdagen (Rskr 2005/06:206) uttryckte regeringen en tydlig vilja att stärka utvecklingen inom barnområdet. Regeringen konstaterade att de flesta av de viktigaste besluten som rör barns livsvillkor och rättigheter fattas på lokal nivå, i kommuner och i landsting. Regeringen konstaterade vidare att kommunerna och landstingen kan behöva mer stöd och resurser av olika slag för att möta barns och ungdomars behov och ständigt förbättra deras livsvillkor. Den strategiska hållningen är att vid sidan om lagstiftning, fördelning av statsbidrag och stimulansbidrag erbjuda kommunerna och landstingen stödinsatser i form av välfungerade modeller och arbetssätt. Dessutom vill man uppmuntra, tillvarata och stödja den positiva utveckling som pågår på lokal och regional nivå.¹⁴

Redan år 1998 lyfte Barnpsykiatrikommittén i sitt slutbetänkande¹⁵ att det fanns ett behov av att förtydliga ansvarsgränserna mellan elevvården och barn- och ungdomspsykiatri. Barnpsykiatrikommittén menade att skolan borde ta ett större ansvar för elevernas psykiska hälsa. Ansvarsfördelningen mellan skolan och BUP berördes även i två utredningar som behandlade psykisk hälsa och ohälsa år 2006.¹⁶

Förstudie inför en förstärkt vårdgaranti - Barntåget

I syfte att tydliggöra vårdens åtagande gentemot patienten i samband med beslutad behandling infördes 2005 den *nationella vårdgarantin*. Vårdgarantin reglerar inom vilka tidsgränser den vård ska erbjudas som vårdgivaren i samråd med patienten har beslutat om (*inte* om vård ska ges eller vilken vård som kan komma ifråga). Specialiserade insatser vid psykisk ohälsa till barn och ungdomar omfattas också av vårdgarantin.

Garantin innebär att landstingen ska se till att vården erbjuder kontakt (via telefon eller besök) samma dag som patienten söker hjälp samt att väntetiden till läkarkontakt, om så behövs, ska vara högst 7 dagar. Efter remissbeslut ska besök till specialistbeslut kunna

¹⁴ Detta har bland annat uppmärksammats i den statliga utredningen *Ambition och ansvar*, SOU 2006:100.

¹⁵ SOU 1998:31

¹⁶ SOU 2006:77; SOU 2006:100.

erbjudas inom 90 dagar. Efter beslut om behandling eller annan åtgärd ska denna erbjudas inom högst 90 dagar. Vårdgarantin beskrivs som "0-7-90-90". Vårdgarantin berör inte vård vid akuta tillstånd.

I en överenskommelse med regeringen (070620, S2007/5696/HS) åtog sig SKL att genomföra ett projekt i syfte att undersöka förutsättningarna för en *förstärkt vårdgaranti* inom barn- och ungdomspsykiatri. I uppdraget (070620, S2007/5696/HS) ingick att under 2007 och 2008 kartlägga, beskriva, analysera förutsättningarna samt föreslå nödvändiga åtgärder för att förbättra tillgängligheten till insatser för psykisk ohälsa. I slutet av 2007 gjorde SKL bedömningen att målen med en förstärkt vårdgaranti kunde uppnås först 2011 (S2008/600/HS).

Enligt överenskommelsen skulle SKL dessutom ta fram enhetliga medicinska indikationer (slutredovisning 31 dec 2008) för tillgång till utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri. I februari 2008 inbjöd SKL därför samtliga landsting och kommuner till möten med anledning av barn och ungdomars hälsa och en förstärkt vårdgaranti. Mötena syftade dels till att ge information, dels till att ta del av erfarenheter och synpunkter. Inbjudan uppmuntrade till att diskussioner skulle föras regionalt, i ett bredare forum, där representanter från olika verksamheter i både kommun och landsting fanns med. Mötesserien kom att gå under namnet "Barntåget".

Från mars till december 2008 besökte Barntåget ett 20-tal platser runt om i Sverige, merparten av alla län. Efter mötesturnén konstaterade Barntågets projektgrupp att:

Sverige har en hög ambitionsnivå när det gäller barnhälsovård och det finns många goda och effektiva verksamheter. Överlag var de som projektgruppen träffade ute i landet nöjd med resultaten gällande barn och ungdomars fysiska hälsa. Insatserna mot den psykiska ohälsan hos barn och unga ansågs mindre välutvecklade.

Utbudet av insatser varierar både vad gäller tillgång och innehåll. Projektgruppen fann att tillgången till insatser varierade både mellan och inom landsting, ibland även inom en och samma kommun. Samtidigt menade många att förutsättningarna och behoven ser olika ut i landet och att det därför behövs flera olika lösningar.

Kvalitetssäkringen är bristfällig. På många platser var uppföljningssystemen inte tillräckligt utvecklade. Mer forskning om vilka metoder och arbetsätt som är framgångsrika i Sverige efterlystes.

Ansvarsfördelningen är otydlig. Lagstiftningen ansågs inte ge någon tydlig vägledning om vem som har vilket ansvar. Störst osäkerhet rådde kring vem som ansvarar för insatserna mellan den generella och specialiserade nivån. Projektgruppen menade att otydligheten kunde resultera i att förebyggande och tidiga insatser prioriterades bort när behovet av insatser vid allvarigare och akuta tillstånd var stort. I förlängningen skulle en sådan resursfördelning medföra högre ekonomiska och mänskliga kostnader.

En enkät till barn- och ungdomspsykiatri visade att denna verksamhet i genomsnitt träffar fem procent av barnbefolkningen varje år med stora variationer mellan landstingen. Enligt verksamhetscheferna kunde upp emot en tredjedel av besöken anses som besök som inte hade behövt specialistinsats utan skulle ha kunnat klaras på en "första linje" om det hade funnits en sådan. Under Barntågets besök återkom behovet av en första linje, särskilt för åldersgruppen 6-13 år för vilka uppdragen ofta var oklara och utbudet av insatser begränsat. Många av de besökta verksamheterna pekade på vikten av att erbjuda insatser i ett tidigt skede.

En slående upptäckt för många av deltagarna i länen var att det fanns verksamheter med likartad inriktning som inte visste om varandra och att flera såg varandra för första gången trots många beröringsytor.

Förstärkt vårdgaranti för barn och unga

I februari 2009 enades regeringen (Socialdepartementet) och SKL om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa med målet att öka tillgängligheten inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. ¹⁷ Alla landsting skulle senast 2011, utöver att uppfylla de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Därefter skulle de erbjudas beslutad fördjupad utredning/behandling inom högst 30 dagar .

Enligt den förstärka vårdgarantin ska barn och unga som mår psykiskt dåligt:

- 0** få kontakt med basverksamhet – till exempel barnhälsovård, skolhälsovård eller primärvård samma dag som de tar kontakt,
- 7** om behov föreligger, få kontakt med läkare/annan vårdpersonal med adekvat kompetens som kan göra en kvalificerad bedömning av tillståndet inom sju dagar,
- 30** få besöka specialist inom en månad om det anses finnas behov av specialistbedömning och
- 30** påbörja fördjupad utredning och/eller specialistbehandling inom en månad från det att beslut fattats om dessa åtgärder.

När akuta insatser behövs¹⁸ ska dessa kunna erbjudas samma dag.

Från och med 2011-års inrapportering omfattas alla barn och unga 0–18 år som söker hjälp för psykisk ohälsa av den förstärkta vårdgarantin, oberoende av om vård sker vid en enhet som hör till BUP eller annan verksamhet, till exempel barn- och ungdomshabilitering.

Uppföljning av vårdgarantin

Sedan år 2007 har Socialstyrelsen årligen haft i uppdrag¹⁹ att fördela statligt stöd i form av statsbidrag till de landsting som uppfyller vårdgarantin. Sammanlagt innebär detta en tillgänglighetssatsning på drygt en miljard kronor till landstingen för åren 2007–2011 för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Parallellt har Socialstyrelsen fått i uppdrag att på nationell nivå årligen följa upp och utvärdera de insatser som landstingen genomfört med hjälp av bidraget.²⁰

Sedan år 2009 har statsbidrag som utgår med anledning av den förstärkta vårdgarantin varit prestationsbaserade och kopplade till SKL:s databas Väntetider i vården. Samtliga landsting rapporterar till databasen som administreras av SKL. Villkoren regleras i årliga överenskommelser mellan regeringen och SKL.

Socialstyrelsen konstaterade efter sin uppföljning av 2010-års bidrag (avstämning 31 oktober 2010) att 18 av 21 landsting klarade samtliga krav för att erhålla 2010-års statsbidrag. Dock visade mätningen i väntetidsdatabasen i mars 2011 en påtaglig ökning

¹⁷ Regeringsbeslut nr I:7 2009-02-26; Regeringsbeslut nr I:23 2009-12-17

¹⁸ Till exempel vid allvarliga psykiatriska symtom som självmordshandlingar/tankar, psykotiska symtom, depression eller ångesttillstånd med svåra symtom.

¹⁹ Regeringsbeslut nr I:7 2009-02-26; Regeringsbeslut nr I:23 2009-12-17

²⁰ Socialstyrelsen har i därutöver i uppdrag att juli 2012 lämna en slutrapport till regeringen om uppföljning av den förstärkta vårdgarantin.

av antalet väntande på första besök till BUP. Flera landsting har ett sämre resultat än i oktober 2010.²¹ Under 2011 har en ny redovisningsmodell tagits fram och den avläsning som skedde hösten 2011 redovisar faktisk väntetid, det vill säga hur länge patienten väntat till ett första besök, start av utredning eller behandling. Detta sätt att registrera innebär att det också kommer att gå att se hur många barn som kommit till behandling. Alla utom ett landsting klarade gränsen för stimulansbidrag (i dessa landsting hade därmed minst 80 procent av barnen väntat i mindre än 30 dagar för ett första besök) och alla utom fem landsting klarade att ta emot 70 procent av barnen till fördjupad utredning eller behandling med en väntetid under 30 dagar.

I Socialstyrelsens uppföljning framkommer att landstingen genomgående har positiva erfarenheter av statsbidragen som stimulans för att förbättra tillgängligheten. Däremot är flera landsting kritiska till den prestationsbaserade modellen för statsbidrag eftersom de menar att ett ensidigt fokus på tillgänglighet kan medföra en risk för att prioriteringar inte görs efter behov utan för att klara vårdgarantin.

Socialstyrelsen påpekar att det är svårt att genom väntetidsdatabasen få överblick över hur många barn och unga som väntar på ett första besök eller utredning/behandling. Landstingen skiljer sig åt både hur verksamheten för målgruppen är organiserad och vilka verksamheter som rapporterar in väntetider. I många landsting har andra enheter än BUP uppdrag för målgruppen, till exempel görs i vissa landsting neuropsykiatriska utredningar vid habiliteringsenheter. Privata vårdgivare förekommer också. Inom andra landsting görs istället alla utredningar inom BUP. Organisatoriska skillnader mellan landsting har påverkat möjligheten till tillförlitliga jämförelser. Det påverkar också överblickbarheten av hur många barn och unga totalt som väntar på första besök eller utredning vid en given tidpunkt. 2011-års modell för inrapportering innefattar därför alla barn och unga 0–18 år som söker hjälp för psykisk ohälsa, oberoende om detta sker vid en enhet som hör till BUP eller annan verksamhet. Förhoppningsvis kommer denna förändring bidra till möjligheten att göra mer tillförlitliga jämförelser av väntetider.

Flera landsting har under uppföljningen framfört att det är problematiskt att landstinget inte har en tydligt definierad första linje där olika aktörers uppdrag och roller klart framgår. Redan i 2009-års överenskommelse uppmärksammades att landstingen för att nå målsättningen behövde se över hur insatser för barn- och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom erbjuds och görs tillgängliga.²² Att ha en tillgänglig, kunskapsbaserad och väl utvecklad s.k. första linjens barn- och ungdomspsykiatri anses av många vara en förutsättning för den specialiserade barn och ungdomspsykiatri att erbjuda korta väntetider för barn- och ungdomar med svårare och mer komplicerade behov.²³ Flera landsting rapporterade till Socialstyrelsen att de har pågående uppdrag med att utveckla första linjen. Samtidigt rapporterar flera landsting om pågående uppdrag med detta syfte.

Pilotstudie om första linjens vård - upptakt till Modellområdesprojektet

Hösten 2008 kom regeringen (Socialdepartementet) och SKL överens om att SKL skulle genomföra en pilotstudie för förändringsarbete avseende första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Arbetet skulle starta hösten 2008 och slutrapporteras 31 december 2009.²⁴

Enligt överenskommelsen skulle cirka åtta geografiska områden väljas ut utifrån intresse och förutsättningar. Utvalda kommuner skulle tillsammans med landstingen

²¹ Socialstyrelsen 2011a

²² Med hänvisning till utvärderingar gjorda av Socialstyrelsen (S2008/5026/HS) och av Sveriges Kommuner och Landsting (S2008/600/HS)

²³ Socialstyrelsen 2011; Regeringsbeslut nr I:7 (2009-02-26); Wieselgren 2009

²⁴ Överenskommelsen utgick från det förslag som Sveriges Kommuner och Landsting redovisat till regeringen (Socialdepartementet) den 25 mars 2008, *Samlat grepp för barns och ungdomars psykiska hälsa* (dnr S2008/2827/HS).

göra en detaljerad inventering av områdets lokala förutsättningar, analysera behov av förändring, och möjliga synergieffekter samt utarbeta lokalt anpassade handlingsplaner. Dessa skulle gälla arbets- och samverkansmetoder för att åstadkomma effektiva former för hälsofrämjande insatser och för första linjens vård och omsorg avseende barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Inventeringen skulle omfatta alla delar av samhället som påverkar barn och ungas psykiska hälsa.

Pilotstudien skulle utgöra underlag för fortsatt lokalt utvecklingsarbete för de kommuner som tillsammans med landsting skulle delta i arbetet. Målsättningen var att finna praktiskt fungerande modeller för arbets- och samverkansmetoder som tillgodoser tillgänglighet till rätt vårdnivå och insatser för barn och ungdomar med psykisk ohälsa.

De kommuner och landsting som deltog skulle vara olika till sin karaktär så att inventeringarna och handlingsplanerna skulle kunna appliceras på områden med likartade förutsättningar i andra delar av Sverige.

Centralt skulle arbetet ledas av en projektgrupp på SKL och lokalt av projektledare i respektive kommun med tillhörande landsting.

Samverkan skulle ske mellan projektet och Socialstyrelsen, Statens Folkhälsoinstitut (FHI), Skolverket, Ungdomsstyrelsen, andra berörda myndigheter, brukar- och anhängig-organisationer samt pågående utredningar och nationella projekt med bäring på arbetet.

Samtidigt hade Nationellt utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa vid Socialstyrelsen (UPP-centrum) fått regeringens uppdrag att samla, koordinera, beställa och föra ut evidensbaserad kunskap och utvärdera metoder för att förebygga, tidigt upptäcka och tidigt kunna ge stöd till barn och unga som riskerar att drabbas av allvarlig psykisk ohälsa.

Intresseanmälan för att delta gav stort gensvar och vikten av detta stöd framfördes från många områden. Ett drygt 60-tal geografiska områden, med deltagande från både kommuner och landsting, svarade att de ville delta som pilotområde. Efter diskussioner med länen erbjöds de tre stora regionerna, Stockholm, Skåne och Västra Götaland, att delta med två områden var, ett storstadsområde och en kranskommun. Även inom andra områden diskuterades lösningen med en större tätort och en mindre kommun för att landstingen skulle få möjlighet att pröva en modell som fungerade både för storstad och för glesbygd. Urvalsprocessen utmynnade i att 14 områden erbjöds att delta.

För att kunna möta barn och unga med psykisk ohälsa och psykiska sjukdomar på ett tidigt stadium slog överenskommelsen fast behovet av att en första linje utvecklas. Barnhälsovård, ungdomsmottagningar, primärvård, habiliteringsverksamhet, skolhälsovård och socialtjänst är några exempel på verksamheter som har en viktig roll i första linjen.

Pilotstudien 2008/2009 avsåg främst en probleminventering och framtagandet av lokalt anpassade handlingsplaner.

I februari 2009 slöt regeringen (Socialdepartementet) och SKL en överenskommelse om förändringsarbete inom första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom, "Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga".

Projektets huvuduppdrag var att ta fram olika modeller för första linjens vård för barn och unga med, eller risk för, psykisk ohälsa för att barn och unga ska få rätt hjälp på rätt nivå med hög tillgänglighet.

Projektets organisation

Projektet har styrts av en styrgrupp bestående av chefer på SKL.²⁵ Göran Stiernstedt, chef för avdelningen för vård och omsorg (SKL) har varit projektägare. Styrgruppens uppgifter har bland annat varit att säkerställa att projektets resultat bidrar till effektmålet, tillföra de resurser som krävs, stödja projektledningen och kontinuerligt hålla sig informerad om projektets status (genom styrgruppsmöten, statusrapporter, riskanalys, projektanalys) samt att fatta beslut om förändring av projektet. Projektet har haft kontinuerlig kontakt med regeringskansliet. Det gjorde att finansären kunde följa programmet, se både styrkor och svagheter och bidra till att avgöra projektets färdriktning.

Styrgruppen bestämde att Modellområdesprojektet, liksom övriga projekt på SKL, skulle använda PPS projektstyrningsmodell för att styra och följa upp projektet.

Det centrala projektkansliet bestod initialt av en projektchef och fyra projektmedarbetare varav en administratör och en kommunikatör. Projektkansliet har med tiden utökats allteftersom behov har uppstått (se bilaga 2 för förteckning över vilka funktioner som har funnits i projektkansliet).

För att få återkoppling, idéer och skapa förankring har projektkansliet kontinuerligt träffat politiska beredningar och olika chefsnätverk på SKL samt anordnat olika arrangemang med intresse- och brukarföreningar. Enligt projektöverenskommelsen skulle projektet samverka med myndigheter samt pågående utredningar och nationella projekt som har bäring på arbetet inom ramen för överenskommelsen. Projektet har bland annat haft regelbundna träffar med Nationellt utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa (UPP-centrum) vid Socialstyrelsen samt deltagit i utredningen *Se, tolka och agera - om rätten till en likvärdig utbildning* (SOU 2010:95). (Se bilaga 2 för förteckning över samarbeten och utredningar i vilka projektet deltagit).

Fjorton geografiska områden spridda över Sverige har deltagit i förbättringsarbetet och utgjort projektets "modellområden". Områdena valdes utifrån storlek och geografiska och befolkningsmässiga förutsättningar för att kunna representera olika typer av kommuner och landsting. Ett modellområde har utgjorts av en eller flera kommuner, eller stadsdelar, tillsammans med motsvarande landstingsområde. De tre stora regionerna, Stockholm, Skåne och Västra Götaland representeras med två områden vardera, ett storstadsområde och en kranskommun. Inledningsvis deltog totalt 20 kommuner, 3 stadsdelar och 11 landsting i projektet. Under 2011 slogs två av Göteborgs stadsdelar ihop och bildade Angered (fd Lärjedalen och Gunnared).

²⁵ Styrgruppen bestod inledningsvis av Per-Arne Andersson, chef för avdelningen för lärande och arbetsmarknad, Sabina Wikgren Orstam, chef för sektionen för vård och socialtjänst och Marianne Granath, chef för sektionen för hälsa och jämställdhet. Marianne Granath har undervägs ersatts av Anna Östbom, tf chef för sektionen för hälsa och jämställdhet.

Deltagande områden har varit:

1. Dalarna – Gagnef + Hedemora
2. Gävleborg – Hudiksvall
3. Jönköping – Jönköping + Eksjö
4. Norrbotten - Haparanda + Kalix + Överkalix + Övertorneå
5. Skåne – Helsingborg
6. Skåne – Ystad + Simrishamn
7. Stockholm – Farsta, Stockholm
8. Stockholm – Sollentuna
9. Uppsala – Enköping + Håbo
10. Värmland – Hagfors
11. Västerbotten – Umeå + Vilhelmina
12. Västra Götaland – Angered, Göteborg (fd Gunnared respektive Lärjedalen)
13. Västra Götaland – Vänersborg
14. Östergötland – Norrköping

En årlig överenskommelse har för varje år slutits mellan varje modellområde och SKL där området respektive SKL åtagit sig ett antal konkreta uppgifter.

Överenskommelsen har undertecknats från varje modellområde av politiker med ansvar för skola, socialtjänst respektive hälso- och sjukvård (landstings- och kommunalråd). I varje modellområde har det funnits en projektorganisation med en ansvarig projektledare, styrgrupp och referensgrupper.

Finansiering

Projektet har finansierats av socialdepartementet enligt överenskommelse med SKL. Utbetalade medel utgör en del av regeringens satsningar inom psykiatriområdet (anslag, bidrag till psykiatri). Totalt har 91,5 miljoner kronor rekvirerats av staten i projektmedel. Av dessa har 64,5 miljoner kronor fördelats till modellområdena för lokala aktiviteter, löner till processledning och omkostnader. Medel har fördelats för det lokala arbetet utifrån modellområdenas storlek, komplexitet och folkmängd.

Uppskattningsvis har ytterligare 7 miljoner kronor fördelats till enheterna i form av IT-stöd, konferenser och konsultarvoden för verktyg och uppföljningsstudier. Det centrala kansliet har förbrukat 14 miljoner i lönekostnader (varav 2 miljoner i konsultarvoden) och 6 miljoner kronor i omkostnader (bland annat för utbildnings- och informationsmaterial för spridning till landet).

Samverkan med myndigheter och andra projekt

Enligt överenskommelsen ska projektet samverka med bl.a. Socialstyrelsen, FHI, Skolverket och Ungdomsstyrelsen. Särskilt betonas vikten av att samarbeta med FHI:s så kallade 50-miljonersprojekt och eventuellt även koordinera vissa aktiviteter. Då 50-miljonersprojektet finansierat forskning för att utvärdera metoder för att främja psykisk hälsa bland barn och unga vore en sådan koordinering högst tänkbar. Projektkansliet uppfattar att man tagit initiativ för samverkan, men att 50-miljonersprojektet inte haft resurser eller ett lämpligt upplägg för detta. FHI har dock deltagit på projektets



Figur 1. Medverkande kommuner

konferenser och samarbete har bedrivits inom andra projekt hos FHI, t.ex. skolsköterskornas hälsosamtal.

Vad gäller Socialstyrelsen har projektet haft ett kontinuerligt informationsutbyte med UPP-centrum (Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa) vid denna myndighet. UPP har haft ett delvis liknande uppdrag som Modellområdesprojektet, men har valt att fokusera på metodutveckling och forskningsstöd snarare än praktiskt arbete. Samverkan med UPP har fungerat väl, men på grund av olika tidsperspektiv i arbetet – resultaten från deras arbete kommer först efter modellområdesarbetet – gynnas inte modellområdena i den utsträckning som man hoppats initialt. UPP kan således ses som ett kompletterande projekt.

Representanter från Skolverket har deltagit vid ett antal konferenser och projektet har också inbjudits att delta i gemensamma strategigrupper och gett input till deras projekt, till exempel Delegationen för jämställdhet (DEJA):s betänkande. Även Ungdomsstyrelsen har deltagit vid några av projektets konferenser liksom projektet i deras har också skett visst informationsutbyte. Resultat från Ungdomsstyrelsens rapporter har använts och spridits.

Därutöver har projektet deltagit i utredningar, haft kontakter med forskningsråd, universitet och högskolor, brukar- och intresseföreningar, Barnombudsmannen etc. Ett exempel är den s.k. Barndag som anordnats, en konferens där barn och unga från modellområdena fick utarbeta och rösta fram de mest prioriterade politiska frågorna för deras vardag.

Under projekttiden har det funnits en osäkerhet om olika nationella aktörers roll och vissa förändringar i myndighetsstrukturerna har skett; dessutom saknas en nationell synkronisering vilket har påverkat möjligheterna till effektiv samverkan.

Strategi

Olika modeller - samma behov

Kansliets arbete har inriktats på att ge systematiskt stöd till ett verksamhetsnära utvecklingsarbete ute i modellområdena. Från kansliets sida var ambitionen att genom ett nära samarbete med ett antal kommuner, landsting och regioner utveckla arbetssätt och verktyg som sedan kunde spridas till andra platser i Sverige med likartade förutsättningar.

SKL:s och Modellområdesprojektets utgångspunkt var att det inte finns en given modell för hela landet utan att olika organisationsmodeller behöver utvecklas utifrån kommunens/landstingets och barnens behov. Därför har varje modellområde uppmuntrats att ta fram sin egen modell för en första linje, att utgå ifrån lokala förutsättningar och bygga vidare på och optimera sådan verksamhet som redan fungerar bra. Därför har projektkansliet medvetet inte levererat svar på frågor om vad eller vem som är första linjen utan fokuserat på att förklara vilken funktion första linjen för psykisk o-/hälsa ska fylla för barn, unga och deras familjer.

Med "första linjen" avses den funktion eller verksamhet som först möter ett barn eller ungdom med ett indikerat problem. Vi har använt definitionen: "Dit man i första hand vänder sig när man har problem". Här görs en första bedömning samt ges insatser som inte behöver specialistnivåns resurser. Insatser på första linjens nivå bör präglas av närhet och lättillgänglighet för att kunna verka tidigt och förebyggande. Första linje-uppdraget kan exempelvis ingå i primärvårdens, elevhälsans, barnhälsovårdens, socialtjänstens, familjecentralers, ungdomsmottagningars, barn- och ungdomshabiliteringens och/eller barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet. Första linjens insatser definieras i relation till de insatser som ges till alla barn (till exempel skolsköterskans elevhälsosamtal) och specialistinsatser motiverade av ett visst sjukdomstillstånd, allvarlighetsgrad eller komplexitet (till exempel vid depression före 13-års ålder). Se bilaga 3 för ett mer ingående förslag för vilka funktioner en första linje kan fylla.



