

Nulägesbeskrivning

Steg 1

Regional utvecklingsplan för Barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götaland

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Inledning	3
Nulägesbeskrivning	3
Psykisk hälsa bland barn och ungdom	4
Det psykiska hälsoläget bland barn och ungdomar i VGR	8
Barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götalandsregionen	12
Prioritering, kvalitetsutveckling och resultatuppföljning	20
Samverkan mellan BUP och vårdgrannar	22
Referenser	26

Bilaga: Prioriteringsriktlinjer för depression

Inledning

Den ökade psykiska ohälsan har under senare år uppmärksammats och föranledde ett politiskt uppdrag i Västra Götalandsregionen att ta fram en "Regional utvecklingsplan för psykiatri". Uppdraget begränsade sig till den vuxna befolkningen och gruppen "unga vuxna" 16–25 år. Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutade därför att även initiera en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götalandsregionen. God tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri oavsett var man bor i Västra Götalandsregionen pekas ut som en övergripande målsättning. Enligt uppdragshandlingen ska en lägesbeskrivning av, dels det psykiska hälsoläget bland barn- och ungdomar, dels av den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten tas fram. Utveckling av vård- och behandlingsmetoder, kvalitetssäkring, prioritering och samverkan är andra viktiga frågor i arbetet med en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götalandsregionen.

Arbetet med utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri kommer att utgå från de grundläggande principerna för förändringsarbetet i **Hälso- och sjukvårdens Utvecklingsstrategi**

- Använda de samlade resurserna så effektivt som möjligt
- Utveckla och stärka närsjukvård och primärvård
- Öka tillgängligheten till vård på dagtid
- Öka andelen planerbar vård
- Skapa effektivare enheter för planerad vård
- Jourverksamhet på tider då det är få patienter avvecklas
- Stärka samverkan mellan vårdgivare

Nulägesbeskrivning

Nulägesbeskrivningen innehåller följande 5 delar

- Kunskapsöversikt över barn och ungdomars psykiska hälsa hämtat ur utredningar och rapporter
- Beskrivning av det psykiska hälsoläget bland barn- och ungdom i VGR med data hämtade ur vårddatabasen VEGA, Nationella självmordsregistret och Apoteket AB försäljningsstatistik
- Beskrivning av den Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i VGR med data hämtade ur VEGA och enkätuppgifter från BUP-verksamheterna
- Beskrivning av aktuellt kvalitetsarbete
- Beskrivning av aktuell samverkan kring barn- och ungdomar med psykiska problem

Psykisk hälsa bland barn och ungdom

Begreppen psykisk ohälsa, psykisk störning och psykiskt funktionshinder

Psykisk ohälsa är en upplevelse av och/eller brist på tillräckligt god egen funktion och förmåga att möta livets utmaningar och knuten till intellektuell förmåga, känsloliv, minne osv. Psykisk ohälsa utgår från hur barnet själv upplever sin situation och mäts vanligtvis med hjälp av självskattade psykiska frågeformulär. Frågorna tar fasta på både psykiskt välbefinnande och psykisk ohälsa. Detta kombineras ofta med frågor om olika psykosomatiska besvär, som ont i magen, huvudvärk eller sömnproblem, symtom som ofta är en följd av psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa kan, men behöver inte vara hänförlig till begreppet psykisk störning.

Psykisk störning eller psykiatriskt tillstånd är en beskrivning på sådan psykisk ohälsa som på grund av symtom eller nedsatt psykosocial funktionsförmåga kan kännas igen av professionellt utbildade och som kan betecknas som ett psykiatriskt syndrom, beteendestörning eller personlighetsstörning. De ska enligt Socialstyrelsens anvisningar klassificeras enligt WHO:s diagnosmanual ICD-10.

Psykiskt funktionshinder är en långvarig, medfödd eller genom sjukdom/skada förvärvad nedsättning av psykiska funktioner som kan vara förenad med upplevd psykisk ohälsa. Detta synsätt flyttar delvis fokus från individen till hur omgivningens krav och miljön försvårar eller underlättar barnets utveckling och dagliga liv.

Psykiska symtom, ålder, kön och utvecklingsnivå

Psykiska symtom växlar beroende på ålder, kön och utvecklingsnivå. Psykiska tillstånd hos barn- och ungdomar brukar därför delas in i tre övergripande grupper:

- utåtriktade psykiska symtom (främst hyperaktivitets- och koncentrationsproblem och utagerande beteende)
- inåtvända psykiska symtom (främst depression, ångest och tvångssyndrom)
- inlärningssvårigheter och psykisk utvecklingsstörning

Utåtriktade psykiska symtom är vanligast hos pojkar och stör som regel omgivningen mer än individen själv. Omgivningens reaktioner och avståndstagande samt personliga misslyckanden medför en risk att utveckla ångest och depressiva symtom, som i sin tur ökar det utagerande beteendet och risken att utveckla ett självdestruktivt och samhällsfarligt leverne.

Inåtvända psykiska symtom är vanligare bland flickor och innebär i första hand ett lidande för den drabbade individen. En oförstående eller passiv omgivning som inte uppmärksammar problemen förlänger lidandet och depressiva symtom som kan förvärras övergå i ett avsiktligt självskadande beteende eller i utvecklingen av självmordsnära beteende.

Inlärningssvårigheter och psykisk utvecklingsstörning är inte kopplade till någon speciell typ av psykiska problem, utan en typ av psykiskt funktionshinder som ger en allmänt ökad psykisk sårbarhet för att utveckla både utåtriktade och inåtvända symtom.

Hur vanligt är psykisk ohälsa bland barn och ungdomar

Alla barn går igenom normala utvecklingskriser och upplever händelser som orsakar obehag och psykisk smärta under sin uppväxt. I vilken mån detta leder till att barnet utvecklar varaktiga psykiska problem och behöver särskilt stöd beror dels på barnets individuella egenskaper, dels på vilka skydds- och riskfaktorer som finns i barnets miljö (Det gäller livet, 1998).

Svenska studier visar att ungefär 5-25 procent av alla barn har psykiska problem som kan beskrivas som problem antingen för barnet eller för omgivningen. Den stora variationen beror på att man i olika studier undersökt olika åldrar och använt olika metoder. Det största problemet ligger dock i svårigheten att definiera var gränsen för psykisk ohälsa går. Andelen barn och ungdomar som någon gång under sin uppväxt har kontakt med barn- och ungdomspsykiatri uppskattas till omkring 15 procent. En del i denna grupp kan ges en psykiatrisk diagnos. Andra har mer diffusa psykiska besvär, exempelvis på grund av familjerelationsproblem eller kulturella anpassningssvårigheter.

Epidemiologiska data

Systematiskt insamlade epidemiologiska data saknas vilket gör det svårt att uttala sig med säkerhet om det psykiska hälsoläget bland barn och ungdom över tid (Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa, Socialstyrelsen, 2004)

En mätning av elevers psykiska hälsa med självskattningsformulär finns redovisad i Göteborgspiloten, en arbetsrapport som gjorts på uppdrag av socialstyrelsen åren 2003–2004. Målgruppen var samtliga elever i årskurs 8 i Göteborg. Göteborgspiloten mätte hur många av eleverna som upplevde sig ha inåtvända respektive utåtvända psykiska besvär. Betydligt fler flickor (12 %) än pojkar (3 %) upplevde sig ha inåtvända besvär. Beträffande utagerande beteende var skillnaden mellan flickor (9 %) och pojkar (12 %) mindre. Dubbelt så många flickor (18 %) som pojkar (9 %) upplevde att de psykiska problemen påverkade vardagen.

Den förhållandevis lilla skillnaden mellan könen i utagerande beteende kan bero på att pojkarna underskattade sina beteendeproblem eftersom de är mest störande för omgivningen och pojkar i allmänhet är mer utagerande än flickor. Att flickor var mer störda av sina psykiska besvär beror troligen på att fler flickor hade inåtvända problem som i första hand innebär ett lidande för individen själv.