Figur 2. Illustration av insatsnivåer.

Med första linjen avses den vårdnivå som bör finnas mellan generella insatser – som riktar sig till alla barn, och specialiserade insatser – som riktar sig till en liten grupp barn som på grund av en sjukdoms art, allvarlighetsgrad eller komplexitet inte kan behandlas effektivt på första linjen.

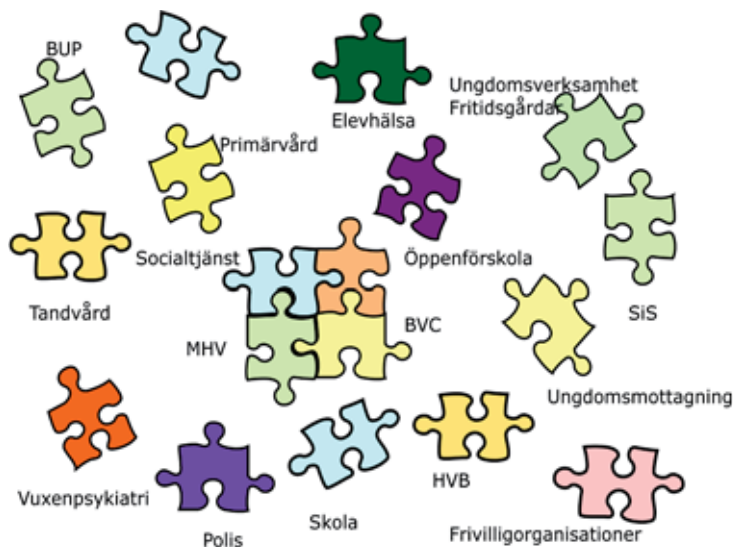
En försiktig bedömning är att mellan två och fem procent av barnen i Sverige behöver omfattande insatser på specialiserad nivå emedan 20-30 procent av barnen behöver en enklare stödinsats på första linjens nivå, till exempel i skolan, av hälso- och sjukvården eller av socialtjänsten. För att mest effektivt hjälpa barn och unga är det viktigt att varje barn och ung person får rätt insatser utifrån deras individuella förutsättningar och behov. Det är viktigt att säkerställa att insatserna inte präglas av orättfärdiga skillnader på gruppnivå utifrån kön, etnicitet, sexuell läggning och funktionshinder. Detta synsätt har präglat projektets arbete på olika sätt, bl.a. genom att kartläggningsverktyg och vinjetter har utgått från flickor och pojkars specifika situation och möjliga implikationer av föräldrar och barns födelseland.

Synkronisering

En bärande tanke för projektarbetet har varit att de resurser som finns inom skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård genom synkronisering kan utnyttjas mer effektivt för att förbättra barn och ungas psykiska hälsa. Överenskommelsen med Socialdepartementet angav att projektets huvuduppdrag var att hitta modeller för första linjens vård. Arbetet har dock till stor del kommit att präglas av frågor om samverkan och betydelsen av ett gemensamt ansvarstagande som spänner över både huvudmän, verksamheter och vårdnivåer.

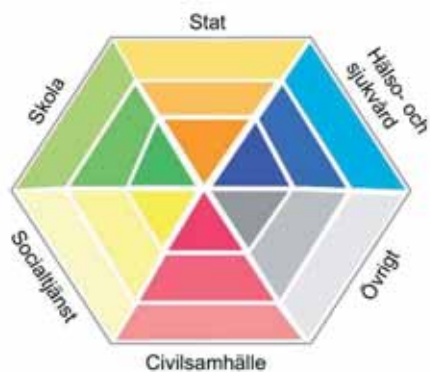
Under arbetets kartläggningsfas bekräftades den bild som framkommit under projektets förstudier som föregick projektet. Några viktiga erfarenheter var att kommuner och landsting dels behövde bli bättre på att samordna samtidiga insatser när flera verksamheter var inblandade kring ett barn och dess familj, dels hade behov av att genomlysna sina uppdragsbeskrivningar för att ta reda på vilken verksamhet som hade ansvar för vad i vilket skede. Där brister upptäcktes skulle uppdrag förtydliga eller nya uppdrag tas fram. För att understryka att projektets framgång inte enbart berodde på samverkan utan även av kvaliteten på enskilda verksamheter och de insatser som de gav, beslöt projektkansliet att tala om "synkronisering". Synkronisering handlar om att identifiera både när samverkan och samarbete mellan olika verksamheter behövs och när det är mer effektivt att varje verksamhet själv ansvarar för insatserna. I begreppet ingår också att det finns en bra "timing" mellan olika insatser och att så mycket som möjligt sker i form av förebyggande och tidiga insatser.

För att förklara synkroniseringstanken har en pusselanalogi använts; verksamheternas insatser ska tillsammans bilda en helhet. Varje pusselbit representerar en insats och det är verksamheternas skyldighet att prestera bästa möjliga insatser, att fila till sin pusselbit. Om pusselbitarna filas till utan hänsyn till helheten kommer pusslet inte ge en enhetlig bild.



Figur 3. Pusslet visar hur olika verksamheter kan skapa en helhet.

Även pyramidfiguren – se exempelvis figur 2 – har utvecklats för att synliggöra att synkronisering bör ske både vertikalt - inom en verksamhet, och lodrätt - mellan verksamheter – se figur 4.



Figur 4. Blomman illustrerar synkronisering av verksamheter.

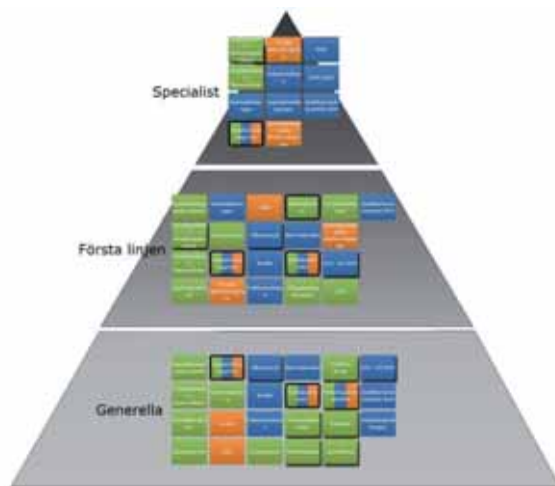
Varje verksamhet som möter barn och unga kan ses som ett blomblad, en pyramid, som ger insatser på generell, första linje eller specialistinsatser. God samverkan sker både inom och mellan verksamheter.

De flesta verksamheter inom kommun och landsting, såsom skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård, kan liknas vid en pyramid där en del insatser riktar sig till hela befolkningen, vissa insatser riktar sig till de med ett indikerat behov och några insatser riktar sig till en liten del av befolkningen med omfattande behov.

Pyramidverktyget för kartläggning och andra hjälpmedel

Eftersom kartläggning och analys utgjorde grunden i Modellområdesprojektets synkroniseringsarbete insåg projektkansliet tidigt behovet av ett enhetligt strukturerat verktyg för denna process.

Grundidén med [pyramidverktyget](#) var att tydliggöra och visualisera de olika modellerna för första linjen. När vi började visualisera var de olika verksamheterna fanns i strukturerna, för att tydliggöra första linjen, framkom att det heller inte fanns någon klar kunskap om uppdrag (dvs. enhetens mål, ansvar, uppdrag och avgränsningar till andra verksamheter) och nivåer. Detta fick infogas i pyramidverktyget.



Figur 5. Pyramidverktyget

Pyramidverktyget är ett webbaserat verktyg som använts inom projektet för att åskådliggöra vilka aktörer som har uppdrag inom barn psykiska hälsa.

I kombination med vinjetterna (se nedan), vars syfte är att kartlägga verksamheternas funktion, ger pyramidverktyget en bra kartläggning och analys av helheten. Andra verksamhetsområden med flera huvudmän som riktar sig till individer med komplex problematik efterfrågar nu pyramidverktyget.

Kartläggningsarbetet medförde en hel del diskussioner mellan personal, chefer och uppdragsgivare inom och mellan olika huvudmän avseende avgränsningar, uppdrag, innehåll med mera.

I pyramidverktyget finns också möjlighet att beskriva de samverkansgrupper som finns i området. Även om få områden använt själva verktyget (det blev klart sent) har alla inventerat sina samverkansforum. De har då konstaterat att det finns ett stort antal grupper och att det finns behov av att klargöra uppdrag och mandat. Detta har i flera områden medfört förändringar av samverkansformerna

Vi har också tagit fram typfall på olika barn med olika tillstånd – så kallade vinjetter – som gett en bild av hur de olika verksamheterna fungerar och var det finns luckor och eventuella onödiga överlappningar. Dessa vinjetter har gjort det möjligt att diskutera principerna för verksamheternas funktioner utan att fastna i diskussioner om finansiering etc. Arbetssättet har, tillsammans med pyramidverktyget, gett en analys av organisation, funktion och var förbättringsinsatser bör initieras.

Det var också vår målsättning att snabbt nå långt ut med ny kunskap och information om olika frågor som berör barns och ungas psykiska hälsa – detta gäller såväl i modellområdena som i det spridningsuppdrag vi åtagit oss.

Som en logisk konsekvens av detta har vår webbplats – www.skl.se/psynk - varit central i arbetet och via denna har man kunnat nå all väsentlig information under projektets gång.

I stort sett alla seminarier, konferenser och möten som genomförts har dokumenterats som webb-tv och dessa filmer är även möjliga att se i efterhand. I och med detta har åtskilliga restimmar besparats och man har haft möjlighet att samla större grupper ute i Modellområdena och där föra en lokal diskussion om de olika ämnen som behandlats i filmerna. [Filmbiblioteket](#) fungerar nu som kunskapsbank och inspirationskälla för de områden som arbetar med synkronisering av olika verksamheter.

Närstudie av samverkan i modellområdena

I en väl synkroniserad verksamhet väljer man noggrant vilka frågor som bäst löses av varje enskild aktör för sig och vilka frågor som vinner på att flera aktörer samarbetar. Förhoppningarna kring samverkan har uttryckts i många sammanhang under de senaste decennierna, men det empiriska underlaget kring samverkan och dess potential är mer begränsat och mindre ensidigt positivt. Forskningen har visat att välfungerande samverkan kan ge effekter på t.ex. tillgänglighet och koordinering men har inte ensidigt kunnat påvisa direkta effekter som bättre funktionsnivåer eller minskad symptombelastning hos barn och unga som får hjälp.²⁶ Forskning visar också att samverkan kan skapa frustration och att många samverkansförsök kollapsar.

När det gäller barn och ungas psykiska hälsa förefaller olika aktörers beroende av varandra vara ytterst påtagligt, det gäller både hur insatser genomförs och vilken effekt de får. Gott resursutnyttjande förutsätter sannolikt att systemet av verksamheter kan dra nytta av alla kompetenser, resurser och erfarenheter och därigenom optimera insatser och resultat i sin helhet. Samverkan kan ses som en strategisk investering eftersom den, för att ge resultat, kräver en betydande insats och att den ofta kräver att resurser avsätts innan resultat kan visas.

Forskningen har identifierat ett antal viktiga framgångsfaktorer för samverkan men hittills, i princip, lämnat frågan om vilka effekter som kan uppnås för brukarna obesvarad. Projektet har bidragit till kunskapen om hur samverkan utvecklas och vilka effekter det kan få genom den så kallade Samverkansstudien. Den har genomförts i nära samarbete med professor Berth Danermark, Örebro Universitet som är en av Sveriges mest namnkunniga forskare kring samverkan. Projektet kunde dra nytta av att Danermark och hans forskargrupp innan samarbetet med Modellområdesprojektet nyss

²⁶ Axelsson & Biharo Axelsson (red.), 2009

hade genomfört en stor utvärdering av närmare 100 samverkansprojekt kring barn och unga som/ riskerar att fara illa för Skolverket.

Studien tog sin utgångspunkt i projektets grundläggande idé om att utifrån lokala förutsättningar samtidigt utveckla och praktiskt använda nya arbets- och samverkansmodeller. Fokus lades på utveckling av samverkan, förbättringar av arbetssätt (processmått) och effekter för brukarna (utfallsmått). Efter diskussion med alla modellområden och ett klagörande av de krav som skulle ställas på de medverkande kom åtta områden att starta och sju att fullgöra studien. I särskilt fokus stod etableringen av ett nytt arbetssätt för att bättre lösa en prioriterad uppgift som förväntades kräva ett samspel mellan olika parter. Tre områden valde att fokusera ett samlat arbete kring skolnärvaro, tre områden valde utveckling av multidisciplinära team kring barn med psykisk ohälsa och sociala svårigheter med särskilt fokus på skolgång. Ett område valde att stärka förmågan att upptäcka svårigheter kring barnens psykiska hälsa och deras sociala situation med särskilt fokus på förskolan.

Varje område fick i uppgift att, med stöd av projektkansliet, utveckla en styrmodell ("logikmodell") med utfallsmått, processmått och aktiviteter inom det förbättringsområde som valts. Studien kommer under våren 2012 att presenteras i en slutrapport och därefter sannolikt i ett antal internationella publikationer. Några preliminära huvudfynd att lyfta fram är att:

- Upplevelsen av samverkan har blivit något eller mycket bättre i majoriteten (8 av 9) av studieorterna under studietiden.
- Fler relevanta samverkansparter har engagerats i arbetet och kunskapen om varandra har ökat mellan verksamheterna.
- Flera områden upplever att de olika medverkande organisationernas regelverk harmonierar bättre och att det finns en större samsyn kring arbetssätt.
- Många upplever att arbetsprocessen i studien har lett till att ett systematiskt arbetssätt med frågan etablerats.
- Deltagande områden upplever att arbetet har haft betydande effekt på hur arbetet bedrivs idag och på den hjälp som barn får genom att:
 - det finns ökat fokus på barnen och problemområdet
 - problem identifieras och åtgärdas tidigare
 - insatser koordineras bättre
 - kompetensen att agera har stärkts i vardagsmiljöer som förskola och skola
 - förmågan att urskilja barn som behöver omfattande stöd har utvecklats

Styrningen från logikmodellen har ofta varit viktig för att uppnå de framgångar som områdena upplever. Samtidigt kan man inte se särskilt tydliga avtryck på arbetssätt eller effekter för barnen utifrån logikmodellens mått. Det finns flera lärdomar att dra:

- Projektets begränsning i tid medgav endast cirka ett år av uppföljning, vilket kan anses vara alltför kort för att nå en mätbar effekt på brukare. Därför utgjorde förbättrade arbetssätt en första indikation på att de aktiviteter som vidtagits verkligen kunde få effekt.
- Det finns ett stort behov inom kommuner och landsting att utveckla mått för att kunna synliggöra arbetssätt och effekter på brukare.
- Organisationernas förmåga att etablera och driva ett datastyrt förbättringsarbete är svagt utvecklad.
- När relevant rutindata finns medför det ofta brister i de tekniska plattformarna att mycket tid måste tas i anspråk för att hämta ut data.

Flera av områdena uppger att det svåraste steget, utveckling av mått och information för det datastyrda förbättringsarbetet, nu är avklarat och att uppföljning kommer ske kontinuerligt i enlighet med logikmodellen i fler verksamheter. Medverkande kommuner och landsting har i flera fall planerat in ett datastyrt förbättringsarbete i annan verksamhet.

Sammantaget visar studien att samverkan inte kan lyckas utan att varje part tar sitt fulla ansvar för att helheten ska uppnås. Därför måste den ses som en strategisk investering där aktivt engagemang från alla hierarkiska nivåer, förmågan att kunna identifiera och utveckla arbetssätt och utfall säkerställs.

Socioekonomiskt hållbara satsningar

För att ytterligare förstå hindren för synkronisering av insatser för barn och unga är det relevant att undersöka vilken roll ekonomiska frågor och ekonomiska styrsystem har/kan ha i detta sammanhang. Dessutom är frågan om de ekonomiska effekterna av bättre synkronisering och tidiga insatser av stor vikt – vilka potentiella besparingar kan man göra och hur fördelar sig dessa mellan olika förvaltningar och huvudmän? Vad kostar överhuvudtaget insatserna för barn och unga med olika typer av psykisk ohälsa och för vem kostar det? Finns det fördelar med att betrakta tidiga insatser eller preventivt arbete som sociala investeringar? Dessa frågor motiverade beslutet att kontraktera konsulterna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog för den s.k. socioekonomiska studien. Nedan beskrivs i korthet de komponenter som studien levererat.

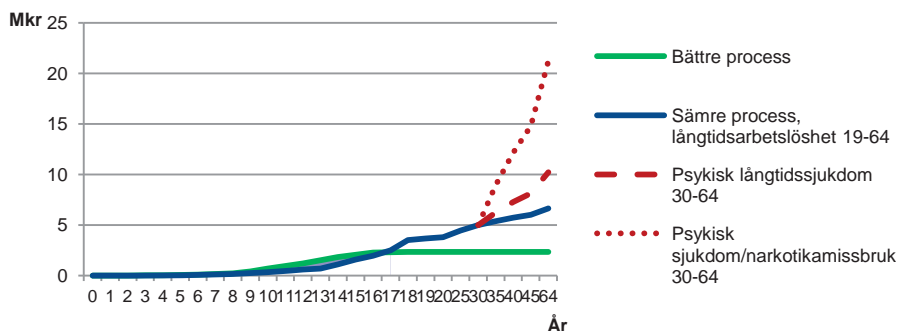
Lathund för socioekonomiska beräkningar

Som ett stöd till beslut kring frågan om att satsa på tidiga insatser är det viktigt att ha något att relatera kostnaderna för sådana insatser till. Frågan är då vad man ska titta på eftersom en förebyggande insats ska undvika framtida negativa utfall. Det är närmast omöjligt att förutsäga framtida kostnader men man kan studera nuvarande utfall för de grupper man tänker sig att satsa förebyggande på. För att underlätta denna typ av jämförelser och dra nytta av de omfattande data som Nilsson och Wadeskog har samlat in om kostnader för missbruk, psykisk sjukdom, långtidsarbetslöshet etc. görs en lathund för socioekonomiska beräkningar. Dessa ska inte ses som exakta beräkningar/prognoser utan som överslagskalkyler för att snabbt och enkelt ge en uppfattning om storleksordningen på en potentiell besparing. Lathunden publiceras på Internet för att enkelt komma alla till del.

Simuleringsmodell

För att kartlägga vilka insatser som görs av kommuner och landsting för barn och unga med olika typer av problematik har ett antal olika kronologier, i projektet kallat *karriärer*, tagits fram. Förutom att belysa en viss typ av problematik undersöks även variationen i de insatser som sätts in – vad händer i en *bättre process* där insatserna är väl avvägda och samordnade jämfört med en *sämre process* där insatserna av olika skäl sätts in sent, eller är otillräckliga och osynkroniserade. Karriärerna avser barn med ADHD, depression och skyddsbehov. Dessa karriärer kopplas till data om olika typer av utanförskap för vuxna som Nilsson och Wadeskog tidigare samlat in. På så vis kan man följa och laborera med utfall över ett helt livsförlopp, på individnivå såväl som för en eller flera kohorter. I verktyget ges stor frihet att ändra parametrar kring karaktären på den individ eller grupp man vill studera, både vad gäller art och grad av svårighet. I diagrammet nedan illustreras kostnaderna för den bättre respektive sämre processen som ett exempel på hur simuleringsmodellen kan användas för att visa effekterna av olika antaganden. Den bättre processen är dyrare fram till 16 års ålder, skillnaden mot den sämre processen (ca 230 000 kronor) är således den tilläggsinvestering som bör göras under uppväxten. Därefter är den sämre processen dyrare och vid 18 års ålder kostar den drygt en miljon kronor mer. I vuxenlivet är den bättre processen konstant då inga ytterligare kostnader uppstår eftersom denna process antas leda till full

försörjningsförmåga. I den sämre processen antas däremot kostnaderna öka i olika grad beroende på scenario, i denna illustration från 30 års ålder.



Figur 6: ADHD bättre/sämre process, ackumulerade diskonterade kostnader, 0-64 år, miljoner kronor. Kostnadsutveckling för ett ADHD-scenario i en bättre respektive sämre process. De streckade linjerna utgör alternativscenarion för den sämre processen och illustrerar kostnadsvariationerna beroende på vilken form av utanförskap som beskrivs, där kombinationen psykisk sjukdom och narkotikamissbruk genererar de högsta kostnaderna.

Socioekonomisk skrift

Vidare har Nilsson och Wadeskog fått i uppdrag att utforma en skrift baserad på deras erfarenheter och tankar kring brister i den traditionella ekonomiska styrningen, avsaknad av långsiktighet och effekterna av stuprörstänkande. Skriften fokuserar särskilt på hur barn och unga riskerar att drabbas av de problem som de identifierat i rådande system. Projektkansliet har redigerat och tillfört vissa delar till skriften som i sin slutversion således är en gemensam produkt. Skriften finns tillgänglig på [projekthemsidan](#).

Erfarenheter

- Frågan om tidiga insatser behöver lyftas på central nivå, dvs. av kommun-/landstingsledning då effekterna ofta gynnar flera aktörer vilket leder till svaga ekonomiska incitament i de organisatoriska stuprören.
- För att få full utväxling av en social investering, där insatser följs upp kontinuerligt under uppväxten behöver både kommun, landsting och kanske statliga aktörer vara involverade och uppföljningssystemen vara väl utvecklade.
- För kommuner och landsting med ansträngd ekonomi tycks det svårt att se hur resurser för förebyggande insatser kan frigöras i befintliga regelverk med krav på balanserad årlig budget etc. Samtidigt är bättre fungerande tidiga insatser kanske den enda möjligheten att på sikt uppnå en bättre ekonomisk situation då sena och akuta insatser (såsom placeringar) är mycket kostsamma. Hur medel kan frigöras för tidiga insatser är således en viktig fråga av såväl humanitära som ekonomiska skäl.
- Det finns ett stort och växande intresse för sociala investeringar bland kommuner och landsting men utvecklingsbehovet är stort. I främst Storbritannien men även i USA pågår intressanta praktiska försök och forskning på området.

Nya uppdrag 2011

I projektöverenskommelsen mellan regeringen och SKL för 2011 tillkom två uppdrag:

- 1) redovisa antal flickor och pojkar som har en individuell plan enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen och i vilken utsträckning planen följs upp och revideras
- 2) redovisa formerna för och erfarenheterna av de överenskommelser som ingåtts mellan landsting och kommuner med inriktning mot flickor och pojkar med

psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning (gärna kopplat till deltagande i detta projekt) med hänvisning till lagändringar 1 januari 2010.²⁷

Individuella planer

I propositionen *Vissa psykiatrirfrågor mm.* (2008/09:193) finns en genomgång av hur man bör se på individuell plan i förhållande till andra planer. Synpunkter från modellområdena visar ändå att det råder oklarhet om hur den nya lagen ska tolkas och det finns därmed ett behov av förtydligande med exempelvis föreskrifter, riktlinjer eller allmänna råd från Socialstyrelsen. Vissa modellområden har tolkat lagen som att genomförandeplaner enligt metoden Barnets behov i centrum (BBIC) kan räknas som individuella planer, även om landstinget inte medverkat vid upprättandet av planen. Ofta saknas en överblick över vilka typer av planer som finns och huruvida dessa sammantaget täcker in hela gruppen som har kontakt med både hälso- och sjukvård och socialtjänst. En inventering skulle påvisa brister i utbudet.

Modellområdena har organiserat arbetet med att upprätta individuella planer olika. I flera områden fanns en struktur för detta innan lagen om individuell plan trädde i kraft (2010), till exempel *Västbus* gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland. Andra områden har under projektiden arbetat med frågan som en del i sitt förbättringsarbete, till exempel Östra Norrbotten som arbetat fram rutiner för såkallad "samordnad individuell plan" (läs om detta på [projekthemsidan](#)). På vissa håll görs planen inom en samverkansorganisation med målgrupp barn med behov av specialiserade insatser. En risk är här att det är frågan om specialistinsatser som avgör huruvida en individuell plan upprättas snarare än behovet av samordning.

Ytterligare en försvårande omständighet har varit att uppgiften om individuell plan sällan registreras i de journalsystem som används i modellområdena och/eller att statistiken inte kan extraheras ur systemen. De modellområden som följt upp sina rutiner för individuell plan visar att det finns mycket att arbeta med för att få rutinerna att fungera. Vid lagändringar av det här slaget behövs ett bra stöd till kommuner och landsting för implementering och uppföljning. När lagändringen infördes hade till exempel en tydlig signal behövt gå till kommuner och landsting om utveckling av journaldatasystem för detta ändamål.

Av ovanstående skäl har Modellområdesprojektet inte haft möjlighet att fullfölja det reviderade uppdraget att redovisa antal flickor och pojkar som har en individuell plan.

Överenskommelser med mellan kommun och landsting

I propositionen *Vissa psykiatrirfrågor mm.* (2008/09:193) utpekas ett antal områden som viktiga för att överenskommelserna ska få betydelse:

- Gemensam inventering av målgruppens behov
- Gemensamma mål för landstingets och kommunens verksamheter för personer med psykiska funktionsnedsättningar
- Rutiner för samarbete mellan landsting och kommun kring enskilda personer med psykiska funktionsnedsättningar
- Ansvar för boende
- Ansvar för sysselsättning och arbetsrehabilitering
- Ansvar för hjälpmedel
- Kontinuerlig gemensam uppföljning och utvärdering av överenskommelserna
- Former för hur tvister mellan parterna ska lösas

²⁷ Avseende individuella planer: Socialtjänstlagen (2001:453) 7 kap 2 § och Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 3 f §. Avseende Överenskommelser om samverkan: Socialtjänstlagen 5 kap 8 § och Hälso- och sjukvårdslagen 8 §.

Många av dessa områden har varit i fokus under Modellområdesprojektet. En del har visat sig svåra för huvudmännen att komma överens om; vanligen är det lättare att samarbeta under inventeringsfasen än när man ska enas kring överenskommelsernas innehåll. Längst har arbetet kommit med inventering, kanske därför att mycket tid och kraft ägnats åt detta under Modellområdesprojektet. Ännu har man inte i någon högre utsträckning formulerat gemensamma mål, därmed inte heller genomfört gemensam uppföljning eller utvärdering. Jönköping och Eksjö tillsammans med Jönköpings läns landsting utgör exempel på undantag där både kommuner och landsting undertecknat en gemensam handlingsplan.

Modellområdena uppvisar sinsemellan olika typer av överenskommelser mellan kommun och landsting som rör barn och ungas psykiska hälsa. En del överenskommelser är utformade som verksamhetsbeskrivningar (uppdrag och avgränsningar), i vissa fall med kompletterande uppgift om målgrupp och vilka tillstånd överenskommelsen berör. Exempel på denna typ av överenskommelse finns i modellområde Gävleborg/Hudiksvall. Andra överenskommelser beskriver hur man går tillväga då ett barn behöver insatser eller vård från flera verksamheter eller då det är oklart vem som har ansvaret, till exempel genom att ange rutiner för gemensamma möten mellan kommun och landsting. Ofta sker dessa möten tillsammans med barn och föräldrar och mötet utmynnar i ett dokument som beskriver vem som har ansvar för vad kring barnet (jmf individuell plan ovan). Exempel på denna form av samverkansöverenskommelse är Västbus och NORRBUS (länk till överenskommelserna via projektets [hemsida](#)). En stor förtjänst med överenskommelsen mellan Gävleborg/Hudiksvall är att den innefattar konkreta rutiner om *vem* som ska göra vad och *när*. Det ”gröna kort” som tagits fram inom ramen för överenskommelsen NORRBUS i Östra norrbotten visar också prov på en tydlighet som förpliktigar (läs mer om överenskommelserna på projektets [hemsida](#)). I en del områden finns överenskommelser som innehåller både en beskrivning och avgränsning samt rutiner för möte och en plan.

Överenskommelser fattade på politisk nivå har fördelar framför sådana som enbart beslutats av tjänstemän. För det första är det större chans att politiker efterfrågar uppföljning av en överenskommelse som de själva slutit. För det andra knyts politiska överenskommelser lättare till de övergripande politiska målen för verksamheterna. För det tredje är politiken ytterst ansvarig för att lösa tvister om eventuella finansieringskonflikter om de står som undertecknande.

I en del modellområden täcker överenskommelserna alla verksamheter och alla målgrupper emedan man i andra modellområdena slutit delöverenskommelser (se bilaga 4 för en listning av olika typer av överenskommelser som slutits i modellområdena). För- och nackdelar med de två huvudtyperna listas här:

Tabell 1. För- och nackdelar med heltäckande respektive delöverenskommelser

	Fördelar	Nackdelar
En heltäckande överenskommelse	<ul style="list-style-type: none"> • Mindre risk att grupper lämnas utanför överenskommelsen • Lättare att skapa helhetslösning för barn som har kontakt med flera verksamheter • Lättare för verksamhetsföreträdare på olika nivåer att ha överblick över andra verksamheter och egen verksamhet i förhållande till övriga. 	<ul style="list-style-type: none"> • Krävs stort arbete för att inkludera alla verksamheter utan att det blir alltför övergripande • Mindre flexibelt och svårare att revidera innehållet. En bra plan krävs för hur revideringar ska ske med lagom intervall.
Flera delöverenskommelser	<ul style="list-style-type: none"> • Mer lätthanterligt och enklare att revidera. • Enklare att göra överenskommelser på detaljnivå som innefattar konkreta rutiner. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kräver bra struktur för hur olika överenskommelserna ska hänga samman. • Komplicerat då barn behöver hjälp från fler verksamheter än de som ingår i en

given överenskommelse.

- Krävs intrikat system för att alla överenskommelser utvärderas och följs upp på ett sammanhållet sätt samt relateras till kommun- och landstingsgemensamma målsättningar.

De flesta modellområden anser att deras överenskommelser fungerar bra. Inga modellområden uppger negativa effekter av påskrivna överenskommelser men många redovisar problem med verksamheternas följsamhet och implementering av rutiner. Problemen handlar enligt vissa modellområden om långa väntetider till specialistnivån med negativa konsekvenser för första linjen och/eller att primärvården inte utför sitt uppdrag enligt avtal. På flera platser finns en rutin för avvikelserapportering som sammanställs då överenskommelsen ska följas upp. System för att följa upp överenskommelser borde enligt projektkansliets mening finnas i alla kommuner och landsting samt efterfrågas av den nationella nivån för att möjliggöra jämförelser i resultat.

Att gå från ord till handling

För att verkligen veta om teorier och skissade satsningar fungerar i verkligheten måste man pröva dem med verkliga barn och personal i vardagssituationer. Vårt arbetssätt med närkontakt till ett antal verksamheter i olika delar av landet har gett oss möjlighet att samla in praktiska erfarenheter och systematisera dem till slutsatser.

Vem bestämmer

I projektets inledning var det tydliga budskapet från verksamhetsföreträdarna att det var helt klart av vem och var olika beslut fattades – i varje fall i deras egen organisation. När det så småningom blev dags att sätta konkreta lösningar utifrån handlingsplanerna blev det tydligt att det rådde stor osäkerhet om vem som hade mandat att fatta beslut och om besluten skulle fattas av politiker eller tjänstemän. Särskilt svårt blev det när beslut involverade två olika huvudmän som kan ha helt olika beslutsnivåer för samma fråga.

Hållbarhet

Ett projekt under tre år med ett brett angreppssätt måste betraktas som en startfas för en kontinuerlig utvecklingsprocess i varje modellområde. För att möjliggöra kontinuitet i modellområdenas arbete efter att den aktivt stödjande fasen avslutas vid årsskiftet 2011/2012 har många olika strategier använts under projektet.

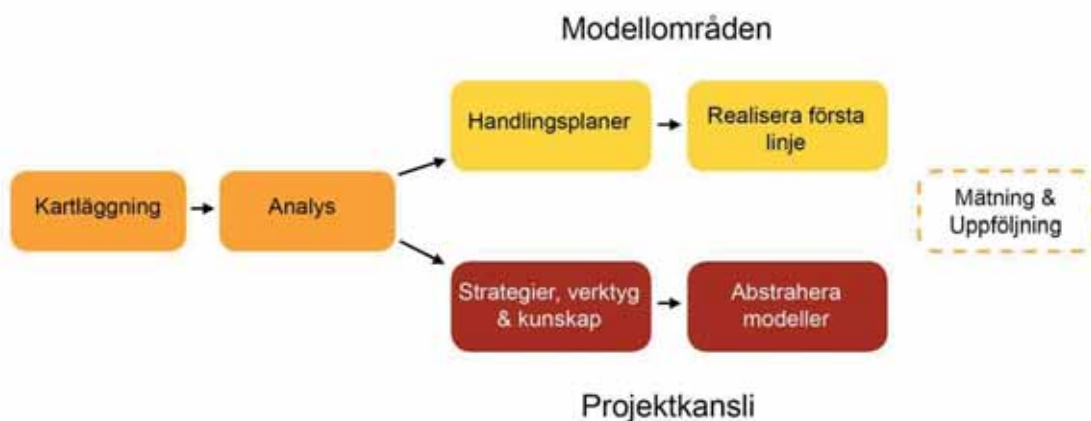
- Projektet har presenterats som en lokal process
- Områdena har uppmuntrats att nyttja och bygga på det som redan finns
- Processledare har rekryterats lokalt
- Metoder har använts för att utveckla lokal kompetens
- En kunskapsdatabas och adekvata verktyg har tagits fram och förvaltas

Redan under projektets gång har det centrala projektkansliet klargjort att varje modellområde är ansvarigt för att säkerställa sin egen utveckling och att överenskommelsen mellan regeringen och SKL ger stöd för att det ordinarie förbättringsarbetet ska få förstärkt kraft under en avgränsad period. En viktig princip för arbetet i varje modellområde var att börja med att identifiera de redan tillgängliga resurserna. Utifrån detta identifierades behoven av kompletteringar av det lokala systemet. Projektet stödde utveckling av lokal kompetens genom att bidra till att viktiga personer lokalt fick en nyckelroll som processledare. En viktig faktor för framtida hållbarhet är de relationer som utvecklats mellan förtroendevalda, och tjänstemän på olika nivåer som utvecklats och stötts inom projektet. Den databas av filmer och andra verktyg som utvecklats kan ge fortsatt stöd i lokala utvecklingen.

Resultat: Kartläggning

Första delen i projektarbetet bestod i att varje modellområde gjorde en kartläggning av sina lokala förutsättningar, alla verksamheter som fanns i området och hur väl de fungerade i olika situationer och för olika barn.

Till sin hjälp hade modellområdena Pyramidverktyget som användes för att inventera vilka verksamheter som hade uppdrag inom barn och ungas psykiska hälsa. Varje områdes aktörsinventering går att ta del av via [projekthemsidan](#). Därutöver använde modellområdena det processinriktade Vinjettverktyget för att blottlägga glapp och onödiga överlappningar i uppdrag (läs mer om verktygen på ss. 23 och i utvärderingen av verktygsanvändningen på [projekthemsidan](#)). De svårigheter och utmaningar som synliggjordes i och med kartläggningen gav inriktning åt det fortsatta förbättringsarbetet. För modellområdena innebar detta framtagande av handlingsplaner, medan kansliets uppgift var att stödja arbetet genom att ta fram verktyg och kunskap som kunde komma alla modellområden till del.



Figur 7. Faser i projektet

Projektarbetet har genomgått olika faser i vilka modellområden och projektkansli har haft olika uppgifter.

I följande avsnitt redovisas centrala fynd från kartlägningsarbetet. Avsnitten är tematiskt organiserade och belyser övergripande problemställningar som uppdragats. Varje tema belyses med exempel på verksamheter som berörs av problemen. I slutet av varje avsnitt summeras problemanalysen i en slutsats, varvid en kort beskrivning ges av med vilken strategi projektet angripit problemet, samt vilket resultat det har gett.

Traditionell organisation

Det genomgående intrycket från kartläggningsarbetet är att det i dagens samhälle finns många verksamheter som riktas till barn och ungdomar. Trots mycket olika kommuner och landsting ser organisationslösningarna förbluffande lika ut. Inget modellområde uppvisar en riktigt innovativ lösning som avspeglar sig i sättet att organisera sina verksamheter eller i uppdragsbeskrivningarna till de olika verksamheterna.

I våra olika områden men också i övriga landet syns samma traditionella uppdelningar mellan huvudmännen och mellan olika verksamhetsområden inom huvudmännen. I alla områden och på alla nivåer dominerar verksamheter som finansieras och styrs av *antingen* kommun *eller* landsting.

Exempel på försök att överbrygga huvudmannagränser visar liknande lösningar och har ofta formen av mötesplatser för samverkan. Samverkansformer som integrerade verksamheter (till exempel familjecentraler) lyfts fram som goda exempel, men trots flerårig erfarenhet ser inte antalet integrerade verksamheter ut att ha ökat nämnvärt. En delförklaring är troligen att nationella strukturer och riktlinjer riktar sig till och stödjer traditionella organisationsformer. Under senare år har en mängd satsningar gjorts för att stödja utvecklingen av integrerade verksamhetsformer, men de som består är vanligen ”extra” snarare än en ersättare för tidigare verksamhetslösningar. Sådana extraverksamheter vänder sig ofta endast till en del av en kommun eller mot en avgränsad problemställning.

Inget modellområde kan uppvisa en funktion med ett övergripande ansvar för att samordna alla verksamheter. Alla orter uppvisar olika typer av samverkansavtal och överenskommelser men det saknas stabila, långsiktiga strukturer som stödjer ett gemensamt ansvarstagande för hela barnet i alla åldrar.

Slutsats: Traditionella organisationsformer motverkar helhetssyn

Strategi: För att synliggöra effekterna av ”stuprör” mellan och inom verksamheter tog projektkansliet tillsammans med nationalekonomerna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog fram verktyg för att åskådliga de mänskliga och samhällsekonomiska vinsterna av se insatser som ges till barn och unga som en helhet. Verktyget kan användas som stöd vid gemensamt beslutsfattande över huvudmannagränser (läs mer om verktyget på ss. 23). Vidare har projektkansliet anordnat flera seminarier och webbTV-sändningar om gemensam ledning och styrning.

Resultat: Några modellområden experimenterar med former för en gemensam beslutsfunktion mellan kommun och landsting. SKL och regeringen har slutit en överenskommelse 2011 om att fortsätta utvecklingsarbetet för barn och ungas psykiska hälsa, varav ett utvecklingstema är gemensam ledning och styrning.

Otydliga uppdrag

Kartläggningen visade att verksamheter med samma namn och liknande uppdrag kan fungera på mycket olika sätt, till exempel på grund av en kreativ personalgrupp som hittar egna lösningar till fördel för barn och unga i verksamhetens upptagningsområde. Konsekvensen blir att samma typ av verksamhet i olika delar av ett län eller en kommun kan erbjuda insatser av olika slag och på olika sätt.

Variationen kan delvis förklaras av otydligheter i uppdrag. Kartläggningen visade på en genomgående upplevelse av oklara uppdrag från politiken till verksamheterna. Samtidigt fanns flera tecken på tydliga politiska intentioner som inte fått det genomslag som avsetts.

Många politiker uttrycker frustration över att det är svårt att förändra verksamheternas innehåll och produktivitet. Verksamhetsföreträdare uttrycker samma missnöje, men uppger ofta att hindren består i regelverk, ekonomi eller uppdrag. Diskussionen återkommer i såväl kommun, landsting som på statlig nivå. Vidare har många utredningar lämnat konkreta förslag om förändringar i lagstiftning och strategier kring barn och unga under senare år, men dessa förslag har ännu inte gett märkbara förändringar för barnen.

Nedan belyses hur otydligheter i uppdrag skapar grogrund för konflikt mellan huvudmän och mellan verksamheter, vilket i sista ledet innebär sämre insatser till barn och unga.

Gränsdragningen mot och inom barn- och ungdomspsykiatri, BUP

En återkommande beskrivning från alla modellområden är gränsdragningsproblem inom kommunen, inom landstinget och mellan kommun och landsting. Vanligen råder meningsskiljaktigheter om vilken verksamhet som bör utreda och kartlägga barn med misstänkt neuropsykiatriskt tillstånd (skola/BUP) eller barn med multiproblematik (socialtjänst/ BUP/habilitering).

Till stor del består den ökande efterfrågan på barnpsykiatriens tjänster av förfrågningar om utredning för neuropsykiatriska tillstånd (40-50 procent av inflödet). Många BUP-verksamheter uppger också en ökning av svåra eller komplicerade fall med stora och omfattande behov. Hur ansvaret är uppdelat inom specialistnivån skiljer sig över landet. Underlag för ansvarsfördelning kan vara art och grad av problematik, det vill säga vilket tillstånd det anses röra sig om och hur stor funktionsnedsättning som detta medför. Det är inte ovanligt att det råder oklarhet kring ansvar för utredning och behandling av autismspektrumstörningar (till exempel ADHD) mellan barnmedicin, BUP och habilitering. Även oklarheter i ansvar för handledning och konsultation till skola och första linjen kan förekomma.

Oklarheter i ansvar på specialistnivå skapar oklarheter även i första linjen. Lösningen i många områden har varit att skapa en typ av remissgrupp eller samverkansgrupp i vilken ärenden diskuteras och gemensamma beslut fattas om insatser och samordning.

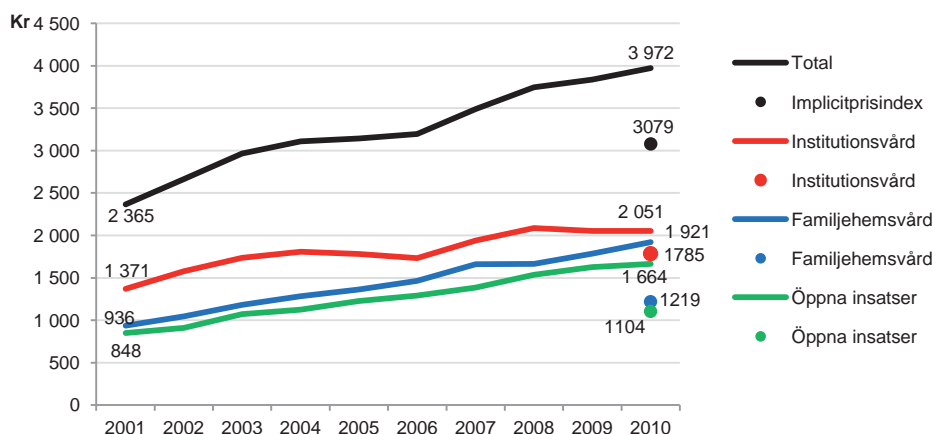
I och med att söktrycket hos BUP har ökat, och det genom vårdgarantisatsningarna blivit fokus på tillgängligheten, har BUP på många ställen skärpt sina kriterier för att ta emot barn. Följaktligen har behovet av insatser före specialistnivån ökat, varmed konflikter uppstått i gränslandet mellan primärvård och BUP.

Samtidigt har kostnaderna för avancerade sena insatser (såsom inläggning i slutenvård på BUP eller placering i heldygnsvård inom socialtjänsten) ökat och för många kommuner och landsting blivit kännbara. Detta har aktualiserat konflikter om vem som bör betala och gjort det tydligt att lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och omhändertagande i socialtjänsten (LVU) inte ger någon samstämmig vägledning.

Ökade kostnader för socialtjänsten

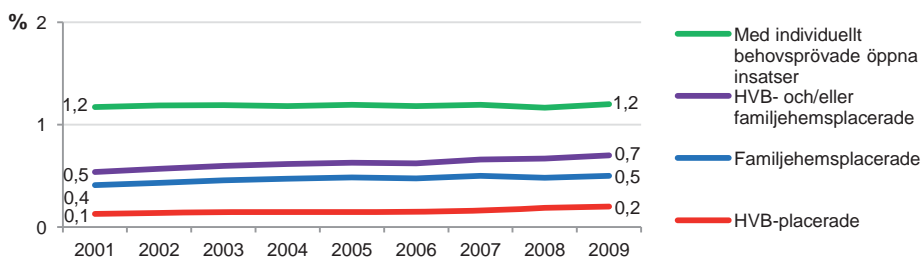
Kostnaderna för socialtjänstens insatser till barn och unga har ökat kraftigt under de senaste 10 åren.²⁸ Den stora ökningen handlar om öppenvårdsinsatser, men trots omfattande utbyggnad av dessa har behovet av heldygnsplaceringar inte minskat utan visar en svag ökning.

²⁸ Kostnadsökningen är påvisbar även om hänsyn tas till den allmänna prisutvecklingen. Genom att utgå ifrån implicitprisindex kan en estimering göras av vad kostnadsuppräckningen för insatser skulle varit om förändringen enbart berott av den allmänna prisutvecklingen.



Figur 8. Kostnadsutveckling för barn och ungdomsvård (IFO) år 2001 till 2010. Kronor per invånare 0-20 år. Källa Kommun och landstingsdatabasen, www.kolada.se. Genom att utgå ifrån implicitprisindex kan en estimering göras av vad kostnadsuppräknigen för insatser skulle varit om förändringen enbart berott av den allmänna prisutvecklingen.

Andelen barn som varit placerade inom HVB-hem eller familjehem eller haft öppna behovsprövade insatser inom socialtjänsten har dock inte förändrats anmärkningsvärt mellan 2001 och 2010. Satsningar inom öppenvården under senare år har bland annat motiverats utifrån en hypotes om potentiella besparingar inom slutenvården. Andelen barn som placerats verkar dock ha ökat något under mätperioden.²⁹



Figur 9. Andel barn och unga 0-20 år placerade på HVB, i familjehem eller med individuellt behovsprövade öppna insatser den 1/11. Källa Socialstyrelsen

En möjlig tolkning av den olikartade utvecklingen av kostnader och andel är att barn och familjer kräver mer omfattande vård idag jämfört med för ett antal år sedan. En relevant fråga i sammanhanget är om det är barn med mer omfattande problematik som får behovsprövade insatser, respektive om barn med mindre omfattande problematik hänvisas till icke-behovsprövade insatser. Tyvärr saknas statistik över de icke-behovsprövade insatserna vilket gör det svårt att avgöra i vilken mån och hur de används.

I en statlig utredning från 2009 menar man att resurstillskottet till barn- och ungdomsvården tillsammans med ett ökat antal socialtjänstanmälningar kan tydas i termer av ökade förväntningar på stöd till barn som far illa.³⁰ Sannolikt finns ett visst samband mellan antalet anmälningar och antalet placeringar, även om en ökad anmälningsbenägenhet i första hand bör påverka anmälningar av de mindre allvarliga ärendena.

²⁹ Socialstyrelsen 2008; Socialstyrelsen 2009; Socialstyrelsen 2010; Socialstyrelsen 2011b

³⁰ SOU 2009:68

Elevhälsans roll oklar

Elevhälsans roll i första linjen är oklar inom alla modellområden. Kommunerna organiserar sin elevhälsa på olika sätt och har olika förutsättningar, bland annat beroende på kommunstorlek. Genom 2010 års skollag fick elevhälsan i uppdrag att stödja elevernas utveckling mot målen. Den nya skollagen är tydlig i det avseendet att alla elever i grund- och gymnasieskolan har rätt till särskilt stöd om det kan befaras att de inte kommer att nå skolans mål och utredning visar att de behöver stöd. Det är uppenbart att eleverna inte ska behöva någon fastställd diagnos för att få det stöd de behöver, eftersom utgångspunkten är elevens rätt att nå målen. Tyvärr finns indikationer på att diagnos ibland krävs för att eleven ska få det stöd den har rätt till.

Elevhälsans främsta uppdrag är att arbeta hälsofrämjande och förebyggande, vilket i högsta grad handlar om den psykiska hälsan. Det nya uppdraget gör det än viktigare med metodutveckling av elevhälsans arbete och av hur elevhälsans olika kompetenser används. Idag är det stora skillnader i vad elevhälsan erbjuder, inte bara mellan kommuner utan också mellan skolor. I skollagen slås fast att det inom elevhälsan ska finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator samt personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses.

I rapporten *Se, tolka och agera* (SOU 2010:95) framkommer stora olikheter i hur elevhälsan fungerar. På en del platser ägnar exempelvis skolpsykologerna merparten av sin tid åt utredningar av elever medan andra har tid att ge enklare behandlingsinsatser. I den flygande inspektion Skolinspektionen gjorde den 5-16 september 2011 om hur 764 grundskolor har byggt upp sin elevhälsa framkom att 41,4 procent av de kommunala rektorerna ansåg att psykologens tid inte räckte till för att täcka behoven hos eleverna (www.skolinspektionen.se). Samtidigt visar insamlad personalstatistik på SKL att elevhälsans personalgrupper tillhör de som har ökat mest i svensk skola. Exempelvis har antalet skolsköterskor ökat med 22 procent och antalet kuratorer med 32 procent sedan år 2000. Ingen yrkesgrupp inom elevhälsan har minskats men efterfrågan på insatser har ökat.

Primärvårdens roll

Primärvårdens roll och ansvar var otydlig i början av projektet. Under första kartläggningsfasen upptäckte många områden att de beslut som fattats om primärvårdens ansvar för alla åldrar och tillstånd inte efterlevdes därför att primärvården saknade resurser och kompetens. Det framstod därmed som om besluten 1) tillkommit utan vederbörlig konsekvensanalys 2) inte följts upp och 3) inte nödvändigtvis utgjorde en del i en helhet tillsammans med andra beslut, beställningar eller regleringar, exempelvis av vårdvalsöverenskommelser.

Insikterna blev föremål för intressanta diskussioner mellan kommun och landsting i flera modellområden, vilka även tydliggjorde modellområdenas olika förutsättningar för styrning mellan kommun och landsting. Förutsättningarna hade till stor del påverkats av vårdvalets införande; i vissa modellområden omfattas all vård och i andra har barns och ungas psykiska hälsa inte inkluderats i vårdvalet. Båda modellerna beskrivs ha för- och nackdelar.

Oavsett vårdvalsmodell verkar det viktigt att ha gjort en analys av hur uppdrag och beställningar till primärvården ska se ut för att både kunna ge barnen rätt hjälp i egen regi men också för att primärvården ska kunna ingå i olika samverkansmodeller.

Slutsats: Otydliga uppdrag innebär oklar ansvarfördelning vilket leder till konflikter mellan verksamheter. Ökad efterfrågan på samhällets insatser gör organisatoriska brister mer uppenbara.

Strategi: Projektkansliet fattade ett strategiskt beslut om att arbeta med utvecklingen av första linjen i ett helhetsperspektiv som innefattar även de verksamheter som ger

förebyggande och främjande insatser liksom verksamheter som ger specialiserade insatser. Projektkansliet tar fram ett Vinjettverktyg som både används för processkartläggning och för att samla verksamhetsföreträdare inom kommun och landsting för att skapa en gemensam lägesbild som kan lägga grunden för diskussion. Projektkansliet tar fram arbetsmaterialet "vem bestämmer?" som syftar till att klargöra politikens uppdrag i förhållande till tjänstemännens, liksom förhållandet mellan kommunens och landstingets enskilda respektive gemensamma uppdrag.

Resultat: Att arbeta med helheten är en pedagogisk utmaning som till viss mån tar fokus från första linjeuppdraget. Samtidigt måste de modeller som tas fram med nödvändighet kunna fungera i samspel med andra verksamheter. Flera av modellområdenas första linjemodeller är lösningar som godtagits av både kommun och landsting. Arbetsmaterialet "vem bestämmer?" möttes initialt av skepsis eftersom man menade att svaren redan var kända och uppgiften överflödig. Under projektiden uppdagades dock stora svårigheter att komma vidare i utvecklingsarbetet eftersom man tidvis har svårt att samla personer från kommun och landsting med beslutsmandat. Projektkansliet beslutade att lägga ökat fokus på frågan om en gemensam beslutsfunktion, vilket även kommer att utgöra ett tema i kommande utvecklingsprojekt.

Vanans makt eller vetenskapligt förhållningssätt

Senare års forskning pekar tydligt på att det är ett samspel mellan biologiska förutsättningar, yttre påverkan och upplevelser som formar en människa. Barns utveckling; kroppsligt, socialt och intellektuellt, är en integrerad process som påverkas av gemensamma faktorer - en faktor som är gynnsam för utveckling inom en dimension är gynnsam även för utveckling inom övriga dimensioner, på samma sätt som en faktor som är negativ för utveckling inom en dimension även kan spolierna utvecklingen inom övriga dimensioner. Trots det har de olika verksamheterna skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård anmärkningsvärt olika synsätt och traditioner att handskas med metodval, strategier och verksamhetsutveckling. Kartlägningsarbetet visar att gemensamma barnuppdrag inte verkar överbrygga betydande kulturskillnader i modellområdenas verksamheter. Skillnaderna grundar sig ofta i ideologiska ställningstaganden och låsningar till tidigare förklaringsmodeller. Ingen verksamhet kan anses vara utan skuld eller ha ett mer modernt vetenskapsparadigm än någon annan, men i praktiken pågår ofta någon typ av rivalitet som resulterar i hinder för en gemensam verksamhetsutveckling och för att ge barn och unga kostnadseffektiva insatser.

Stora skillnader till trots råder stora likheter i den bristande förmågan att systematiskt följa upp resultat och säkra kvalitén på givna insatser. Eftersom det oftast saknas resultatuppföljning går det inte i någon större utsträckning att avgöra om skillnader i utbud också ger olika resultat för barnen. En verksamhet där man använder flera resultatmått är skolan; bland annat kan man jämföra andelar med godkända betyg, men även här är resultatdrivet förbättringsarbete en relativt ovanlig företeelse. Bland modellområdena finns exempel på arbete med att förbättra skolresultaten, och det finns skolor där man förändrat utfallet högst väsentligt.

Ett medel för att minska betydelsen av kulturella schismer och öka samsynen mellan verksamheter skulle kunna vara ökat fokus på gemensam måluppfyllelse och kvalitetssäkring. Nedan beskrivs några utvecklingsområden som skulle vara betjänta av ett mer pragmatiskt förhållningssätt.

Skolresultat mer än skolans angelägenhet

Vetenskapliga metastudier visar att en lyckad skolgång är en av de viktigaste skyddsfaktorerna för att förebygga psykisk ohälsa.³¹ Alltför många aktörer anser att barns skolresultat enbart är skolans ansvar. Men även socialtjänsten och hälso- och

³¹ Kungliga Vetenskapsakademien 2010

sjukvården har ett ansvar för att barn de kommer i kontakt med får möjlighet att lyckas i skolan. Dessvärre finns en tendens till att de barn som har en utsatt livssituation och/eller är i samhällets vård misslyckas i en ökande grad.³²

För barn med en identifierad problematik (funktionshinder, psykisk sjukdom eller barn placerade i familjhem eller på HVB) är skolgång av största vikt. Trots detta finns inte något exempel på ett verksamhetsöverskridande system för att följa upp att alla barn i en utsatt situation verkligen får en fullvärdig skolgång. Goda exempel finns i liten skala, till exempel "HUB" på några modellskolor i Helsingborg liksom SkolFam för familjehemsplacerade barn i Helsingborg och på andra orter (läs mer om dessa försök på [projekthemsidan](#)).

Tidiga insatser eller vänta och se

I alla modellområden finns en retorisk samsyn om vikten av att förebygga problem, men lika vanligt är stora svårigheter att förverkliga sina visioner om att flytta sena insatser till tidiga. Snarare finns en tendens från verksamheternas sida att försöka skjuta på insatser, antingen med förhoppning om att problemet skall gå över av sig själv, eller till en annan verksamhet i tron att de ska ha bättre förmåga att ge rätt hjälp.

Mödra- och barnhälsovården

Tidig upptäckt är ett ansvar som alla aktörer som möter barn och unga måste axla och det är lagstadgat i Socialtjänstlagen. Den aktör som ett barn först kommer i kontakt med, innan födsel, är mödrahälsovården (MVC) och därefter barnavårdcentralen (BVC). MVC och BVC når dessutom de allra flesta familjer. Det är viktigt att dessa verksamheter har förmåga att identifiera familjer med behov av stöd och har metoder att tillgå för att avhjälpa problem, eller vet vilka andra aktörer som har uppdrag att göra det.

Ny forskning kring hjärnans utveckling har aktualiserat vikten av barnets tidiga utveckling. Kunskap om betydelsen av tidig anknytning finns i verksamheterna men inte ett systematiskt arbete som säkerställer att alla barn får bra anknytning eller att alla tillgängliga resurser sätts in för att kompensera för brister i familjen. Föräldrar kan behöva stöd för att fungera i sin föräldraroll så att barn inte far illa.

Ännu mer i riskzonen är barn vars familjer inte alls eller liten utsträckning kommer till BVC. Det finns forskning som visar goda resultat av hembesök från BVC, men det saknas ofta rutiner som säkerställer att alla familjer som har behov av extra stöd erbjuds hembesök. Verksamheterna efterlyser nationella riktlinjer för mödra- och barnhälsovård och gemensamma barnhälsodata. Ur ett nationellt uppföljningsperspektiv råder stor brist på jämförelsedata för yngre barn som kan användas för Öppna jämförelser, bland annat eftersom dagens kontroller och tester inte görs enligt ett standardiserat förfarande.

Den information om barn som samlas in på BVC genom kontroller, språktester och screening kommuniceras sällan till förskolan och får därigenom inte betydelse för det stöd barnet får i vardagen, vilket vore önskvärt.

Förskola

Merparten av barn i åldern 1-5 år går i förskolan (hösten 2010 var knappt 83 procent av inskrivna). Forskarna är eniga om att förskolan är viktig för barns utveckling och lärande i tidiga år och bland annat grundlägger senare skolframgång. Många poängterar att det är viktigt att under dessa år upptäcka barn med olika utvecklingsavvikelse, barn som riskerar att fara illa eller barn som av andra skäl behöver särskilt stöd, till exempel barn som riskerar att utveckla läs- och skrivsvårigheter. Men idag saknas tydliga återkopplingsystem som varnar när andelen sent upptäckta ökar eller som stöder ett

32 Socialstyrelsen 2010b

systematiskt arbete för att öka antalet tidiga upptäckter oavsett om det handlar om utvecklingsavvikelser, läs- och skrivsvårigheter eller övergrepp.

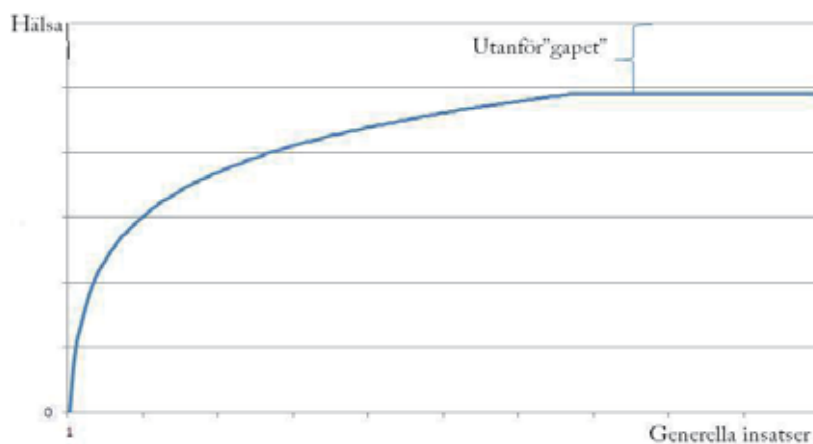
Att nå barn och unga med störst behov

Internationell forskning visar att generella insatser, det vill säga insatser som ges till alla i en population (till exempel alla barn), är det mest kraftfulla verktyget för att lyfta välfärdsnivån eller hälsan för en hel befolkning.³³ Verksamhetsföreträdare i kommuner och landsting vittnar dock om att det är de mest utsatta barnen som riskerar att inte nås av de generella insatserna. Hittills har intentionen i Sverige varit att i första hand utöka utbudet av generella insatser och därmed främja hälsa. De barn som utvecklar allvarliga tillstånd har tagits om hand med specialiserade insatser. Den gängse uppfattningen är att man med tidiga insatser kan spara både pengar och mänskligt lidande men i de allvarliga fallen konstateras ofta att "vi borde gått in tidigare", "det skulle inte fått gå så långt".

För att de generella insatserna ska komma dessa barn till del måste insatserna förmodligen anpassas och levereras på ett sätt som är avpassat för den specifika målgruppen. Att ett barn eller ungdom inte nås av generella främjande insatser, såsom hälsovård, skola eller fritidsaktiviteter, bör tolkas som en varningssignal om att det kan finnas behov av någon typ av tidig insats. Samhället har ett ansvar för att se dessa barn.

En insats för att nå fler barn kan vara uppsökande verksamhet som vänder sig till familjer utan kontakt med eller mycket begränsad kontakt med BVC. Det kan också handla om hembesök hos familjer vars barn inte går i förskolan eller deltar i annan pedagogisk omsorg. Att identifiera de barn som har hög frånvaro i förskolan kan också vara ett sätt att upptäcka problem i hemmet. Skolans arbete med frånvarokontroll och åtgärder för att minska skolfrånvaron är ett annat sätt att nå elever med psykisk ohälsa eller andra problem.

Projektkansliets ståndpunkt är att generella och riktade insatser måste ses som ömsesidigt förstärkande strategier. När en nivå uppnåtts där 80- 90 procent av alla barn mår bra och klarar skolan (såsom i Sverige) är projektkansliets slutsats att nuvarande utbud måste kompletteras med andra, mer individualiserade insatser för att procenttalet ska höjas.



Figur 10. Grafen illustrerar att det finns en begränsning i vilken grad av hälsa som kan uppnås i en befolkning medelst enbart generella insatser. För att nå den del av befolkningen som befinner sig i utanförskap behövs kompletterande riktade insatser.

33 Rose, G. 1992

Både insatser på både generell, selekterad och specialiserad nivå måste finnas att tillgå, och när så behövs ges i kombination. Även barn som ges insatser av första linjen eller av specialist har rätt att ta del av det generella välfärdutbudet. Likaledes kan barn behöva särskilda insatser för att kunna tillgodogöra sig exempelvis undervisningen i skolan.

Kontinuerligt stöd eller engångsåtgärder

Många verksamheter har svårt att skapa kontinuitet i sina insatser över tid och det verkar finnas en vilja att se alla problem som tillfälliga och övergående, möjliga att åtgärda en gång för alla. Följaktligen strävar verksamheterna efter att avsluta ärenden. Ett genomgående bekymmer är att hitta organisatoriska former som dels kan hantera tillfälliga problem på ett bra sätt, dels identifiera barn och familjer som kommer att behöva ett långsiktigt stöd under hela barnets uppväxt. Troligen borde dessa insatser organiseras på olika sätt då det krävs helt olika strategier för tillfälliga respektive förväntat återkommande insatser.

Homogen eller heterogen målgrupp

Bland barn och ungdomar med behov av psykiatriska insatser finns två grupper med mycket olika profil:

- 1) Barn och unga som har alla förutsättningar för att lyckas men som känner stor press och rädsla för att misslyckas. Barn ur denna grupp utvecklar depression, ångest och/eller självskadebeteende.
- 2) Barn och unga som inte ser några möjligheter, ofta från socioekonomiskt utsatta miljöer där utbildningsnivån är låg. Denna grupp är överrepresenterad vad gäller skolmisslyckande, spelmissbruk, kriminalitet och allvarliga psykiska sjukdomar.

Det är svårt att utforma system som passar för båda grupperna, vilket också erfarenheterna från kartläggningsarbetet visade.

Slutsats: Ideologiskt präglade lösningar är ett hinder för utvecklingsarbete inom barn- och ungaområdet.

Strategi: Projektkansliet har uppmuntrat modellområdena att enas kring gemensamma mål, till exempel att alla barn ska klara skolan. Kansliet har anordnat flera seminarier på temat mätning och kvalitetsuppföljning med målgruppen politiker och högre tjänstemän, med målsättning att skapa större efterfrågan på mätetal bland personer i beslutsfattande position (webb-TV sändningar från dessa arrangemang görs tillgängliga via [hemsidan](#)). Kansliet har gjort sammanställningar av offentlig statistik med relevans för området, vilka har presenterats per modellområde. De områden som har medverkat i samverkansstudien har tränats i att definiera mått, ta in och analysera data.

Resultat: I det flesta modellområden har utvecklingen av första linjeverksamheter inte nått ett stadium av mätbarhet. Undantag finns bland annat i Hagfors där en pilotstudie görs av anpassningen av två brittiska instrument; ChASE (som mäter brukarnöjdhet) och SQPM (som mäter systemeffekter av införandet av en första linjeverksamhet; läs mer om dessa instrument på ss.50). Det nya utvecklingsprojektet kommer att lägga särskild emphasis på mätbara och jämförbara effekter av det utvecklingsarbete som kommer att ske inom ramen för projektet. Det nya projektet kommer även behandla mätning utifrån utvecklingstemat gemensam styrning och ledning eftersom beslutsfattande bör föregås av strategisk planering utifrån goda underlag.

Resultat: Modeller för första linjen

Det råder konsensus om vikten av att möta psykiska problem i ett tidigt skede och att barn och unga ska ges stöd i sin närmiljö, på ett lättillgängligt sätt. Därmed tydliggörs att det behöver finnas insatser i en nivå *före* specialistnivån – det vi kallar första linjen. I inledningen av Modellområdesprojektet uttryckte styrgrupper, politiker och tjänstemän i de olika områdena stöd för tanken att det behövs en första linje och att denna inte bara berör landstingets hälso- och sjukvård utan också elevhälsa och socialtjänst.

En välfungerande första linje bör:

1. ge vinster för barn och unga och deras familjer genom att erbjuda tidiga insatser och därmed förhindra utveckling av allvarlig problematik och
2. avlasta specialistnivån för att möjliggöra ökad tillgänglighet samt utvecklad spetskompetens på denna nivå

Utvecklingsarbetet i Modellområdesprojektet har tagit avstamp i frågan:
*Vilken eller vilka verksamheter har till uppgift att **först** ta emot ett barn, ungdom eller dess familj som söker hjälp för ett problem, vare sig problemet har medicinska, psykosociala eller pedagogiska orsaker?*

Då det visade sig svårt att hitta enkla former för en första linje ifrågasatte under en period flera modellområden om denna insatsnivå verkligen behövdes.

Under diskussioner framkom dock att en del av motståndet handlade om oenighet kring vilka verksamheter och enheter som skulle ges i uppdrag att utföra förstalinjesinsatser. Utvecklingsarbetet syftade emellertid primärt till att definiera och beskriva de *insatser* som behöver finnas och först därefter till att besluta om vilken eller vilka verksamheter som skulle ges i uppdrag att *utföra* dessa insatser. Begreppet första linjen klargör inte i sig vem som utför insatserna.

Uttrycket ”första linjen” har dessutom känts främmande för socialtjänst och skola men varit mer självklar för hälso- och sjukvården. Andra namn har efterlysts som beteckning på den del av samhällets insatser som avses här. Under projektets tid har dock inte några alternativ till begreppet ”första linjen” framkommit och det får därmed anses accepterat.

Vår slutsats är att det råder enighet om att första linjens insatser behövs samt att ett tydliggörande krävs av vem som ansvarar för insatser till barn och unga som har ett indikerat problem med psykisk ohälsa, men som inte är i behov av specialistinsatser.

Arbetet

Modellområdena har haft olika strategier för att arbeta fram sin modell för en första linje.

- I en del modellområden har man försökt diskutera fram en gemensam lösning i sammansatta styrgrupper och olika samverkansorgan. På några platser har detta tillvägagångssätt resulterat i förslag och beslut om att utveckla nya verksamheter.
- I en del modellområden har landstinget startat en utredning med motivet att landstinget först själv måste tydliggöra ansvar och uppdrag inom huvudmannen innan man kan hitta gemensamma former med kommunen.
- I en del modellområden har man valt att avvakta resultatet från den kartläggning som gjorts inom ramen för projektet med förhoppning om att uppdragen därigenom skulle förtydligas och lösningar för första linjen därigenom skulle framträda.

Projektets intentioner har varit att varje modellområde under projektiden skulle hitta ett, för området, lämpligt sätt att erbjuda förstalinjesinsatser och att den modell som valdes skulle vara igång och på väg att kunna visa resultat vid projektets slut. Processen att enas om en modell, fatta beslut om nödvändiga förändringar eller förtydligande av uppdrag, få verksamheter i praktisk drift och utveckla system för uppföljning har dock tagit så lång tid att det endast är några få områden som är i närheten av detta.

Beskrivningen nedan av sju olika modeller för att erbjuda förstalinjesinsatser bygger på de lösningar som utvecklats eller är på väg att utvecklas i de 14 modellområdena samt på andra modeller som diskuterats under projektet (beskrivningar av modellområdenas lösningar finns i bilaga 5, modellområdenas egna redovisningar ligger på [projekthemsidan](#)).

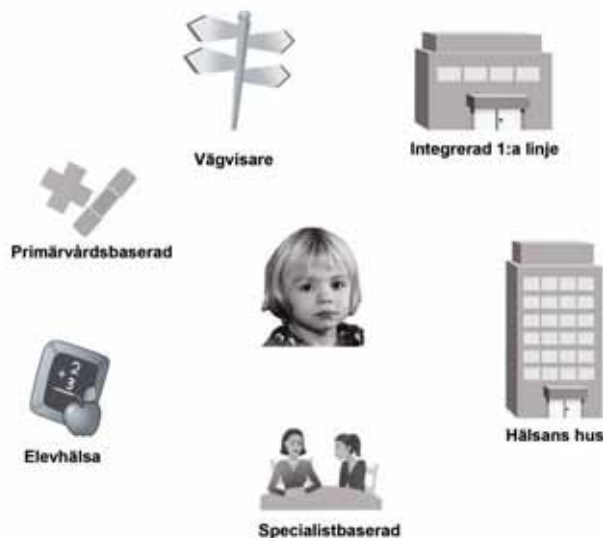


Bild 1. Olika modeller för första linjen

Modell A - Primärvårdsmodellen

Den här modellen utgår ifrån att primärvården har ansvar för att vara första linjen för alla tillstånd och alla åldrar. Modellen innebär att primärvården, det vill säga en eller flera vårdcentraler i ett område, utrustas med kompetens och resurser för att kunna bedöma, utreda och behandla psykisk ohälsa³⁴ eller misstänkt psykisk ohälsa som inte kräver specialistinsatser. Modellen förutsätter att tillgång till psykosocial kompetens, som psykolog och socionom, finns på vårdcentralen och att personalen vid vårdcentralen har kompetens för att bedöma och behandla psykiatriska tillstånd.

Det följer av modellen att landstinget är huvudman för verksamheten och alla insatserna ges enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Utförandet av verksamheten kan ske i offentlig eller privat regi. Uppdraget till primärvården kan ske inom ordinarie vårdval, eller vid sidan därav under förutsättning att det ges ett tydligt uppdrag/beställning till den eller de aktuella vårdcentralerna. Ett anpassat ersättningssystem som tar hänsyn till de aktuella insatserna krävs.

En utvecklad samverkan med socialtjänsten och elevhälsan samt med landstingets specialistverksamheter är en förutsättning liksom tillgång till konsultationer och handledning från specialistpsykiatri.

Fördelar

En uppenbar fördel med modellen är att verksamheten är relativt enkel att sjösätta eftersom strukturerna och organisationen redan finns. Insatserna ges enligt en (1) lagstiftning och regler för dokumentation är tydliga. Efter rekrytering av vissa personalkategorier och vissa utbildningsinsatser kan verksamheten starta. Vårdcentralen är en känd verksamhet. Uppdraget blir renodlat med enbart ett hälso- och sjukvårdsuppdrag och tydliggör primärvårdens ansvar för barn och unga. Den likställer psykisk och kroppslig ohälsa och underlättar samverkan inom landstinget.

Nackdelar

Modellen avgränsar uppdraget till att ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Den riskerar att medikalisera problem som egentligen är sociala eller skolrelaterade. Modellen förutsätter att barn och föräldrar själva kan bedöma vilken typ av problem det rör sig om och identifiera vårdcentralen som lämplig instans. Vårdcentralen finns inte i barnens miljö utan det krävs ett initiativ att söka hjälp. Det krävs formaliserad samverkan med vårdgrannar för att kunna erbjuda ett helhetsperspektiv och samordna insatserna för barn med sammansatt problematik. Modellen kan vara svår att genomföra i vissa vårdvalssystem. I glesbygd eller områden med få vårdcentraler och litet patientunderlag kan det vara svårt att utveckla och underhålla den kompetens som krävs.

Exempel

Den här modellen finns bland annat i Enköping där en psykolog med barnkompetens har anställts. Målsättningen är att hela Uppsala län skall omfattas av denna modell. Med dagens behov uppskattar man att det skulle behövas cirka 15 psykologer för hela länet (200 000 inv.). Hudiksvall, Gävleborg är ett annat område som har valt en modell som liknar primärvårdsmodellen.

³⁴ Med psykisk ohälsa menas här psykiska sjukdomar, psykiska funktionsnedsättningar och/eller missbruksproblematik. Vilka tillstånd som kan anses möjliga att hantera på första linjen finns beskrivna i Rätt insatser på rätt nivå för barn och unga med psykisk ohälsa – en kunskapssammanställning (Wieselgren, 2009)

Modell B – Del av specialistverksamheten

Denna modell utgår från, eller är en del av, landstingets specialistverksamhet. Den barnpsykiatriska verksamheten och/eller barnmedicinska verksamheten har här uppdraget att tillhandahålla alla insatser vid psykisk ohälsa eller misstänkt psykisk ohälsa. För att få tydlighet krävs förmodligen att vissa delar av verksamheten eller vissa personer inom verksamheten har uppdraget att ge förstalinjesinsatser och att det tydligt klargörs när det behövs, eller inte behövs, specialistinsatser.

Landstinget är huvudman för verksamheten och alla insatserna ges enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Kompetens kring barn och unga och psykisk ohälsa finns redan i organisationen men en analys av vilka insatser och vilken kompetens som ska användas för förstalinjesinsatser kontra specialistinsatser, behöver genomföras. Fördelningen av resurser till de båda nivåerna kan fastställas i en beställning eller ges i uppdrag åt verksamheterna. En utvecklad och formaliserad samverkan med primärvård, socialtjänst och elevhälsa är en förutsättning i denna modell.

Fördelar

Denna modell är relativt enkel att starta. Strukturerna och organisationen finns. Insatserna ges enligt en enda lag (Hälso- och sjukvårdslagen) och regler för dokumentation och liknande är tydliga. Efter analys, och eventuellt vissa utbildningsinsatser, kan verksamheten starta. Man slipper en del externa avgränsningsdiskussioner mellan primärvård och specialistnivå. Kompetens om psykiatriska tillstånd finns och det är lätt att skapa bra flöden mellan förstalinje och specialistverksamhet.

Nackdelar

Modellen innebär att allt upplevs som BUP/psykiatrisk specialistverksamhet, vilket kan avskräcka vissa barn och familjer från att söka hjälp där. Det är svårt att tydliggöra förstalinjesansvaret och det finns en risk att problem medikaliseras och psykiatriseras. Därutöver kan det vara svårt att ha en hög tillgänglighet eftersom specialistverksamheten är begränsad och den behöver vara förlagd till befolkningstäta områden för att kunna vara nära. Samtidigt finns en risk att förstalinjesbehoven konkurrerar ut specialistbehoven eller att specialistinsatser ges när det skulle räckt med förstalinjesinsatser. Det är svårt att klara att vara både generalister och högspecialiserade i samma verksamhet.

Exempel

Inget av våra modellområden har denna modell.³⁵

Modell C – Vägvisare och var och en sitt tydliga uppdrag

I den här modellen förutsätts att alla de befintliga verksamheterna i ett område, som har uppdrag som innebär att de ska ge insatser till barn med psykisk ohälsa eller misstänkt psykisk ohälsa, har ett tydligt uppdrag och att det finns ett system för att underlätta för barn och familjer att hitta rätt. Tydliga överenskommelser, som klargör vilka uppdrag de olika verksamheterna har, är en förutsättning. Dessa måste bygga på en analys som säkerställer att alla olika typer av behov är täckta. I den här modellen skapas också användbara vägvisare/lotsfunktioner som hjälper barn, unga och deras familjer att hitta rätt. Vägvisarfunktionen kan också hjälpa personalen i de olika verksamheterna att kunna lotsa barn vidare till annan verksamhet när det är lämpligt. Till den här modellen hör också strukturerade former för att samla ett nätverk runt ett barn med behov av insatser från flera aktörer/vårdgivare.

Varje verksamhet har sin huvudman och ger insatserna efter den lagstiftning som är tillämplig i den verksamheten.

³⁵ Jämtlands läns landsting har ett beslut att det tillsvidare är BUP som har hela ansvaret för både förstalinje och specialistinsatser.

Fördelar

Modellen är relativt enkel att starta under förutsättning att det finns beslutsorgan där överenskommelser om ansvarsfördelning kan skötas på ett smidigt sätt. Organisationerna behöver inte göra stora förändringar.

Nackdelar

Det är tveksamt om denna modell räcker för att få en bättre tillgänglighet och förbättrad resursanvändning. De nuvarande bristerna i systemet riskerar att leva kvar. Det är svårt att utforma beställar- och utförmodeller så noga så att de bildar ett sammanhängande system. Modellen ställer höga krav på att varje enskild verksamhet och enhet fyller sin funktion i förhållande till helheten, i enlighet med sin egen uppdragsbeskrivning. Det är en stor risk att det fortsätter vara otydligt för barn och unga vart de ska vända sig.

Exempel

Flera av våra modellområden (Norrbotten, Sollentuna, Vänersborg, Hedemora) har en modell som liknar ”vägvisarmodellen” men inget område har implementerat den fullt ut. I några fall har ett aktivt beslut fattats och i andra fall är det mer som en modell tillsvidare med parallella diskussioner och planer på en annan modell senare.

Modell D – Elevhälsobaserad modell

En alternativ modell är en som utgår från skolan och från elevhälsan. Elevhälsan har här ett utvidgat uppdrag som innebär att landsting och kommun har gett uppdrag/beställt bedömning, utredning och behandling av psykisk ohälsa hos elever som inte har behov av specialistinsatser. Det skulle innebära att förstalinjesinsatserna finns mycket nära det hälsofrämjande arbetet och nära alla skolbarns vardag.

Denna verksamhet har både landsting och kommun som huvudman. Utföransvaret borde kunna ligga i offentlig regi, antingen på kommun och/eller landsting, alternativt i privat regi.

Om verksamheten omfattar hela förstalinjen, inklusive socialtjänstens råd- och stödsatser, behövs bara tydliga samverkansformer mot specialistnivån i landstinget och myndighetsutövningen i socialtjänsten.

Verksamheten ger insatser enligt såväl hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen, skollagen.

Fördelar

Modellen innebär att barn och unga och deras närstående har ett ställe att vända sig till och de behöver inte själva avgöra vilken typ av problem de har. Hjälpsatserna kan ges integrerat utan krångel. Verksamheten kan samordnas med vissa generella hälsofrämjande uppdrag (till exempel vaccinationer, hälsosamtal, hälsobesök) som gör att alla barn och unga kommer i kontakt med verksamheten och lätt hittar dit.

Verksamheten finns i barnens närmiljö och innebär att barn och ungdomar själva kan söka hjälp utan vuxnas inblandning. Denna modell skulle förmodligen också innebära att elevhälsans insatser blev mer lika för alla barn i ett län eller kommun.

Nackdelar

Med dagens lagar och regelsystem svårt att hitta formen för organisationen. Det kan exempelvis uppstå svårigheter med gemensam dokumentation och oklarheter kring hur information får överföras mellan personal som har olika huvudmän. Olika lagstiftningar ställer olika krav och det blir svårt med enhetliga rutiner. Detta kan rimligen inte vara delegerat till varje rektor utan kräver ett system som tillser att alla barn har tillgång till samma insatser. Dessutom ska elevhälsan enligt skollagen främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande. Förskolebarn omfattas inte heller av elevhälsan, så en lösning måste skapas för dem.

Exempel

Inget av våra modellområden har i dag denna modell. Dock väcker modellen stort intresse.

Modell E – Integrerad verksamhet för heltäckande förstalinjesansvar

En annan modell innebär verksamheter med ett uppdrag att kunna erbjuda såväl sociala som medicinska insatser. Det är integrerade verksamheter med kompetenser från såväl hälso- och sjukvård och socialtjänst som elevhälsa. Familjecentraler, ungdomsmottagningar och vissa speciella verksamheter eller psykosociala team som mottagningen Hamnen i Gustavsberg är exempel på detta. I dessa team kan finnas personal från hälso- och sjukvård, socialtjänst, och elevhälsa som antingen är anställda hos sina respektive huvudmän eller hos en av huvudmännen som tagit på sig ansvaret. Både kommun och landsting är med och finansierar och verksamheten ger insatser enligt flera olika lagstiftningar: hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och skollagen.

Fördelar

Modellen innebär att barn och unga och deras närstående har ett ställe att vända sig till och inte själva behöver avgöra vilken typ av problemen de har. Hjälpinsatserna kan ges integrerat utan krångel. Verksamheten kan samordnas med vissa generella hälsofrämjande uppdrag (till exempel vaccinationer, hälsosamtal, kontroller) som gör att alla barn och unga kommer i kontakt med verksamheten och lätt hittar dit. Modellen kan formas helt efter uppdraget att vara första linjen och kan, om den nystartas, från början bemannas med de kompetenser som anses viktiga.

Nackdelar

Det finns svårigheter med gemensam dokumentation och det kan också uppstå oklarheter kring informationsöverföring. Olika lagstiftningar ställer olika krav och det blir svårt med enhetliga rutiner. Det kan också ta tid att starta en integrerad verksamhet. Ofta krävs att en helt ny verksamhet skapas och att struktur och rutiner byggs upp från början.

Exempel

Hagfors och Jönköping är exempel på Modellområden där man startat speciella integrerade verksamheter som nu finns i praktiskt bruk.

Modell F – Helhetslösning för barn och familjer

Den här modellen har vi inte sett i verkligheten men den har funnits med som en vision i många diskussioner om utformandet av insatser till barn och unga. Den bygger på tanken om en helt sammanhållen barn, ungdoms- och familjehälsa där förstalinje och specialistverksamheterna finns i samma hus/organisation som generella insatser. Även elevhälsan ingår i den tänkta organisationen även om insatserna utförs ute på skolorna. Huvudman är kommun och landsting tillsammans. Kanske kan man här utnyttja lagen om gemensam nämnd. Olika utförare borde vara möjliga i ”huset” om det läggs tydliga beställningar om samarbete i de gemensamma verksamheterna. Insatser ges enligt hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen och skollagen.

Fördelar

Denna modeller är till störst fördel för barn med omfattande behov som här skulle ha möjlighet att gå till *ett ställe* med alla sina problem och där också förstalinjesinsatser finns i specialisternas närhet. Förmodligen skulle denna organisationsform öka chansen att barn med funktionsnedsättningar får generella insatser i samma utsträckning som andra. Modellen ger förutsättningar att se barnet i ett helhetsperspektiv och detta kan skapa möjligheter för bra kontinuitet och möjlighet att skapa hållbara långsiktiga lösningar för barn med behov av stöd under stor del av uppväxten

Nackdelar

Modellen är uppenbarligen svårt att realisera. Den kräver verkligt samarbete mellan många av de i vanliga fall ”stuprörsorganiserade” verksamheterna. Det krävs speciella lokaler, beslutsordningar och omorganisationer. Olika lagar och regelverk för olika huvudman och insatser kan skapa problem. Möjligen löses också vissa problem om man gör detta till en gemensam verksamhet. Modellen skapar en sammanhållen verksamhet för barn och familjer men innebär en gräns mot vuxna. Det kan vara svårt att samtidigt med detta sammanhållna koncept skapa valfrihet, speciellt i glesbygd (detta gäller för de flesta modeller).

Exempel

I modellområde Gagnef siktar man på denna modell, men den är i dagsläget inte implementerad.

Alternativ G – Inte göra något alls

Efter alla argument för olika aktiva lösningar kan det verka onödigt att ha med detta alternativ, men eftersom det fortfarande gäller på många platser i landet, trots många års diskussioner om vikten av tidiga insatser till barn, är det befogat. Alternativet att inte göra några förändringar innebär alltså att de separata verksamheterna och de samverkansgrupperingar som uppstår tillåts försöka hitta en balans utan att man enas om en gemensam modell eller gemensam ledning och styrning.

Fördelar

Det är enkelt att låta bli att göra förändringar. Verksamheterna och de som arbetar där har fortsatt stor frihet att utvecklas i enlighet med egna behov och erfarenheter. Politiker och chefer behöver bara gå in med beslut och styrning när problem uppstår.

Nackdelar

Det finns en stor risk att slumpen eller närståendes möjligheter att ihärdigt söka hjälp avgör vilka insatser barn får. Dessutom är det svårt att styra och medvetet flytta sena insatser till tidiga eller att se till att senaste kunskap används och att skapa kostnadseffektivitet. Det är risk för dubbelarbete och att olika organisationer inte matchar varandras utbud.

Exempel

Inget modellområde eftersträvar modellen att ”göra ingenting”. Tanken att inte förändra något väcks när förändringsarbetet möter motstånd.

Likheter och skillnader mellan modeller

Alla modeller (utom modell G) innebär ett aktivt beslut om att uppmärksamma tidiga insatser och att skapa en organisation som gör det möjligt att på ett bra sätt ta hand om de barn och ungdomar som har ett indikerat problem. Ingen av modellerna kan i dagsläget lyftas fram som överlägsen någon annan. Det finns inte någon forskning vare sig nationellt eller internationellt som stöder den ena eller andra modellen. En

systematisk uppföljning av resultat och ett kontinuerligt förbättringsarbete borde kunna organiseras för alla modellerna.

De första modellerna (modell A och B) innebär att första linjen blir tydlig inom landstinget. De understöder strategin att se psykisk ohälsa som ett i första hand hälso- och sjukvårdsproblem. Detta kan självklart kompenseras med att skapa tydlig samverkan med kommunens socialtjänst och skolan, så att det ur barn och familjers perspektiv ändå upplevs som en helhet. Troligen innebär det ingen direkt påverkan på kulturskillnader och skillnader i synsätt mellan skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård.

De senare modellerna (modell D, E och F) innebär integrerade verksamheter med personal från olika huvudmän och verksamhetsgrenar som jobbar sida vid sida. Detta borde kunna och bidrar till att psykisk hälsa ses i ett bredare perspektiv. Dessa modeller har troligen fördelar i att de hanterar barn och ungdomars hela livssituation samlat. Genom att omfatta många livsområden innebär det att fler barn kommer att vara aktuella för att besöka verksamheten vilket gör att det inte blir så stigmatiserande att ta kontakt. Om verksamheten också innefattar hälsofrämjande insatser, som ges till alla, innebär det att barn och familjer har lärt sig hitta dit och förhoppningsvis lättare söker hjälp vid problem. Alla modellerna har alltså sina för- och nackdelar. Någon typ av gränsdragningsproblem uppstår alltid och det finns alltid ytor som kräver formaliserad samverkan. Däremot innebär de olika modellerna att gränstytorna hamnar på olika ställen.

Vår slutsats är alltså att ingen av modellerna är överlägsen den andra och att det snarare handlar om att välja en modell som passar utifrån geografiska-, demografiska- och behovsfaktorer.

Demografiska och geografiska förutsättningar för olika modeller

Eftersom få av modellerna ännu prövats fullt ut i praktiken är det svårt att säkert uttala sig om vilka som fungerar när och var. Primärvårdsmodellen och integrerat specialteam i samarbete går troligen att skapa i de flesta miljöer.

Att utvärdera första linjens insatser

Samtidigt som en ny insatsnivå utvecklas behövs mer kunskap om behov, insatser och deras effekter. Ny kunskap behövs på såväl lokal som på nationell nivå. För att leda det systematiska kvalitetsarbetet på lokal nivå i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter för vård och omsorg och skollagen krävs lämpliga instrument och arbetsprocesser. Väl utvecklade mätinstrument och arbetsmetoder är också centrala för att man ska kunna utvärdera sin verksamhet och lära av andra kommuner, landsting och regioner.

Även den nationella nivån är viktig i kraft av sitt ansvar för policyutveckling och för att bidra till en samlad kunskapsutveckling genom forskning. Det är värdefullt med ett växelspel mellan verksamhet, FoU och akademi, där metoder som testats i andra sammanhang kan spridas och nya innovationer utvärderas metodologiskt – för detta behöver metodik för att mäta behov, insatser och effekter lokalt utvecklas. En sådan metodik skulle kunna ha stor betydelse för att säkerställa ett effektivare resursutnyttjande genom positiva effekter för såväl brukare och verksamheter som samhället i stort. Samarbete mellan lokal och nationell nivå är nödvändigt för att visa på och åtgärda svårigheter i lagstiftning såväl som brister i resurser och kompetens.

Socialstyrelsens föreskrifter kring systematiskt kvalitetsarbete liksom skollagen pekar båda på huvudmannens ansvar för att upprätta ett ledningssystem för sin egen verksamhet. Men utvecklingen av första linjen bör ta utgångspunkt i det huvudmansöverskridande underlag som behövs för planering, genomförande och styrning av hela det insatssystem som ska ge stöd åt barn och ungas psykiska hälsa. Genom att introducera första linjen som koncept förtydligas behovet av ett övergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete gemensamt för de verksamheter som finns kring barn och unga på såväl baslinje- och specialistnivå som i första linjen och de tre sektorerna vård, socialtjänst och skola. De olika dimensioner som återfinns i barnkonventionen, diskrimineringslagstiftningen och styrdokument för de aktuella verksamheterna utgör basen för det gemensamma arbetet. Mer specifikt måste följande dimensioner belysas för att ge rätt förutsättningar för god styrning av det insatssystem som finns till för att påverka barn och ungas psykiska hälsa: behov, processkvalité, systemeffekter och utfall.

Behov

Fördelningen av resurser kräver en lägesbild av hur psykisk hälsa, skolresultat och social belastning fördelar sig utifrån olika geografiska upptagningsområden, olika åldrar och befolkningsgrupper. Rätt utformad kan befolkningsmätning ge en indikation på hur systemet av insatser bör vara uppbyggt. I Modellområdesprojektet och i nästkommande projekt undersöks möjligheterna att komplettera det rutinmässigt insamlade

dataunderlaget med data från skolsköterskornas hälsosamtal. En inventering av befintlig data från olika forskargrupper har också påbörjats för att undersöka förutsättningarna för användning lokalt.

Processkvalité

Utvärdering av processkvalité borde kunna utgå från gemensamma principer som återfinns i såväl skollagen som i Socialstyrelsens föreskrifter och vägledningar kring kvalitetsarbete. Metoder behövs för att bedöma att verksamheten bedrivs utifrån vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet, att den möter barn och unga utifrån deras specifika behov och att verksamheten är jämlik. Barn och ungas egen bedömning av den hjälp de får är viktig och således behövs mätinstrument som utgår från barns och ungas egna upplevelser och håller god vetenskaplig kvalité. Modellområdesprojektet och Socialstyrelsen samarbetar med Karlstads Universitet om att validera och testa ett sådant instrument, utvecklat i Storbritannien. Likväl behövs metoder för att fastställa att riktlinjer och evidensbaserade metoder används och efterlevs.

Systemeffekter

Införandet av en ny insatsnivå kan ha effekter på det totala insatssystemet. Det handlar t.ex. om principen ”insatser i rimlig tid” dvs. tidigare upptäckt och kortare väntetider till adekvat intervention. En annan viktig systemeffekt kan vara en förbättrad förmåga i t.ex. förskola och skola att upptäcka och ge enklare insatser med stöd av första linjen och/eller specialistnivå. I Storbritannien har ett instrument specifikt för denna sektor (Systems Quality and Performance Measurement) utvecklats och tillämpats brett. Modellområdesprojektet samarbetar för närvarande med Karlstads Universitet för att anpassa och testa detta i Sverige.

Utfall

Det är viktigt att säkerställa att de insatser som genomförs får positiva effekter för de barn och unga som får hjälp. Ett tänkbart instrument för att mäta effekten är SDQ, som också kan fungera i befolkningsmätningar. Till det borde data på skolnärvaro och på skolprestation inhämtas som rutinuppföljning. C-GAS (ett kliniskt funktionsskattningssystem) skulle kunna ge en mer kliniskt valid bedömning. För att fånga barnens positiva hälsotillstånd kan barn-KASAM vara aktuellt. Screeningsinstrument för neuropsykiatriska problem borde också vara aktuellt. Valet av mätmetoder är fortsatt en viktig fråga eftersom det är oklart vad som fungerar bäst på denna insatsnivå för kartläggning och effektuppföljning. Hur omfattande ett frågebatteri behöver vara för att säkerställa kvalité och effekter måste också prövas vidare.

Utmaningar

Den skisserade modellen möter i dagsläget ett antal utmaningar i förhållande till lagstiftning, kompetenser och uppdrag. Sekretesslagstiftningen, personuppgiftslagstiftningen och vissa specifika lagar och riktlinjer för dokumentation i socialtjänst utgör de mest framträdande hindren för att skapa den samlade lägesbild kring barn, unga och familjer som skulle behövas för ett framgångsrikt systemövergripande systematiskt kvalitetsarbete. Därutöver har erfarenheten i Modellområdesprojektet visat att det trots begränsningarna i lagstiftningen ändå finns vissa möjligheter att utveckla gemensamma kvalitetssystem, men kompetensen att driva en sådan utveckling i kommuner och landsting utgör en ytterligare utmaning. Bristen på lämpliga mätinstrument, särskilt sådana som identifierar processkvalité och systemeffekter utgör en viktig begränsning. Två ytterligare utmaningar handlar om forskningens förutsättningar och uppdrag. För det första skulle mycket vinnas av att forskare i t.ex. nationalekonomi och epidemiologi fick bättre möjligheter att samköra register för att uppnå en bättre förståelse t.ex. för specifika riskgruppers särskilda behov. För det andra måste bättre förutsättningar för samspelet mellan forskning och praktik utvecklas. Förbättring av kvalitetssystem är en utmärkt startpunkt för ett samarbete eftersom det kan ge ömsesidiga vinster; praktiken ges konkret hjälp i form av goda

mätmetoder som när de rutinmässigt används ger forskningen den infrastruktur som behövs för att testa införandet av nya metoder och för att identifiera och studera god praktik i detalj.

Slutsatser

För att stärka arbetet framöver behövs ett samlat grepp kring kunskapsutvecklingen på nationell och lokal nivå mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola. Två huvudstrategier identifieras för att driva den strategiska utvecklingen av området:

- Förstärk samordningen av statistik från bl.a. socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola på nationell nivå för att kunna ge en god helhetsbild nationellt och lokalt kring såväl barn och unga i allmänhet som särskilda riskgrupper
- Stöd samspelet mellan forskning och verksamhet genom:
 - utvecklingen av gemensamma kvalitetssystem mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola med adekvata mätinstrument kring alla viktiga faktorer för barn och ungas psykiska hälsa
 - att förbättra samarbetet kring implementering av befintliga metoder och kring valideringen av nya metoder ur god praktik genom vetenskapliga effektstudier

Slutsatser

Som nation har Sverige kommit långt i den generella välfärden och vi har en skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård av hög klass.³⁶ De flesta barn i Sverige har det mycket bra och får möjlighet att utvecklas på ett optimalt sätt. Därför upplever många en frustration över att det är så svårt att se till att alla barn får en bra utveckling. Kanske är det just därför som vi har behov av att hitta nya former för våra insatser; vi vet att det går att göra mycket för att påverka ett barns liv i positiv riktning.

En av projektets övergripande slutsatser är att det behövs olika strategier för att påverka hälsoläget beroende på var i utvecklingen ett samhälle befinner sig. De strategier som tidigare använts med gott resultat måste kompletteras med nya grepp för att driva fram ännu större framsteg. Nedan listas några förslag utifrån projekterfarenheterna på vad som kan göras för att skapa verklig förändring och förbättring av det stöd och den hjälp som samhället vill erbjuda barn och unga.

1 Helhetssyn behövs

Det finns goda tankar och goda exempel på hur man kan lösa specifika problem. Förslagen kommer ofta från initiativrika och kloka människor ute i landsting och kommuner. Däremot saknas förmåga att hantera ett helt geografiskt område eller hela barnets situation eller problemspektrum. Den uppenbara lösningen när något är svårt är att dela upp det svåra i mindre bitar och lösa delarna var för sig; i verksamheterna finns många specialister och hög kompetens att lösa enskilda problem var för sig, men kompetensen att se och hantera helheten är betydligt lägre.

2 Förändring möter motstånd

Oftast finns mer än en orsak bakom ”stuprörsbeteende”. Summan av de motkrafter som uppstår när man försöker ändra systemet är lätt att underskatta. Det finns mycket kunskap inom olika områden och kunniga personer som kan tillföra barn och familjer bra insatser, men kunskapsområdena är avgränsade från varandra och sakområdena förstärkta och separerade av flera orsaker - kulturskillnader, olika ideologiska modeller, olika kunskapsparadigm, ovana vid samarbete, okunskap om samarbetsparter, oförmåga att omfatta helheten och/eller tidsbrist som medför att samarbetet inte kommer igång. Dessutom finns en rädsla för förändring och risk att förlora makt, samt en obenägenhet att pröva något nytt med risk att hamna i okända situationer och uppleva kompetensbrist.

³⁶ UNDP 2011

3 Ansvarsfördelning bör tydliggöras

Det råder allmänt en oklar ansvarsfördelning både mellan olika huvudmän, mellan verksamheter inom samma huvudman och mellan insatsnivåer inom en verksamhet. Uppdelningen av olika sorters beslutsmandat mellan politik och tjänstemän, tjänstemän och chefer, chefer och anställda är i praktiken ofta otydlig. Många beklagar sig över detta men vid försök att skapa ordning och tydliggöra ansvarsfördelning uppstår ett tydligt motstånd; det finns uppenbart någon typ av vinst för deltagarna med otydligheter i ansvars- och beslutshierarkierna. En möjlig förklaring till motståndet är rädsla för att mista möjligheten till frihet och autonomi som finns i gråzoner.

4 Skapa grundförutsättningar för samordning

Det saknas både incitament och grundförutsättningar för att gemensamt kunna styra de samhällsaktiviteter som är riktade till barn och unga. De huvudsakliga hindren är 1) olika lagstiftningar 2) olika departement och 3) olika huvudmän och finansierare. Bristen på samordning lyfts ofta fram, på både lokal, regional och nationell nivå, men obenägheten att ändra grundförutsättningarna tycks större än behovet av förändring. Därför krävs att det hela tiden finns tydliga incitament och metoder att öka graden av samordning och synkronisering. Ett exempel är upplägget för det nya projektet (diariennr. S2011/6057/FS; läs mer på ss. 56).

5 Gemensamma resultat skapar gemensamma incitament

Förbättringsarbete vinner på att utgå från en systematisk arbetsmodell med tydliga mått och kontinuerlig uppföljning. Behov finns av att ta fram gemensamma resultatmått. Mätbara mål både för arbetssätt och resultat som dessutom upplevs som meningsfulla för målgruppen, barn och unga, måste utvecklas och användas på ett konsekvent sätt. För att stärka utvecklingen behövs ett samlat grepp kring kunskapsutvecklingen på nationell och lokal nivå mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola. Två huvudstrategier kan identifieras för att driva den strategiska utvecklingen av området:

- Förstärk samordningen av statistik från bl.a. socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola på nationell nivå för att kunna ge en god helhetsbild nationellt och lokalt kring såväl barn och unga i allmänhet som särskilda riskgrupper
- Stöd samspelet mellan forskning och verksamhet genom:
 - utvecklingen av gemensamma kvalitetssystem mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola med adekvata mätinstrument kring alla viktiga faktorer för barn och ungas psykiska hälsa
 - att förbättra samarbetet kring implementering av befintliga metoder och kring valideringen av nya metoder ur god praktik genom vetenskapliga effektstudier

6 Kompetens för kvalitetssäkring

Förmågan att mäta och utvärdera de insatser som ges av samhället måste öka på både lokal, regional och nationell nivå. Det finns en genomgående kompetensbrist i hur resultat- och processmått kan användas, de mätningar som sker är fragmentariska. Gemensamma system bör utvecklas som löpande ger återkoppling om utfallet. Hur kompetensen att driva datastyrt förbättringsarbete inom och mellan medverkande verksamheter kan stödjas är en fråga på lokal nivå, men den har implikationer för den nationella kunskapsutvecklingen. Dels då stöd till det lokala arbetet behövs, dels då lokal kompetens är central för möjligheten till samspel mellan forskning och praktik kring fungerande arbetssätt och deras effekter.

7 Synkronisering på nationell nivå

Modellområdesprojektet har haft god kontakt med flera nationella aktörer såsom Socialstyrelsen, FHI, Skolverket, Ungdomsstyrelsen m.fl. En slutsats är dock att det saknas en nationell synkronisering av de aktörer som har ansvar för frågor kring barn och unga. Under projekttiden har det funnits osäkerhet kring vissa myndigheters uppdrag, till del beroende på omorganisationer, men också som en konsekvens av bristande övergripande samordning.

8 Vi behöver ett dubbellyft

Alla barn ska lyckas. Men barn har olika förutsättningar att dra nytta av generella insatser. Förmågor som redan etablerats påverkar vilka effekter nya insatser får. Därför behövs en ny strategi där både generella insatser till alla och riktade insatser till de där mer behövs för att få önskad effekt, kompletterar varandra. Det kommer att ställa nya krav på att hela spektrumet av strategier, från främjande, via förebyggande till behandlande, kombineras för att tillsammans ge önskad effekt. Barnens behov kan inte enkelt delas upp mellan etablerade sektorsgränser. Risk- och friskfaktorer från varje traditionell sektor behöver samtidigt beaktas i relation till helheten för att rätt stöd ska kunna ges. Den välfärdsnivå som vårt samhälle har uppnått innebär att generella insatser måste ges i klok kombination med individualiserade tidiga insatser för att kunna stödja en positiv utveckling hos så många barn som möjligt. Kunskapen om vilka metoder som ska användas i vilket läge måste utvecklas, bland annat genom att mäta effekterna av respektive insats.

9 Första linjen behövs

För att skapa synkronisering behövs en första linje. Första linjen bör säkerställa att barn i riskgrupper drar nytta av generella insatser samt att alla barn och unga som behöver det får tidiga och förebyggande insatser. Därigenom kan specialistnivån avlastas, vilket möjliggör ökad tillgänglighet och spetskompetens.



Figur 7. Insatsnivåer. Första linjen bör dels kunna avlasta specialistnivån, dels ge riktade insatser för att alla barn nås av det generella välfärdsutbudet.

Oförenliga önskemål

A

Optimerade delar kontra optimerad helhet

Alla önskar ett effektivt resursutnyttjande där dubbeljobb undviks och så få barn eller problem som möjligt hamnar mellan stolarna. Dessutom anser alla att det krävs samordning, samstämmig styrning och solidariska medarbetare som kan samarbeta. Samtidigt är det många som motsätter sig att ta direktiv från någon annan. En effekt av detta kan vara goda delresultat, men på bekostnad av helheten, trots att alla verksamheter eftersträvar ett så bra resultat som möjligt för barn och deras familjer.

De bästa lösningarna inom varje enskild del betyder inte nödvändigtvis det bästa helhetsresultatet. Dilemmat detta ger upphov till berör både vilka insatser som erbjuds ett visst barn och hur man väljer att organisera sina verksamheter. För ett barn kan möjligheten till bästa behandlingsresultatet för en sjukdom innebära att skolresultat och social utveckling blir eftersatt. På motsvarande sätt kan den organisationsform som exempelvis är optimal för socialtjänsten vara oförenlig med skolans förutsättningar.

B

Insyn och informationsöverföring kontra integritetsskydd

Alla är ense om att vi inte får missa ett barn som far illa, eller att insatser uteblir därför att berörda aktörer inte fått nödvändig information. Detta går inte att uppnå med mindre än att all information är tillgänglig för alla verksamheter som möter barn och unga och att familjer måste lämna ut känslig information och tillåta stor insyn i sina liv. Samma förutsättning gäller uppföljning. Det är svårt att skapa ett bra underlag för utvärdering om det inte går att samla information från olika verksamheter på individnivå. Insamling av data på individnivå för dem med komplicerad problematik där resultatet är avhängigt de samlade insatserna kräver samkörning av olika register och uppgifter från olika huvudmän, vilket idag inte är tillåtet av integritets- och säkerhetsskäl.

C

Kontinuitet kontra valfrihet

Det är inte möjligt att garantera kontinuitet om det samtidigt ska finnas total valfrihet. Om en vårdcentral eller skola väljs bort av så många att det inte längre finns underlag för att driva den kommer de som valt den enheten av kontinuitetsskäl att drabbas. Vidare är det enklare att synkronisera olika insatser när det finns ett gemensamt geografiskt ansvar för olika verksamheter. Med stor valfrihet kommer många barn och deras familjer ha en uppsättning olika kombinationer av skola, hälso- och sjukvårdsinsatser och socialt stöd. Om en familj vill välja en ny leverantör av en av insatserna finns risk att förlora den kontinuitet som finns i de samverkansformer som skapats kring barnet. Familjen kan då paradoxalt nog uppleva att deras valfrihet begränsas.

D

Önskan om förändring utan att behöva ändra något

De flesta anser att det behövs förändringar för att skapa bättre förutsättningar för barn och unga att lyckas i samhället. Samtidigt betonas vikten av stabilitet och åsikter framförs om att det är för många omorganisationer och innovationer som skapar extra

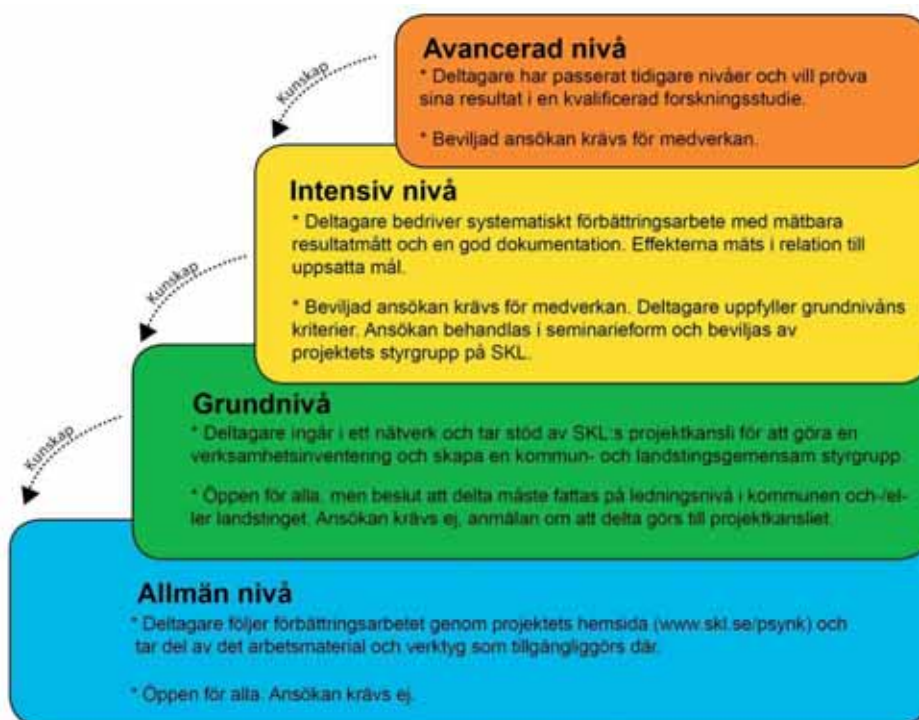
arbete för enheterna. När ett behov av förändring har identifierats är enigheten ofta stor så länge som diskussionen förs på ett övergripande plan. När det sedan är tid för förändring anser alltför många att det är de andra verksamheterna som ska förändra sina rutiner, medan de egna rutinerna ska förbli oförändrade. Det man ser framför sig är att de egna förändringarna kommer att få stora negativa konsekvenser eller innebära mycket arbete för den egna organisationen.

Intressekonflikterna har ingen entydig lösning eftersom det handlar om att väga olika intressen mot varandra i olika situationer. Vilka intressen som ska prioriteras är i slutändan beslut som bör fattas på politisk nivå. Forskning och praktiska försök, av det slag som skett inom ramen för Modellområdesprojektet, kan förse politiken med värdefullt beslutsunderlag.

Arbetet forstärker

Vår sammantagna erfarenhet av det praktiska arbetet i projektet och alla identifierade utmaningar är att det behövs ett fortsatt strategiskt utvecklingsarbete kring barns och ungas psykiska hälsa. Detta har tagits fasta på i upplägget av den nya projekt som SKL och regeringen ingick en överenskommelse om i juni 2011 (diarienumr. S2011/6057/FS). I det nya projektet kommer arbetet med att utveckla en första linje att intensifieras och fördjupas, bland annat genom att metoder för att utvärdera olika första linjesatsningar tas fram och prövas. Därtill kommer det nya projektet att behandla Gemensam ledning och styrning, det vill säga hur man kan skapa former för gemensamt beslutsfattande mellan kommun och landsting i frågor som rör barn och unga (läs mer om det nya projektet, kallat "Psynk", på [projekthemsidan - www.skl.se/psynk](http://projekthemsidan-www.skl.se/psynk)). I det nya projektet finns ett differentierat stöd som ger de områden som ligger långt fram i utvecklingen möjlighet att vara innovativa och nyskapande samtidigt som kunskap och erfarenheter snabbt kan förmedlas till övriga.

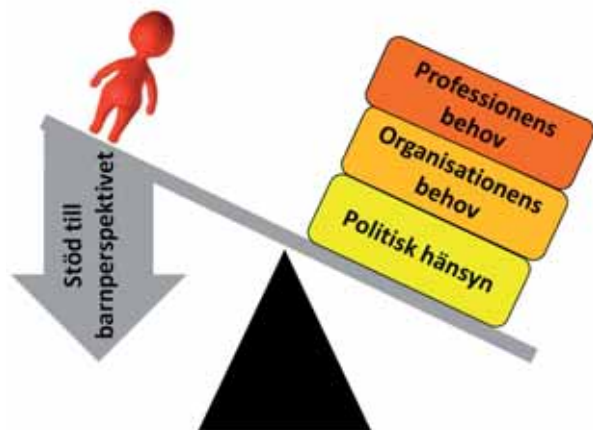
Detta ger förhoppningsvis möjlighet att snabbt hitta nya, effektiva lösningar vilket behövs för att möta samhällets utvecklingstakt.



Figur 8. Modell över organisationen för det nya Psynk-projektet

Barnperspektivet

I de flesta områdenas beskrivningar av sitt arbete med första linjen nämns barnkonventionen och man betonar barnperspektivet. Det finns ofta citat från barnkonventionen på områdenas hemsidor. Det är dock sällsynt med en systematiskt genomförd och dokumenterad barnkonsekvensanalys.



Figur 9. Barnen väger lätt

Vi ser att det i praktiken är svårt att verkligen organisera våra verksamheter på ett sätt som sätter barnens behov i centrum. Jämfört med politiska hänsyn, organisationerna och professionens behov väger barnen lätt. Denna insikt ställer ytterligare krav – inte bara på berörda aktörer – utan på alla samhällsområden. Om vi menar allvar i frågan om att alla barn har rätt att utvecklas maximalt i förhållande till sina förutsättningar krävs beslutsfattarnas engagemang och fortsatta gemensamma diskussioner.

Till grund för projektiden om flera, olika, modeller låg hypotesen:

Effektivt resursutnyttjande och goda resultat för barnen kräver olika organisationstyper beroende på kommunens storlek, geografiska förutsättningar, barnens behov och historiska förutsättningar.

Vår slutbedömning är att projektets resultat bekräftar den hypotesen men att det också finns gemensamma nämnare. Ingen modell skapar sig själv – det krävs gemensam beställning samt ledning och styrning. Dessutom behövs tydliga incitament som involverar alla nödvändiga aktörer och slutligen även kompetens att mäta resultat och följa upp effekterna för alla barn på kort och lång sikt.

Vi tror att en tydlig första linje är ett sätt att stärka barns och ungas möjligheter till hjälp utan att felaktigt medikalisera problemen.

Projektet år för år

2009

Organisation

- Centralt projektkansli (kansliet) byggs upp på SKL
- Styrgrupp för projektet tillsätts på SKL
- Projektplan tas fram
- I modellområdena tillsätts projektledare (kontaktpersoner), styrgrupper och referensgrupper.

Kunskapsinhämtning

- Projektkansliet inventerar nationella aktiviteter som pågår på barn- och unga området. En övergripande bild presenteras med webbverktyget ”Trädet”.
- Möten med olika myndigheter genomförs, t ex Socialstyrelsen, FHI, Skolverket, Ungdomsstyrelsen och Barnombudsmannen. Samverkan med UPP-centrum på Socialstyrelsen etableras (se ss. 19).
- Möten hålls med patient-, närstående- och brukarföreningar
- Möten hålls med yrkesföreningar och andra professionella nätverk.
- Hearings genomförs med olika expertgrupper
- Möten hålls med aktuella utredningar (bilaga 6).
- Möten hålls med olika forskare och ett forskningsnätverk startas.
- SKL:s nätverk och befintliga strukturer används som bollplank och för förankring
- En samverkansstudie initieras med B. Danermark, Örebro universitet.
- En socioekonomisk studie initieras med nationalekonomerna I. Nilsson och A. Wadeskog
- Personer från kansliet deltar i flera utredningar
- Projektet deltar i forskningsrelaterade sammanhang i Sverige och med EU-anknytning.
- Kansliet deltar i arbetet med att utöka mätningarna av väntetider i vården, ta fram definitioner och dataanvändning.

Kommunikations- och IT-verktyg

- Informationsmaterial, huvudsakligen broschyrer, tas fram
- En projektwebbplats upprättas under domänen skl.se.
- Teknik för direktsändning via webb tas fram. Filmerna finns tillgängliga via hemsidan.
- En webbaserad arbetsyta tas i bruk för att utbyta projektintern information.
- Kansliet lär sig och processledarna teknik för videokonferenser och digitala träffar.
- Pyramidverktyget tas fram med möjlighet att bygga aktörs- och samverkanspyramider.
- Ett vinjettverktyg tas fram för att utifrån fallbeskrivningar inventera flöden och processer.
- Kansliet medverkar i olika sammanhang för att sprida information om projektet.

Lokal förankring

- Kansliet medverkar på lokala uppstarts- respektive styrgruppsmöten.
- Utbildningsaktiviteter och erfarenhetsutbyten genomförs med modellområdena.
- En politikerträff sker hösten 2009.
- Möten för forskningsnätverket blir mötesplats mellan forskare, beslutsfattare och praktik.
- Modellområdena får i uppgift att redovisa sin lokala inventering i ”pyramidverktyget”.
- Tillgänglig officiell statistik sammanställs i faktablad för varje modellområde.

2010

Organisation

- Kansliet breddar sin kompetens, bl a genom resurser till socialtjänstsidan
- Diskussioner förs på SKL och med Regeringen om hur fortsättningen på Modellområdesprojektet bör se ut.

Kunskapsinhämtning

- Projektkansliet inventerar vad som pågår på nationell nivå inom barn- och ungaområdet.
- Möten genomförs med Socialstyrelsen, FHI, Skolverket, Ungdomsstyrelsen, Barnombudsmannen och andra nationella aktörer. Samverkan med UPP-centrum (Socialstyrelsen) formaliseras med återkommande avstämningmöten och gemensamma konferenser (se ss. 19).
- Ett antal forskarmöten genomförs.
- Hearings med expertgrupper och seminarier med för området aktuella och pågående utredningar genomförs.

- Personer från kansliet deltar i flera utredningar (bilaga 6).
- SKL:s nätverk och befintliga strukturer används som bollplank och för förankring
- Kansliet deltar i arbetet med att utöka mätningarna av väntetider i vården, ta fram definitioner och dataanvändning.
- Projektets styrgrupp beslutar att projektet kan genomföra två större studier, Samverkansstudien och en socioekonomisk studie. Studierna koordineras av kansliet.
- Den socioekonomiska studien startar under våren 2010.
- Samverkansstudien startar under hösten 2010.
- Delar av projektkansliet deltar i The 23rd Annual Childrens Mental Health Research & Policy Conference i Tampa, Florida den 7-10 mars 2010.
- Projektet genomför fem webbTV-konferenser med olika tematik
- FHI:s nationella kartläggning av barn och ungdomars psykiska hälsa ("Grodanenkäten") redovisas under en utbildningsdag med fokus på modellområdenas resultat.

Kommunikation och IT-verktyg

- Nytt informationsmaterial tas fram, huvudsakligen i broschyrform.
- En ny projektwebbplats upprättas under våren, www.skl.se/psynk, med tilltal riktat till olika målgrupps.
- En ny webbaserad, projektintern arbetsyta tas i bruk, "Projektplatsen".
- Projektmaskoten "Psynken" lanseras. Psynken får en egen Facebook-sida.
- Kansliet engageras i Psykisk hälsa-kaféet under Almedalsveckan.
- Kansliet engageras i NSPH:s monter på Bok- och biblioteksmässan i Göteborg.
- Kansliet arrangerar möten och seminarium och konferenser, flertalet med öppet deltagande. Arrangemangen filmas ofta som direktsänd WebbTV och ligger därefter tillgängliga på hemsidan med PP-presentationer och annat mötesmaterial.
- Kansliet deltar i möten, seminarium och konferenser runt om i Sverige för att redogöra för projektets erfarenheter och delta i den allmänna diskussionen.

Lokal förankring

- Utbildningsaktiviteter och erfarenhetsutbyten genomförs med modellområdena.
- En träff med ledande politiker och tjänstemän anordnas 27-29 april på Högberga gård, Stockholm
- En styrgruppsdag anordnas den 9 september i Stockholm
- Kansliet deltar på dialogmöten och styrgruppsmöten i modellområdena
- Tillgänglig officiell statistik sammanställs i faktablad för varje modellområde.
- Modellområdena slutför sina inventeringar
- Modellområdena gör handlingsplaner utifrån de förbättringsområden som framkommit i inventeringarna.

- Norrköpings kommun skapar en social investeringsfond med löfte om stöd från projektkansliet.

2011

Organisation

- Pågående diskussion om projektets framtid efter 2011.
- Utvärdering av projektkansliets arbetssätt av PWC
- Utvärdering av projektkansliets teknikanvändning av Comparo
- SKL och regeringen sluter den 22 juni en överenskommelse om ett intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa 2012-2014 (förberedelser under 2011) – ”Utvecklingsprojektet – Psykisk hälsa, barn och unga”.

Kunskapsinhämtning

- WebbTV-sändningar; utredningen utsatta barn i skolan; samverkan med idéburna organisationer; feminin fördjupning; nya skollagen ny elevhälsa; hemmaplanslösningar; framgångsrika pedagogiker; barnpsykiatri som specialistverksamhet; förskola på vetenskaplig grund
- Kansliet ordnar konferenser, bl a med Kungliga Vetenskapsakademins och SBU:s forskningssammanställning om trender inom barns psykiska hälsa; om primärvårdens roll i första linjen; anmälan till socialtjänsten
- Kansliet ordnar flera seminarier på temat sociala investeringar
- Delar av kansliet åker på studieresa till Storbritannien 10-12 oktober.
- Resultat från den socioekonomiska studien presenteras
- Resultat från samverkansstudien presenteras
- Delar av projektkansliet medverkar på konferens i Wasa, Finland 20-22 maj
- Möten hålls med UPP-centrum, Socialstyrelsen
- Projektet arrangerar en träff för att undersöka intresset för en nationell elevhälsoenkät med databasstöd i maj. Kansliet tar på sig att undersöka de tekniska och legala förutsättningarna för implementering.
- Samfinansiering av pilotstudie med Socialstyrelsen av ChASE och SQPM. Flera piloter är modellområden.
- Kansliet håller olika forskarmöten
- Kansliet håller flera forskningsnätverksträffar, bl om pilotstudien av instrumenten ChASE (serviceupplevelse) och SQPM (systemkvalitet); forskningens bidrag till skolresultat och psykisk hälsa; förskolesatsningar

Kommunikation och IT-verktyg

- Projektet medverkar på Psykisk(O)hälsamässan 1-2 feb, 3-D film om projektet visas för första gången.
- Psyknpriset för 2010 delas ut på Psykisk(O)hälsamässan.
- Uppgradering av pyramidverktyget

- Nytt informationsmaterial om projektet produceras, bl a faktablad om sociala investeringar, samverkansstudien och första linjen.
- Sökfunktion i filmbiblioteket på internet tillkommer.
- Projektet engageras i Psykiskhälsa-kaféet i Almedalen 5 juli
- Modellområdesprojektets förbereder sitt avslut genom att skriva slutrapport och anordna en avslutningskonferens (19 januari 2012).
- Kansliet lägger ut en översiktlig Synkroniseringsmanual/"kokbok" på hemsidan
- Kansliet deltar i Bok- och biblioteksmässan i Göteborg.

Lokal förankring

- Ing-Marie Wieselgren besöker alla styrgrupper för underskrift av 2011-års överenskommelser.
- Träff med politiker, tjänstemän, styrgrupper, projektledare m fl 3-4 feb. 3D-film om projektet visas.
- Nationell styrgruppsdag i maj via direktsänd webb-TV. Interaktivt moment med Google-enkät.
- Projektkansliet deltar på olika träffar i modellområdena.
- Modellområden gör fördjupad inventering om mandat och beslutsfattande ("Vem bestämmer?) med hjälp av olika case.
- Kansliet arrangerar flera möten och seminarium med projektledarna
- Modellområdena arbetar med att genomföra sina handlingsplaner. Preliminära resultat kan skönjas.
- Hagfors modell för första linjeverksamhet, "Visit", invigs i november

Referenser

- Axelsson & Biharo Axelsson (red.), (2009), *Folkhälsa i samverkan*. Studentlitteratur.
- FHI (2009), *Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2006-2008. Regionala och nationella resultat. Unga personers hälsa*. (PM)
- FHI (2011a), *Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009*.
- FHI (2011b), *Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10. Grundrapport*.
- FHI (2011c), *Social Health Inequalities in Swedish Children and Adolescents – A Systematic Review, Second Edition*.
- Kungliga Vetenskapsakademien (2010a), *Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid*.
- Kungliga Vetenskapsakademien (2010b), *School, Learning and Mental Health. A Systematic Review*.
- OECD (2009), *Doing better for children*.
- Regeringsbeslut nr I:7 (2009-02-26), *Överenskommelse mellan regeringen och Sveriges kommuner och Landsting om en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa*, Stockholm: Socialdepartementet.
- Regeringsbeslut nr I:23 (2009-12-17), *Överenskommelse om vissa insatser inom hälso- och sjukvården*, Stockholm: Socialdepartementet.
- Rose, G. (1992), *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford, UK: Oxford University Press
- Samlat grepp för barns och ungdomars psykiska hälsa* (dnr S2008/2827/HS)
- Socialstyrelsen (2008), *Barn och unga – insatser år 2007*.
- Socialstyrelsen (2009), *Barn och unga – insatser år 2008*.
- Socialstyrelsen (2010), *Barn och unga – insatser år 2009*.
- Socialstyrelsen (2010), Kap. 7 - Skolbetyg, utbildning och risker för ogynnsam utveckling hos barn, i *Social Rapport 2010*.
- Socialstyrelsen (2011a), *Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Uppföljning av 2010 års statsbidrag för en förstärkt vårdgaranti*. Artikelnr 2011-7-1. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2011b), *Barn och unga – insatser år 2010*.
- SOU 1998:31, *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*.
- SOU 2006:77, *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa – analyser och förslag till åtgärder*.
- SOU 2006:100, *Ambition och ansvar – Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*.
- SOU 2009:68, *Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU)*.
- UNDP (2011), *Human Development Report 2011, Sustainability and Equity: A Better Future for All*, <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/download/> (2012-01-17 kl 14:05)
- Wieselgren, I-M (red.) (2009), *Rätt insatser på rätt nivå för barn och unga med psykisk ohälsa – en kunskapssammanställning*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting
- Wille, Bettge, Ravens-Sieberer (2008), *Risk and Protective Factors for Children's and Adolescents' Mental Health. Results of the Bella Study*. European Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 17, Supplement 1.

Bilagor

Bilaga 1. Psykisk hälsa bland barn och unga

Bilaga 2. Funktioner i projektkansliet

Bilaga 3. Förslag till uppdrag för en första linje funktion

Bilaga 4. Typer av överenskommelser mellan kommun och landsting

Bilaga 5. Fjorton redogörelser för hur man löst första linjen

Bilaga 6. Utredningar vilka projektet bidragit till

Psykiska hälsa bland barn och unga i Sverige

Majoriteten av barn och unga mår bra

Svenska barn under 15 år hör till de med bäst livsvillkor i världen³⁷. De mår också i allmänhet bra enligt två nyligen publicerade befolkningsundersökningar. Resultaten från 2009/10-års *Skolbarns hälsovanor* visar att kring 90 procent av pojkarna vid åldern 11, 13 och 15 år och motsvarande andel 11-åriga flickor uppger att de mår bra eller mycket bra.³⁸ Vid 13 och 15 års ålder har andelen bland flickor minskat till 80 procent. Liknande fynd ger den totalundersökning som 2009 genomfördes bland alla skolbarn i åk. 6 och åk. 9 (kallad *Grodan*), där cirka två av tre uppger att de inte upplever några problem med sin psykiska hälsa.³⁹ Befolkningsstudierna kring åldersgruppen 16-24 år är något äldre (2004/2005) men uppvisar att 86 procent av flickorna och 92 procent av pojkarna upplever sin hälsa som god eller mycket god.⁴⁰

Den psykiska ohälsan och dess utveckling

2010 presenterade Hälsoutskottet vid Kungliga Vetenskapsakademien resultaten av sitt arbete kring barn och ungas psykiska hälsa. Projektet belyste flera angelägna frågeställningar varav en var huruvida en trend i svenska barns och ungdomars psykiska hälsa kunde identifieras⁴¹. Enligt Kungliga Vetenskapsakademiens hälsoutskott var den viktigaste slutsatsen av den systematiska kunskapsöversikten att utvecklingen av barn och ungdomars psykiska ohälsa är ett ofullständigt utforskat område i Sverige.⁴² Betydande metodologiska problem kunde konstateras i alla existerande befolkningsstudier som granskats. Studiernas upplägg gav inte möjlighet till säkra slutsatser men med viss kompletterande data konkluderades att en trend av ökad psykisk ohälsa, bl.a. nedstämdhet och oro, kan ses för flickor under ungdomsåren. Andelen flickor med sådana problem har i vissa fall fördubblats eller tredubblats under samma period. Pojkarna följer flickornas uppåtgående trend, men på en betydligt lägre nivå. När det gäller psykisk hälsa hos förskolebarn och yngre skolbarn, under 10 år, fanns ej tillförlitliga data.

Skolbarns hälsovanor och *Grodan* visar att problemen överlag är större hos barn i mitten av tonåren än vad de är strax innan eller i tidiga tonår. Överlag uppger flickor större problem än pojkar och skillnaderna är större ju äldre barn som tillfrågas. Könsskillnaderna minskar dock bland 20-24 åringar.⁴³ Sammantaget verkar de mest betydande problemen finnas hos svenska ungdomar i åldrarna 15-24 år som, menar man, fått markant sämre psykisk hälsa.⁴⁴ Flera undersökningar visar att vissa symtom har fördubblats eller ökat ännu mer, t.ex. oro, ångest, nedstämdhet och sömnsvårigheter. Dessutom har sjukhusvård för ungdomar med diagnoser som självskadande beteende

³⁷ Doing better for children. OECD 2009.

³⁸ Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10. Grundrapport. (FHI, 2011)

³⁹ Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. (FHI, 2011)

⁴⁰ Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen.

⁴¹ Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturoversikt med tonvikt på förändringar över tid. (Kungliga Vetenskapsakademien, 2010)

⁴² Kunskapsläget vad gäller den psykiska hälsan hos barn i åldrarna mellan födseln och tonåren är än mer bristfälligt jämförd med äldre barn och ungdomar varför ökad satsning på epidemiologisk forskning i förskolepopulationen samt i låg- och mellanstadiepopulationerna är angelägna. De flesta studier av barns psykiska hälsa som gjorts har belyst den subjektivt skattade ohälsan. Det är en viktig folkhälsoaspekt men det borde också göras studier av diagnostiserbar psykisk ohälsa med hänsyn också till funktionsnivå för att få information om psykisk sjukdom hos barn och ungdomar. Ett annat forskningsområde som borde prioriteras är risk och skyddsfaktorer för psykisk ohälsa hos nutidens barn och ungdomar (ss 17-20).

⁴³ Folkhälsorapport 2009. Socialstyrelsen.

⁴⁴ Barns och ungas hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport (FHI, 2011)

och depression blivit dubbelt så vanligt. Bland unga män i åldern 16–24 år har även dödligheten ökat.

I årskurs 9 har nära 20 procent av flickorna betydande psykosomatiska besvär jämfört med 6 procent av pojkarna. Vidare hade 37 procent av flickorna (16 procent av pojkarna) i årskurs 9 ofta eller alltid har upplevt två eller fler psykosomatiska symtom⁴⁵ under de senaste sex månaderna.⁴⁶ *Skolbarns hälsovanor 2009/10* visar att ökningen tycks ha avstannat och i vissa fall minskar problemen, andelen är dock fortfarande omkring dubbelt så stor som vid mitten av 1980-talet.⁴⁷

Psykisk ohälsa påverkar ofta flera delar av livet. 80 procent av alla barn som uppger psykisk ohälsa⁴⁸ upplever själva att det har konsekvenser för skolarbetet, för en stor andel följer konsekvenser för familjesituation, övriga relationer och fritid. Därmed har ca en fjärdedel av *alla* barn och unga (i årskurs 6 och 9) samtliga bekymmer med psykisk ohälsa och skolarbetet, cirka en femtedel har problem med familjesituationen respektive kamratrelationer och för 14 procent påverkas fritiden.⁴⁹

Vad påverkar förekomst av psykisk ohälsa?

Sociala och ekonomiska förutsättningar

Sociala förutsättningar är en viktig bestämningsfaktor för hälsa. Systematiska sammanställningar visar att det i Sverige finns en överrisk på cirka 80 procent för psykisk ohälsa hos barn och unga som lever i social utsatthet⁵⁰. Inkomstskillnaderna har ökat sedan mitten av 1970-talet⁵¹ särskilt påtagligt bland ensamstående och bland ensamboende i åldern 20–29 år. Däremot finns små eller inga skillnader i psykisk ohälsa som hänger samman med elevens eget eller föräldrars födelseland eller i vilken typ av kommun (enligt SKL:s indelning) deras skola finns i.⁵²

Den grupp elever som genomgående utmärker sig med att rapportera betydligt sämre psykisk hälsa är elever som anger att de inte bor hos någon av sina föräldrar.⁵³ Den gruppen rapporterar även lägst trivsel både i skolan, hemma och under fritiden. Totalt rör det sig om ungefär 1 procent av de elever som deltagit i undersökningen. Bland de barnen är det 44 procent som tillhör gruppen elever med betydande besvär inom dimensionen bristande välbefinnande (jämfört med 9 procent för barn som bor med båda föräldrar [inkl. växelvis boende] och 15-18 procent för barn som uppger att de bor endast en förälder). Bland gruppen elever som bor ensamma eller tillsammans med någon annan än sina föräldrar är det 49 procent som har upplevt två eller fler psykosomatiska symtom ofta eller alltid under de senaste sex månaderna (jämfört med 31 respektive 19 procent för elever som bor tillsammans med båda eller en förälder).⁵⁴ Barn som uppger problem med familjesituation respektive fritidssituation rapporterar tre gånger så ofta två eller fler psykosomatiska symtom än andra barn⁵⁵.

⁴⁵ Såsom huvudvärk, magont, sömnproblem eller att känna sig ledsen, spänd eller yr

⁴⁶ Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10. Grundrapport. (FHI, 2011). Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. (FHI, 2011)

⁴⁷ Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10. Grundrapport. (FHI, 2011).

⁴⁸ Resultat från SDQ-instrumentet visar att det 37% av alla tillfrågade i totalundersökningen rapporterar att de har några symtom på psykisk ohälsa. Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. (FHI, 2011)

⁴⁹ Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. (FHI, 2011)

⁵⁰ Social health inequalities in Swedish children and adolescents – a systematic review, second edition. Folkhälsoinstitutet 2011.

⁵¹ Barns och ungas hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport (FHI, 2011)

⁵² Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10. Grundrapport. (FHI, 2011). Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. (FHI, 2011)

⁵³ I enkäten ställdes inga ytterligare frågor kring boendesituationen och det går därför inte att avgöra hur många av dessa barn som t.ex. är placerade i olika former av boenden utanför hemmet

⁵⁴ Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10. Grundrapport. (FHI, 2011). Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. (FHI, 2011)

⁵⁵ Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009. (FHI, 2011)

Skolan

En annan del i Kungliga Vetenskapsakademiens Hälsoutskotts arbete handlade om relationen mellan skola, lärande och barns psykiska hälsa. Forskargruppen som genomförde den systematiska kartläggningen och översikten fann att svensk longitudinell kvantitativ forskning om dessa samband saknas. Man kunde dock validera den större mängden internationell forskning genom svenska kvalitativa studiefynd. Genomgången visade att tidiga svårigheter i skolan och i synnerhet läs- och skrivsvårigheter orsakar internaliserande och externaliserande psykiska problem samt att svårigheter i skola och psykiska problem tenderar att vara stabila över tid.⁵⁶ Enligt undersökningen *Skolbarns hälsovanor* (FHI) ökar andelen elever som instämmer i att de har för mycket skolarbete och att de blir trötta och stressade av skolarbetet.⁵⁷ Problem med skolresultat och prestationer orsakar internaliserande symptom för flickor under tonåren.⁵⁸ Totalundersökningen i årskurs 6 och 9 visar att elever som uppgett att de inte har det bra i skolan, att de inte gjorde bra ifrån sig i skolan, inte kunde vara uppmärksamma i skolan och inte kom överens med sina lärare löper två till tre gånger större risk att också rapportera två eller fler psykosomatiska symtom.

Social rapport (2010) anger att låga eller ofullständiga betyg från årskurs 9 ökar risken för framtida psykosociala problem. Detta mönster finns i alla socioekonomiska grupper. Bland barn med svaga skolprestationer är privilegierad social uppväxtbakgrund ingen betydande skyddsfaktor mot ogynnsam utveckling, som exempelvis framtida självmordsbeteende, kriminalitet och missbruk.⁵⁹ Nationella utvärderingar har uppmärksammat tendenser mot en ökad variation av den pedagogiska kvaliteten i förskolan.⁶⁰ Barn som växer upp med återkommande ekonomiskt bistånd lämnar i genomsnitt grundskolan med mycket lägre betyg än andra barn. Majoriteten av pojkarna inom den här gruppen har låga eller ofullständiga betyg från årskurs 9 vilket tycks vara den starkaste riskfaktorn för framtida psykosociala problem bland dessa barn.⁶¹

Ungdomars villkor

Efter tre års studier har 69 procent av alla elever nått slutbetyg i gymnasiet. Av elever med föräldrar som har eftergymnasial utbildning har 78 procent nått slutbetyg inom tre år, att jämföra med 66 procent av de med föräldrar med högst gymnasial utbildning och 45 procent för övriga.⁶² Svårigheten för ungdomar i Sverige att etablera sig på arbetsmarknaden har ofta lyfts fram som en möjlig förklaring till den negativa utvecklingen av psykisk hälsa i denna grupp (t.ex. Lager & Bremberg, 2009). Nära en tredjedel av alla unga har tre år efter avslutat gymnasium varken etablerat sig på arbetsmarknaden eller påbörjat universitets- eller högskolestudier.⁶³ I maj 2010 var 28 procent av alla unga 15–24 år utan arbete. Arbetslösheten bland de yngsta var 500 procent högre än bland de äldre och inget annat land inom EU-27 har så hög relativ ungdomsarbetslöshet.

Vad främjar barn och ungas psykiska hälsa?

En viktig skyddsfaktor är goda föräldrarrelationer. 88 procent av alla elever i årskurs 6 och 9 i totalundersökningen uppger att de har det bra hemma.

Forskning visar att goda resultat i skolan har positiv effekt på självuppfattning vilket i sin tur bidrar till motivation och upplevd inre/yttra kontroll till gagn för lärande.

⁵⁶ School, Learning and Mental Health. A systematic review (Kungliga Vetenskapsakademien, 2010, ss.6-8)

⁵⁷ Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10. Grundrapport. (FHI, 2011).

⁵⁸ School, Learning and Mental Health. A systematic review (Kungliga Vetenskapsakademien, 2010, ss.6-8)

⁵⁹ Social rapport (Socialstyrelsen, 2010)

⁶⁰ School, Learning and Mental Health. A systematic review (Kungliga Vetenskapsakademien, 2010, ss.6-8)

⁶¹ Social rapport (Socialstyrelsen, 2010)

⁶² Skolverket 2011. http://www.skolverket.se/statistik_och_analys/2.1862/2.4391/2.4437/tre-av-tio-utan-slutbetyg-efter-tre-ar-i-gymnasiet-1.164680

⁶³ Öppna Jämförelser Gymnasieskola 2011. Sveriges Kommuner och Landsting.

Relationer med kamrater och lärare kan vara såväl risk- som skyddsfaktor för utveckling av psykiska problem.⁶⁴

Sambandet mellan risk- och friskfaktorer har studerats i internationella studier. En tysk befolkningsstudie visar att risken att ha psykisk ohälsa är beroende av balansen mellan risk och friskfaktorer. Det gäller generellt, men effekten av friskfaktorer är begränsad i gruppen med flest riskfaktorer – för denna grupp är riktade insatser därför ett nödvändigt komplement till generella.⁶⁵

Hur klarar sig Sverige i relation till andra jämförbara länder?

Psykisk hälsa

Den internationella undersökningen *Skolbarns Hälsovanor* ger en bild av hur barn och unga i Europa upplever sin hälsa och andra dimensioner av deras liv. Data i tabellen nedan kommer från mätningen 2005/2006. Man kan konstatera att likt situationen i Sverige finns en nedåtgående trend i Europa mellan åldrarna så att 15-åringar i allmänhet mår sämre än 13-åringar som i sin tur mår sämre än 11-åringar. För svenska respondenter tycks dock den åldersrelaterade trenden tydligare. Det enda mått där Sverige toppar den nordiska ligan är andelen som *ej* rapporterar god hälsa där Sverige är på plats 9 av alla europeiska länder. Genomgående finns nordiska länder, särskilt Norge och Finland, på höga placeringar, men de är inte i något fall allra högst.

Dimension	Sveriges andel/placering	Bästa land i Norden andel/plac	Bästa land totalt Andel/placering
11 år			
Andel <i>ej</i> god hälsa	10/40 9% (F), 8% (P)	Finland 8% (F), 7% (P)	Grekland 3% (F), 4% (F)
Hög tillfredsställelse med livet	5/40 92% (F), 94% (P)	Finland 4/40 94% (F), 94% (P)	Grekland 94% (F), 97% (P)
Gillar skolan mycket	16/40 48% (F), 30% (P)	Norge 10/40 51% (F), 46% (P)	Makedonien 82% (F), 72% (P)
13 år			
Andel <i>ej</i> god hälsa	9/40 14% (F), 7% (P)	Sverige 9/40	Makedonien 5% (F), 4% (P)
Hög tillfredsställelse med livet	16/40 81% (F), 91% (P)	Finland 2/40 89% (F), 95% (P)	Nederländerna 92% (F), 96% (P)
Gillar skolan mycket	20/40 22% (F), 22% (P)	Norge 3/40 49% (F), 44% (P)	Turkiet 66% (F), 50% (P)
15 år			
Andel <i>ej</i> god hälsa	14/40 19% (F), 13% (P)	Finland 10/40 15% (F), 12% (P)	Makedonien 8% (F), 4% (P)
Hög tillfredsställelse med livet	14/40 79% (F), 89% (P)	Finland 2/40 87% (F), 91% (P)	Nederländerna 86% (F), 94% (P)
Gillar skolan mycket	33/40 11% (F), 11%(P)	Island 6/40 37% (F), 29% (P)	Makedonien 52% (F), 44% (P)

Dimensioner av välbefinnande

⁶⁴ School, Learning and Mental Health. A systematic review (Kungliga Vetenskapsakademien, 2010, ss.6-8)

⁶⁵ Willge et al. (2008)

OECD har genomfört en jämförande studie mellan 30 länder av sex övergripande dimensioner av barn och ungas välbefinnande. De sex dimensionerna är materiellt välbefinnande, boende och miljö, utbildning, hälsa och säkerhet, riskbeteenden och kvalitet i skollivet. Sammantaget är Sverige det land som placerar sig bäst. Till skillnad från flera nordiska länder har Sverige inte någon dimension där man är sämre än bland de 10 bästa, se tabell nedan.

Dimension	Sveriges placering	Bästa land i Norden	Bästa land totalt
Materiellt välbefinnande	6	Norge	Norge
Boende och miljö	3	Norge	Norge
Utbildning	9	Finland	Finland
Hälsa och säkerhet	3	Island	Slovakien
Riskbeteenden	1	Sverige	Sverige
Kvalitet i skollivet	5	Island	Island
Sammantaget	4,5	Sverige	Sverige

Sveriges sämsta placering är i dimensionen utbildning. Värderingen bygger på tre dimensioner: resultat i PISA (snittet av läsning, matematik och naturvetenskap hos 15-åringar), snedvridningen mellan de bästa och sämsta 10 procenten i PISA och andelen 15-19 åringar som varken är i utbildning, på arbetsmarknaden eller i yrkesträning. Jämförelsen av PISA-resultat visar ett viktigt samband – de tre länder som har högst genomsnitt: Finland, Kanada och Korea har också minst snedvridning.

Bilaga 2

Funktioner i projektkansliet

Det centrala projektkansliet bestod initialt av en projektchef och fyra projektmedarbetare varav en administratör och en kommunikatör. Projektkansliet har med tiden utökats allteftersom behov har uppstått.

2009

Under den första delen av projektåret 2009 fanns följande tjänster i kansliet:

Tjänst, kompetens	Omfattning
Projektledare med ansvar för hälso- och sjukvårdsfrågor	0,5
Kommunikatör	0,75
Administratör	0,75

Under den andra delen av 2009 utökades kansliet med följande tjänster:

Tjänst, kompetens	Omfattning
Handläggare med ansvar för utvärdering/forskning	1,0
Handläggare med ansvar för skolfrågor	0,5
Handläggare med ansvar för socialtjänst	0,5

2010

Under 2010 såg projektkansliet ut på följande sätt:

Tjänst, kompetens	Omfattning
Projektledare + hälso- och sjukvårdsfrågor	0,5
Handläggare med ansvar för utvärdering/forskning	1,0
Teknisk projektledare, statistik	2,0
Kommunikatör	0,75
Administratör	0,75
Handläggare med ansvar för skolfrågor	0,5
Handläggare med ansvar för socialtjänst	0,5
Teknisk projektledare, skolhälsovård/primärvård	0,25

2011

Under 2011 såg kansliet ut på följande sätt:

Tjänst, kompetens	Omfattning
Projektledare + hälso- och sjukvårdsfrågor	0,5
Handläggare med ansvar för utvärdering/forskning	1,0
Teknisk projektledare, statistik	2,0
Kommunikatör	1,0
Administratör	1,0
Handläggare med ansvar för skolfrågor	0,50 (HT 2011 1,0)

Rollbeskrivning

Projektledare

Ansvar

- Genomföra projektet med resultat enligt krav- och lösningsbeskrivning samt inom ramarna för projektdirektiv och projektplan
- Säkerställa att organisationen och arbetssättet är ändamålsenliga, dokumenterade och klara
- Identifiera och införa förbättringar i arbetssättet
- Rapportera och informera om projektläget
- Föreslå avtalsändringar
- Avtala om resurser till projektet

Befogenhet

- Styra tilldelade resurser
- Vid behov ändra projektets organisation
- Initiera projektanalyser
- Förhandla med beställaren - om detta delegerats av projektägaren

Handläggare och kommunikator

Ansvar

- Producera, leverera och överlämna rätt resultat
- Planera, leda, följa upp och styra produktionsarbetet
- Säkerställa att överenskomna metoder och verktyg används
- Utveckla, förvalta och hushålla med resurserna
- Godkänna inberoenden
- Säkerställa att alla resultat har korrekt innehåll och sammansättning samt att de är återskapningsbara

Befogenhet

- Fatta beslut om resultatets funktionella egenskaper - se även referensgrupp
- Fatta beslut om tekniska lösningar - se även referensgrupp
- Nyttja och styra av projektledaren tilldelade produktionsresurser
- Organisera arbetsseminarier
- Avvisa inberoenden som avviker från överenskommet innehåll och kvalitet
- Föra in och lämna ut resultat till och från resultatbiblioteket

Administratör

Ansvar

- Sammanställa och strukturera tidplaner efter underlag från projektledning/projektmedlemmar
- Sammanställa och rapportera projektstatus avseende resultat, tidplan och kalkyl
- Sammanställa och strukturera åtgärdslistan
- Signalera avvikelser till PC/PL/DPL
- Följa upp projektets beroenden
- Upprätta och underhålla projektbiblioteket

Befogenhet

- I samråd med projekttagare och berörda föreslå och införa rutiner (inkl teknisk miljö) för:
 - planering och uppföljning
 - informationsspridning
 - hantering av risker
 - ändringshantering
- Hämta in uppgifter för att planera och följa upp projektet
- Föra in och lämna ut informationen till och från projektbibliotek

Förslag till uppdrag för en första linje funktion

Hämtat från skriften *Rätt insatser på rätt nivå för barn och ungdomar med psykisk ohälsa – en kunskapssammanställning* (Wieselgren, 2009, s. 20-21)

Identifiering

- Barn med utvecklingsavvikelse som inte växer eller uppnår färdigheter som förväntat bör identifieras så tidigt som möjligt eftersom det, vid vissa tillstånd, finns möjlighet att klart förbättra prognosen med tidiga insatser.
- En regelmässig bedömning av om några tecken på psykisk ohälsa föreligger bör ingå i det ordinarie hälsoprogrammet för barn vid kontroller under åldern 1,5 till 6 år när det gäller tecken på utvecklingsstörning, autismspektrumstörning (AST), allvarlig ADHD eller allvarligt normbrytande beteende.
- När barn eller ungdomar inte når förväntad måluppfyllelse i förskolan/skolan, skolkar, mobbar eller blir mobbade, använder alkohol eller droger, eller hamnar i kriminalitet bör det finnas rutiner för att komma i kontakt med de som mår psykiskt dåligt men inte själva söker hjälp.
- Hälso- och sjukvård bör tillsammans med socialtjänst ha rutiner för uppsökande verksamhet när barn eller ungdomar mår psykiskt dåligt, men inte söker hjälp själva.
- Vid kroppsliga symtom som huvudvärk, ont i magen och sömnsvårigheter ska det finnas kompetens att identifiera när orsaken är psykisk ohälsa.
- Det ska finnas en beredskap att känna igen situationer som kan innebära risk för att ett barn far illa. Kompetens att identifiera tecken hos ett barn som ger misstanke om att barnet far illa eller varit utsatt för trauma. Det ska också finnas kunskap och rutiner för hur man ska handla och när en anmälan till sociala myndigheter ska göras.
- Även tecken på allvarlig psykisk sjukdom som schizofreni eller bipolär sjukdom (hos tonåringar) ska kunna kännas igen, och barnet eller ungdomen ska sedan hänvisas/lötsas vidare till specialistpsykiatri.

Utredning

- Grundläggande kartläggning av problematiken och beslut om huruvida fortsatta åtgärder behövs, och i så fall var detta ska göras och av vem.
- Vid misstänkta utvecklingsavvikelse, AST, ADHD eller allvarligt utagerande beteende görs en grundläggande kartläggning med hjälp av standardiserade intervjuformulär och/eller skattningsinstrument för att avgöra stödbehov och behov av fördjupad utredning.
- Vid misstänkt depression, ångeststörning, ätstörning eller missbruk görs en grundläggande kartläggning och en klinisk bedömning om diagnos föreligger, och i så fall av svårighetsgrad samt av behov av specialistbedömning. Skattningsinstrument finns.

Insättande av behandling och stöd

- Depressioner hos tonåringar ska åtgärdas om symtomen är lindriga och svarar på behandling.
- Ångest, lindriga tillstånd, åtgärdas med hjälp av webbaserade program och i samarbete med familjen.
- Lindrig ätstörning och okomplicerade ätstörningar utan medicinska komplikationer, exempelvis matmotstånd med liten viktpåverkan, ska åtgärdas.
- Lindrig form av Tics och Tourettes syndrom (TS)
- Inlärningssvårigheter, lindriga koncentrationssvårigheter och okomplicerad ADHD kan behandlas. Eventuellt bör även medicinering med centralstimulantia eller liknande preparat kunna ske här (i varje fall uppföljning av insatt medicinering i okomplicerade perioder).

Typer av överenskommelser mellan kommun och landsting

	Ök för alla verksamheter som rör barn och ungas psykiska hälsa	Ök för vissa delar som rör barn och ungas psykiska hälsa	Ök genom vissa gemensamma verksamheter ⁶⁶	Ök mellan olika delar inom kommunen eller inom landstinget
Gävleborgs läns landsting och Hudiksvalls kommun	Ja			
Jönköping läns landsting och Eksjö och Jönköpings kommuner	De har handlingsplanen, står där att alla verksamheter 2011 ha samverkansrutiner som följs upp och "simple rules"	Svarar själva VITS= för vissa barn		
Landstinget Dalarna och Gänef och Hedemora kommuner	Gänef har Samgång och Hedemora samplaneringsmöten, Överenskommelse? Inte för första linjen			
Landstinget i Östergötland och Norrköping kommun	Nej	Ja mellan BUP och skolan		
Norrbottnens läns landsting och Haparanda, Kalix, Övertorneå och Övertorneå kommuner	Ja i Norrbus, modell för nätverksmöte. För första linjen finns för vissa delar			
Region Skåne och Helsingborgs kommun	Nej	Ja	Ja familjecentral och Blå kamelen som arbetar för lättare psykisk ohälsa för ungdomar	Ja
Region Skåne och Simrishamns kommuner			Ja Ungdomsmottagning	Ja
Stockholms läns och Farsta stadsdel	Nej			?
Stockholms läns landsting och Sollentuna kommun	Nej. Bus är på gång igen är nu ute på remiss		Ja Ungdomsmottagning, barnhus och beroendemottagning	?
Uppsala läns landsting och Enköping och Häbo kommuner	Har en struktur med en övergripande och sedan handlingsplaner som ska skrivas och godkännas av styrgruppen, oklart vilka handlingsplaner som nu finns	Ja tex VITS och ELIS	Ja exempelvis Ungdomens hus	Ja
Värmland läns landsting och Hagfors kommun	Nej	?	Ja för ungdomsmottagning och familjecentral, för visit är på gång	?
Västerbotten läns landsting och Umeå och Vilhelmina kommuner	Nej inte för Vilhelmina	Ja mellan tex BUP och elevhälsan		
Västra Götalands läns landsting och Angered (Göteborg)	Ja genom Västbus och Nosam (har Nosam en skriftlig överenskommelse?)			
Västra Götalands läns landsting och Vänersborgs kommun	Ja genom Västbus			

⁶⁶ Till exempel verksamheter såsom Familjecentral eller Ungdomsmottagning. Slutredovisning av Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga

Fjorton redogörelser för hur man löst första linjen

En viktig del i Modellområdesprojektet har varit att undersöka hur kommuner och landsting löser utmaningen att erbjuda tidiga och lättillgängliga insatser vid psykisk ohälsa eller vid problem eller tillstånd som kan innebära risk för att utveckla psykisk ohälsa.

De fjorton modellområdena har lämnat in redogörelser för hur långt man kommit med att utforma första linjen för barns och ungas psykiska ohälsa. De har utgått från en mall med ett antal frågor att besvara. Utgångspunkten för dessa frågor har varit *vilken/vilka verksamheter* som möter barn, ungdomar och familjer som behöver hjälp och *vad* man gör för dem. Områdena har besvarat frågor om samverkansavtal, beslut och lokala regelverk som styr ansvarsfördelning och har bedömt hur väl dessa fungerar. Eftersom det är centralt för förstalinjeinsatser att vara lättillgängliga och finnas nära barn och familjer så är lättillgänglig information om var man kan få hjälp av största vikt. Därför har en särskild kartläggning gjorts gällande hur områdena ser till att barn och unga enkelt kan hitta rätt information om sina problem och var de ska vända sig för hjälp. De olika områdenas redogörelser finns bifogade på [projekthemsidan](#).

En av de tydligaste erfarenheterna från projektet är att även om det finns en gemensam önskan om en tydlig första linje som gör det lätt för barn, ungdomar och familjer att hitta vård och stöd i ett tidigt skede har det varit svårt att i praktiken hitta bra former för detta. Elevhälsans uppdrag i nya skollagen liksom införandet av vårdval i primärvården är några hinder som försenat och försvårat processerna. I början av projektet var primärvårdens roll oklar i de flesta områdena men under de gångna åren (2009-2011) har allt fler områden i olika överenskommelser och dokument kring vårdvalet slagit fast att primärvården har ett tydligt uppdrag att ge insatser för hälsoproblem som inte kräver specialistvård även avseende barns och ungas psykiska hälsa. I flera områden pågår resursförstärkningar och kompetensutveckling medan man på andra håll inte nått längden än till att uppmärksamma bristerna.

Nedan följer en kort sammanfattning av områdenas olika lösningar och ett försök att analysera vilken typmodell som beskrivningarna kan hänföras till. Typmodellerna finns utförligare beskrivna på ss. 41).

Modellområde Gagnef – Hedemora och landstinget Dalarna

Det pågår en utredning i landstinget Dalarna angående ansvarsfördelning; övergripande ansvar, organisation och resursfördelning inom primärvård och BUP. Utredningen ska utmynna i ett dokument som ska vara vägledande och förtydliga primärvårdens ansvar för förstalinjeinsatser för barn och ungas psykiska ohälsa (Modellområdesprojektet har aktivt bidragit till framtagande av underlag). Barn och ungas psykiska ohälsa är inte ett uppdrag inom hälsovalet men kan komma att bli det utifrån utredningen.

Landstinget Dalarnas hemsida hänvisar i första hand till vårdcentralen, för barn föreslås också BVC.

Gagnef

Här finns en familjecentral, *Familjens Hus*, som har hela Gagnef som upptagningsområde. Familjecentralen är redan idag en integrerad verksamhet men planen är att den ska utvecklas ytterligare. En ny byggnad planeras där alla verksamheter ryms och där förstalinjemottagningen ska finnas. För vuxna finns ett psykiatriskt öppenvårdsteam på vårdcentralen (den så kallade Gagnef-modellen). För barn och ungdomar planeras en verksamhet till vilken även kommunen bidrar. Specialistinsatser från BUP och Habilitering ges inte i den lokala verksamheten utan remitteras till Borlänge.

Modell: Integrerad

SamGung är en samverkansgrupp mellan förskola, skola, elevhälsa socialtjänst, HAB och BUP som träffas regelbundet. Det finns muntliga överenskommelser om samverkan men de har sällan dokumenterats i skrift. PrimBUP-dokumentet är ett arbete med avgränsning mellan Första linje och Specialistnivå; här återstår dock ett politiskt beslut. Dokumentet slår fast att primärvården har ansvar för lättare till medelsvår psykisk ohälsa.

Kommunen har en tydlig hemsida där det enkelt går att finna kontaktinformation till Familjens hus och till Ungdomsmottagningen. Innehållet där är lättläst och det finns information utöver kontaktuppgifter.

Hedemora

Hittills har landsting och kommun fastställt vikten av en första linje och att BVC, elevhälsa, primärvård och socialtjänst samt familjecentralen är troliga beståndsdelar i arbetet på denna nivå. Det finns ett förslag där primärvården har ett tydligt uppdrag, men idag saknas resurser och kompetens för att den ska kunna axla det ansvaret fullt ut. För att se till att inget barn blir utan de insatser som behövs har "Samplaneringsmöten" införts, en modell som innebär möjlighet att snabbt kalla till möte när insatser från flera instanser behövs eller när det är oklart vem som har ansvar.

Modell: Vägvisare

Kommunens hemsida ger kontaktinformation om Socialtjänstens stödteam och om Ungdomsmottagningen.

Hudiksvall/Landstinget Gävleborg

Barn- och ungdomshälsovården är primärvårdens verksamhetsområde för barn och unga. Primärvården har resurser för att vara första linje vid psykisk ohälsa; det är ett tilläggsuppdrag och ingår inte i Vårdvalet i nuläget. Barn- och familjehälsan är en psykosocial verksamhet inom primärvården som genom tidiga insatser erbjuder stöd till blivande föräldrar, barn i åldersgruppen 0-12 år och deras familjer. Ungdomshälsan erbjuder insatser för ungdomar 13-23 år och finns för hela området. Familjecentral finns för delar av området och utbyggnad är planerad som kommer medföra att centralen servar hela Hudiksvall.

Modell: Primärvårdsbaserad

Det finns väl utvecklade överenskommelser och rutiner för samverkan inom Hudiksvalls kommun och mellan kommun och landsting. Det dokument som upprättats (av alla berörda chefer i kommun och landsting med beslut av Ledningsgruppen) är tydligt och innehåller bilagor med konkreta rutiner för olika områden. Innehållet förtydligar verksamheternas ansvar och arbetssätt, bland annat gränssnittet mellan BUP och Primärvården, rutiner vid olika händelser och samverkan kring enskilda barn. Stort arbete har lagts ned på att förankra rutinerna i verkligheten och att hitta en gemensam tolkning av överenskommelserna. Dokumentet bygger på ett styrdokument mellan landstinget och kommunerna i Gävleborg om gemensamma utgångspunkter för arbetet med barn och ungdomar.

Därutöver finns rutiner mellan elevhälsa och hälso- och sjukvård som hanterar rutiner för remittering mm. Kommunen erbjuder friskolorna att köpa elevhälsa till självkostnadspris. Ett centralt placerat pedagogiskt resurscentrum finns för extra stöd för lärande. I kommunen finns ett barn och ungdomsombud som bland annat arbetar med rutiner för samordning/samverkan kring enskilda barn.

Det finns information på både landstingets och kommunens hemsida som tydligt informerar om Ungdomsmottagningarna. På landstingets hemsida finns info om vart man ska vända sig om ens barn mår dåligt. Tydligt med egen flik och lite mer information än bara kontaktinfo.

Modellområde Jönköping- Eksjö och Jönköpings läns landsting

Primärvårdens uppdrag och rutiner för remittering sammanställs i det FAKTA-dokument som är under framtagande. FAKTA-dokumentet som tydliggör ansvarsfördelning måste alla följa och det kommer även att omfatta privata aktörer inom förskola, skola och sjukvård. Barnhälsovården, kvinnohälsovården, familjecentralerna och ungdomsmottagningarna ingår inte i vårdval i Jönköping. Det finns en del information under rubrik "ung" på Jönköpings läns landsting. Kommunerna beskriver sina verksamheter på respektive hemsida. Utvecklad information om familjestödsverksamheter kan återfinnas på respektive kommuns hemsida.

Jönköping

En ny verksamhet är under uppbyggnad. Den ska ge förstalinjesinsatser vid psykisk ohälsa och den organiseras gemensamt mellan landsting och kommun. Familjecentraler finns för åldern 0-5 år och täcker cirka 80 procent av barnen. Ungdomsmottagningarna täcker hela området och vänder sig till barn och ungdomar i åldrarna 13-25 år med stöd vid lindrig psykisk ohälsa.

Modell: Integrerad

Tydliga samverkansavtal finns mellan kommun och landsting. Fler dokument är under utarbetande och politiska beslut om utveckling av en tydlig första linje finns. En gemensam ledningsfunktion finns mellan kommun och landsting. SBU, Samverkansorgan för barn och ungdomar (politiker och tjänstemän), är en gemensam ledningsfunktion mellan kommun och landsting. Elevhälsan är decentraliserad och varje huvudman sköter sin elevhälsa. Det finns flera friskolor.

Eksjö

I dagsläget finns ingen tydlig första linje utan vårdcentral, BVC, elevhälsa, socialtjänst och BUP försöker tillsammans hitta former för att alla barn och ungdomar ska få rätt hjälp. Det pågår ett arbete för att ta fram förslag på en enhet för första linjens insatser till barn och unga med psykisk ohälsa för samtliga Höglandskommuner där Eksjö ingår. Teamsamverkan finns kring blivande och nyblivna föräldrar i behov av särskilt stöd. I Eksjö finns en väl utvecklad samlad elevhälsa och som också säljer tjänster till friskolan.

Modell: Vägvisare

För ungdomar finns en speciell webbplats, www.ung036. På webbsidan finns en flik som heter "Hjälp mig", där information om vart man ska vända sig om man mår dåligt finns.

Östra Norrbotten och Norrbottens läns landsting

Här finns sedan 2008 en Norrbus-överenskommelse. Där beskrivs modellen för första linjen enligt principen "flera ingångar med tydliga uppdrag för aktörerna". Primärvården har ett förtydligt uppdrag och har resurser och kompetens. Även elevhälsa och socialtjänst har väldefinierade uppdrag. Modellen är kompletterad med tydliggörande av rutiner och metoder. Rutiner för samverkan och förankring av dessa hos alla i verksamheten är en viktig del i arbetet. I arbetet med att stödja samverkan har gemensamma rutiner för all personal konkretiserats med ett "grönt kort" där samverkansrutiner finns nedskrivna som en enkel checklista. På landstingets hemsida hänvisas till vårdcentralen under rubriken psykisk ohälsa oavsett ålder.

Haparanda, Kalix, Överkalix och Övertorneå

Elevhälsan har ett tydligt uppdrag som omfattar viss utredning och behandling. Överenskommelser med friskolorna finns i varje kommun. Familjecentraler och Ungdomsmottagningar finns i Kalix och Haparanda som täcker hela området. I Kalix och Haparanda finns Familjens hus där primärvård, socialförvaltning och socialtjänst finns. På kommunernas hemsida finns information om Familjens hus och Ungdomsmottagning (Haparanda och Kalix)

Modell: Vägvisare

Helsingborg, Ystad-Simrishamn och Region Skåne

För barn och ungdomar med ett indikerat problem har primärvården ett tydligt uppdrag. De ackrediterade vårdenheterna inom hälsoval Skåne har ansvar för förstalinjesinsatserna för barn 0-18 år och det gäller både privata och offentliga vårdgivare. En tidigare uppföljning har visat att uppdraget inte följs till fullo varför ett projekt nu pågår för att tydliggöra uppdraget, åstadkomma en bättre gränsdragning mellan specialistverksamhet och första linje och ge kompetensutveckling till primärvården.

Helsingborg

I Helsingborg (och Landskrona) arbetar flera förvaltningar gemensamt för att ge barn och ungdomar i riskgrupper bättre förutsättningar för utbildning och hälsa. Detta sker inom samverkansformen PARt, Preventivt Arbeta Tillsammans. Här finns alltså ett välutvecklat hälsofrämjande samverkansarbete mellan skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Det finns också familjecentraler och några integrerade verksamheter, Föräldrastödet 0-6 år och Blå kamelen 13-20 år som sker i samarbete mellan Helsingborgs kommun och region Skåne.

Modell: Primärvårdsbaserad modell

Ystad-Simrishamn

Övergripande konsultteam är ett samverkansforum i sydöstra Skåne som ska verka för samordning och koordinering av huvudmännens resurser. Därigenom ska barnet och familjen uppleva en helhet av insatserna. I dessa team ingår BUP, HAB, Socialtjänst, skola, elevhälsa, LSS och BHV. Ungdomsmottagningar finns som täcker hela området. Familjecentraler saknas.

Modellområde Farsta och Stockholms Läns landsting

Förstalinjesinsatser till barn och unga ingår i vårdvalet och primärvården har ett ansvar. BUP har av tradition ansvarat även för förstalinjesinsatser och en stor del sker fortfarande där när det gäller skolbarn. Primärvården har ansvar för barn och ungas psykiska hälsa men har inte resurser och kompetens för att i praktiken kunna motsvara behoven.

På www.bup.nu finns information och möjlighet att maila in frågor om psykisk ohälsa. På vårdguiden finns också information.

Modell: Primärvårdsbaserad modell

Farsta

I Farsta stadsdel finns en stor socialtjänst med många olika insatser för barn och ungdomar. Det finns Familjeteam, Ungdomsmottagning, olika stödgrupper med mera. BUP har som nämnts ovan fortfarande en stor del av förstalinjesansvaret för skolbarn. Samverkansformer finns framför allt mellan skola och socialtjänst men även med BUP och mödra- och barnhälsovården.

För Farsta finns en egen hemsida (Föräldraguiden) där barn, ungdomar och deras familjer kan hitta frågor och svar om vart man kan vända sig med olika problem.

Sollentuna

Familjecentral finns som täcker delar av Sollentuna. Ungdomsmottagningar finns och täcker hela området. Olika samverkansformer utvecklas för att samordna insatserna och ett samverkanssteam med elevhälsans personal inklusive skolpsykolog, skol- och familjeteamet, ungdomsmottagningen samt psykolog från primärvården har upprättats för delar av kommunen. Långtgående planer finns på att flytta en av Familjecentralerna till större lokal där den kan samlokaliseras med skol- och familjeteamet och teamet för skolstöd. Detta skulle kunna bli en grund för en integrerad verksamhet.

Modell: Vägvisare

Modellområde Enköping – Häbo och Uppsala läns landsting

Överenskommelse finns mellan Uppsala läns landsting och kommunerna i landstinget. I Uppsala län finns en välutvecklad samverkansmodell, VITS, för barn med neuropsykiatriska tillstånd. Det finns en rådgivningstelefon öppen dygnet runt som drivs av BUP och hemsida med självhjälp.

Enköping – Häbo

Förstalinjesinsatserna ges av Familjecentrum (MVC, BVC, Förskola och socialtjänst) för förskolebarn samt primärvård, ungdomsmottagning och elevhälsa för skolbarn. Det finns Ungdomshälsa i båda orterna och en psykolog för barn och unga placerad på vårdcentral i Enköping. Fler psykologer för barn och unga på vårdcentralerna planeras.

Modell: Primärvårdsbaserad⁶⁷

Modellområde Hagfors och landstinget Värmland

Hagfors

Utifrån projektet har den gemensamma verksamheten VISIT, en öppenvårdsmottagning med uppdrag att ge förstalinjesinsatser till barn 0-25 år, utvecklats och startats. I VISIT ingår primärvård, skola och socialtjänst. Verksamheten har startat under 2011 och bedrivs initialt som ett projekt under 3 år. Ambitiösa planer finns för utvärdering med hjälp av Karlstad Universitet.

Det finns en Familjecentral som täcker alla barn i området och en Ungdomsmottagning för alla. Specialistinsatser från BUP och Habilitering finns i Karlstad.

Modell: Integrerad

Hagfors kommun har en informativ hemsida där det är lätt att hitta information om man behöver hjälp. Även på landstingets hemsida går det lätt att hitta fram till de enheter som ger insatser vid psykisk ohälsa.

Modellområde Västerbotten – Umeå, Vilhelmina och Västerbottens läns landsting

Primärvården ansvarar för första linjens insatser vid psykisk ohälsa (Hälsoval Västerbotten 2011 – uppdrag och regler). Resurser finns avsatta och kompetensutveckling pågår. Det finns överenskommelser om avgränsning mellan förstalinjen och specialistnivån men de fungerar inte alltid fullt ut i praktiken. Samverkansavtal landsting kommun finns och fungerar.

Umeå

I Umeå finns två Familjecentraler som har ansvar 0-16 år, tre har enbart åldersgruppen 0-6 år och därutöver finns familjecentralsliknande verksamhet Totalt täcks nästan 2/3 av

⁶⁷ Modellområdet uppger själva att de har en vägvisarmodell.

barnbefolkningen av familjecentraler. Ungdomshälsan 13-22 år omfattar hela Umeå och kranskommunerna. Primärvården har ansvar för förstalinjens insatser vid psykisk ohälsa och det finns med i Hälsoval Västerbotten. Ett arbete pågår med att implementera förstalinjesuppdraget och att hitta de praktiska gränserna mot specialistnivån och kompetensutveckling. Ny samverkansöverenskommelse finns mellan verksamheter i kommun och landsting och denna ska utvärderas 2012.

Modell: Primärvårdsbaserad

I Umeå har tvärprofessionella team knutna till kommunens Elevhälsoområden prövats inom ramen för Modellområdesprojektets samverkansstudie. Diskussioner förs om att utveckla detta för kommunens samtliga nio elevhälsoområden. Om modellen kommer till stånd skulle modellen kunna ses som en Integrerad modell eller en Elevhälsobaserad modell.

Vilhelmina

De hälso- och sjukvårdsinsatser som finns här utgår från sjukstugan som är bemannad dygnet runt med läkare och sjuksköterska. Varken Familjecentral eller Ungdomsmottagning finns i Vilhelmina. Elevhälsan spelar stor roll och stöder tills annan verksamhet tar över. Elevhälsan genomförs med ett decentraliserat ansvar där samarbete förekommer men inga resurser delas med friskolan.

Modell: Primärvårdsbaserad

Modellområde Angered – Vänersborg och Västra Götalands regionen

Mellan kommunsidan Vänersborg och Angered (tidigare Gunnared och Lärjedalen) och landstingssidan Västra Götalandsregionen finns sedan många år ett välutvecklat samverkansavtal Västbus kring barn med sammansatt eller komplicerad problematik. Det finns också beslutade riktlinjer som anger ansvarsfördelning mellan första linje och specialistnivå för hela VG-regionen. Primärvårdens uppdrag har varit otydligt men från och med 2012 har primärvården ett tydligt uppdrag för lindrig psykisk ohälsa hos barn som regleras i Krav och kvalitetshandboken⁶⁸

Angered

De två stadsdelarna Gunnared och Lärjedalen har under projekttiden slagits samman till en stadsdel, Angered. Angereds närsjukhus har varit under uppbyggnad. Man är nu framme vid att konkret bygga en struktur för första linjen. Tanken är att Familjecentralerna utvecklas så att de blir en tydlig väg in för barn 0-12 år och att Ungdomsmottagningarna utvidgas till ett s.k. Connection Centre där även föräldrastöd ska erbjudas. Primärvården bidrar med sin del medan Angereds närsjukhus bidrar med konsultationer och handledning till första linjen.

Modell: Siktat mot integrerad modell

Vänersborg

I Vänersborg finns en gemensam syn på att mödra- och barnhälsovård, elevhälsa, primärvård och Familjecentraler täcker alla barn och unga i kommunen i all service (med undantag av hälsoinsatser) och Ungdomsmottagningar täcker hela kommunen. De har båda förstalinjesansvar och ansvarsgränserna är förtydligade. I nuläget har man valt

⁶⁸ Uppdraget beskrivet i Krav och Kvalitetshandboken ser ut på följande sätt: "Vårdenhetens åtagande gäller barn, ungdomar och vuxna med psykisk ohälsa, sjukdom och funktionshinder som inte behöver vuxenpsykiatrisk eller barn- och ungdomspsykiatrisk specialistkompetens. I uppdraget ingår exempelvis lätta till medelsvåra depressioner, ångestsyndrom, dissociativa syndrom, somatoforma störningar, beroendesjukdomar samt lättare till medelsvåra barn- och ungdomspsykiatriska tillstånd. Vårdenheten ska samverka med kommunen kring barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik och följa gemensamma riktlinjer upprättade mellan kommuner och Västra Götalandsregionen"

att förtydliga alla enheters uppdrag. Fristående skolor har ett eget elevhälsouppdrag men kan konsultera socialtjänst och BUP i enlighet med VÄSTBUS riktlinjer.

Modell: Vägvisare⁶⁹

Modellområde Norrköping och Östergötlands läns landsting

För hela Landstinget Östergötland och alla kommuner finns en överenskommelse om ett arbete som kallas "Barnuppdraget". Under 2012 ska uppdraget fokusera på att kartlägga och identifiera utvecklingsområden för "första linjen" för barn och unga mellan 0-25 år, med särskilt fokus på psykisk ohälsa hos barn mellan 6-13 år samt kartlägga metoder och rutiner för samverkan mellan olika aktörer i syfte att identifiera skolfrånvaro.

Norrköping

Alla aktörer i första linjen har synliggjorts och behov av utvecklingsarbete har identifierats. En tydlig första linje ska utvecklas där redan existerande parter förstärks med en barnhälsa för barn 6-13 år. Familjecentraler finns, men inte för hela kommunen, Ungdomsmottagning drivs gemensamt mellan kommun och landsting. I vårdvalet och i Uppdrag Närsjukvård för 2012 har primärvårdens uppdrag förtydligats men redan tidigare fanns uppdrag till primärvården. Norrköping har ännu inte en utvecklad modell enligt någon av våra typmodeller. Nuvarande situation lutar mot en primärvårdsmodell med en tydlig funktion i Närsjukvården.

Modell: Siktat mot en primärvårdsbaserad modell

Samverkansformer är mer utvecklade mellan olika kommunala verksamheter än mellan dem och landstinget, men i den omstrukturerade samverkansorganisationen och den modell för samverkan som kallas "Vasen" är både kommun och landsting med på både politisk och tjänstemannanivå. Svårt att hitta information på nätet vart man ska vända sig som barn eller ungdom med psykisk ohälsa.

Slutsatser

Första linjen

Man kan konstatera att projektets utgångspunkt, att de lokala förutsättningarna spelar stor roll för hur en första linje för psykisk ohälsa ska utformas, kvarstår och snarast har förstärkts av projektets erfarenheter. Olika modeller har utvecklats i områdena. Samtidigt kan de lokala modellerna ses som varianter på ett mindre antal teman. Samordnade verksamheter kan vara fördelaktiga då problembilden ofta är diffus och påverkar och påverkas av olika arenor såsom familj, skola och fritid.

Trots olikheterna har ett antal generella utmaningar och möjligheter kunnat identifieras. En viktig utmaning handlar om att klargöra primärvårdens uppdrag i förhållande till barn och ungas psykiska hälsa. En annan utmaning handlar om brist på vissa personalkategorier. Det är ett problem som redan syns vad gäller t.ex. barnpsykiatriker och psykologer, men problemen kan antas bli än större med stora kommande pensionsavgångar. Samsyn på politisk nivå om ansvarsfördelning och vikten av samverkan är en förutsättning för alla modeller och de måste byggas utifrån tydliga uppdrag till verksamheterna som sammantaget bildar en fungerande helhet. Konsekvensanalyser ur ett barnperspektiv och med dimensionen psykisk hälsa medtagen, skulle behöva göras i mycket större utsträckning för att identifiera hela systemens funktionssätt där första linjen utvecklas i samklang med en utvecklad basnivå och specialiserade insatser.

⁶⁹ I Vänersborg finns ännu inte någon gemensam verksamhet för barn och unga med en dörr in i systemet men en vision om detta finns.

Samverkan

Det är ofta svårt att identifiera ansvarsfördelning och luckor finns för vissa åldersgrupper. Inom kommuner och landsting (och inte minst stat) finns ett starkt och sedan lång tid inarbetat stuprörstänkande både inom och mellan huvudmän. Samordningen fallerar både på politisk- och tjänstemannanivå och det är svårt att hitta funktionella och lättöverskådliga beslutsvägar. Detta leder till att det är svårt att utkräva ansvar när en fråga eller beslut "hamnar mellan stolarna". En grund till samordningssvårigheterna är att de aktuella styrsystemen och finansieringsmodellerna inte stödjer ett långsiktigt helhetsgrepp utan styrs av kortsiktiga budgetar och en strävan efter vinster mellan budgetår. Vinster som ofta medför ökade totala kostnader och troligen även onödigt lidande på sikt.

Information

Lättillgänglig information om var man kan få hjälp är av största vikt. I många områden betonas att verksamheterna i kommun och landsting ska veta vart de ska hänvisa barn och unga. Samtidigt vet vi att barn och unga är vana vid att använda Internet och att ett av de första ställen de sannolikt letar på är webben. Det är generellt sett svårt att hitta uppgifter på webben om vem som tar emot barn och ungdomar med psykisk ohälsa om man inte vet var man ska börja. Inga kommuner eller landsting har en annons eller hänvisning på sin förstasida. I en del områden kommer man rätt om man söker men det kan vara svårt att hitta rätt sökord. Många hänvisar till 1177 men där finns mycket sparsamt med råd till barn och ungdomar om psykisk ohälsa. En slutsats utifrån detta är att det skulle behövas en kraftfull gemensam satsning på information både på nationell nivå och lokalt.

Utredningar till vilka projektkansliet har bidragit under projektiden

- Psykiatrilagsutredningen (S 2008:09) [Ing-Marie Wieselgren]
- Se, tolka och agera - om rätten till en likvärdig utbildning (SOU 2010:95) [Daniel Berr, Ing-Marie Wieselgren]
- Högskoleverkets utredning av psykoterapeututbildningen (U2009/2204/UH m.fl.) [Ing-Marie Wieselgren]
- Missbruksutredningen (SOU 2011:35) [Ing-Marie Wieselgren]
- Statens vård- och omsorgsutredning (S 2011:01) [Ing-Marie Wieselgren]

Slutredovisning

Modellområdesprojektet – Psykisk hälsa, barn och unga

De flesta barn och unga i Sverige mår bra, men de som inte gör det ska få hjälp på rätt nivå och i rätt tid. Modellområdesprojektet har haft till uppgift att synkronisera insatser för barn och ungdomars psykiska hälsa runt om i landet under tre år (2009-2011). Projektet har tagit fram metoder för arbetet och samverkan. Det krävs en helhetssyn på barnets situation och att hela samhällets samverkar för att barn ska få den allra bästa hjälpen som finns att tillgå.

Upplysningar om innehållet
ing-marie.wieselgren@skl.se
lotta.jernstrom@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2011
Foto: Thomas Henriksson

Beställ eller ladda ned på www.skl.se/psynk eller på telefon 08-452 76 68.