Andelen 16–19-åringar som uppger att de känner ångslan, oro eller ångest ökade från 5 till 12 procent mellan åren 1989 till 1999. Andelen ungdomar med långvariga psykiska besvär ökade också (Ofärd i välfärden, 2001; Välfärdsbokslut för 1990-talet, 2001).

Brist på statistik gör det svårare att bedöma hur de yngre barnens psykiska hälsa har utvecklats. Enligt Barnpsykiatrikommittén förekommer psykiska problem och störningar hos minst 5 till 10 procent av alla barn och ungdomar vid en viss tidpunkt, även om mycket strikta och snäva definitioner används (Det gäller livet, 1998).

Psykosomatiska och stressrelaterade symtom är vanliga hos barn och ungdomar. Enligt en levnadsnivåundersökning år 2000 för barn i åldrarna 10–18 år upplever mellan vart sjätte och vart fjärde barn ett lågt psykiskt välbefinnande, beroende på vilken indikator som används. Vart fjärde barn har huvudvärk, vart femte magont och vart tredje sömnsvårigheter minst en

gång i veckan. Över 40 procent känner sig stressade minst en gång i veckan och drygt 20 procent flera gånger i veckan. Lågt välbefinnande och psykosomatiska problem är vanligare bland flickor än bland pojkar och också vanligare bland äldre barn (Barns och ungdomars välfärd, 2001).

Risk och skyddsfaktorer för psykisk hälsa

Barns och ungdomars psykiska hälsa påverkas av såväl individuella egenskaper som av faktorer i uppväxtmiljön. De flesta studier av barns psykiska hälsa visar samband mellan psykisk ohälsa och olika riskfaktorer hos barnet, i familjen och i omgivningen. Omvänt har forskningen visat på faktorer som har en skyddande effekt mot psykisk ohälsa. Ju fler riskfaktorer och brist på skyddande faktorer desto större risk att barnet utvecklar psykisk ohälsa.

På *individnivå* är skyddande faktorer intelligens och kreativitet, god förmåga att skapa sociala relationer samt förmåga till empati. Vidare tycks gott självförtroende, självständighet och en känsla av att själv kunna styra sitt liv ha en skyddande effekt liksom god impuls kontroll och förmåga till problemlösning. Social ångslighet, tvångsmässighet, bristande empati, svårhanterligt temperament, hyperaktivitet, dålig impuls kontroll är riskfaktorer för psykisk ohälsa och beteendestörning.

På *familjenivå* anses betydelsefulla faktorer vara tillitsfulla och intima relationer till åtminstone en förälder eller, i de fall familjen sviktar, tillgång till en eller flera betydelsefulla vuxna personer i omgivningen. Tydlig struktur i familjen och tydliga regler samt delade värderingar mellan generationerna anses skyddande, liksom att familjemedlemmarnas relationer präglas av ömsesidigt stöd och respekt för individuella olikheter, att man har förmåga att tala med varandra och kan lösa problem på ett konstruktivt sätt. Att som barn få möjlighet att vara andra till hjälp ökar ens känsla av egenvärde och självförtroende och har därmed en skyddande verkan. Riskfaktorer är t.ex. psykiskt sjuka eller missbrukande föräldrar, sexuella övergrepp, och fysisk och psykisk misshandel, dåliga socioekonomiska förhållanden samt invandrar- och flyktningbakgrund.

Det *sociala nätverket* är också viktigt. Släkt och vänner behövs för samhörighet och känslomässigt stöd. Barnet behöver via dagis, förskola skola och fritids lära sig att fungera och känna trygghet ihop med vuxna utanför familjen och ihop med jämnåriga. Särskilt viktigt är det att barnet utvecklar nära kamratrelationer.

Det finns många studier som visar att människor, som haft psykiska symtom som barn, löper högre risk att även få det som vuxna. Likaså löper de som sökt hjälp inom barnpsykiatri en högre risk att återkomma inom vuxenpsykiatri.

Förebyggande av psykisk ohälsa

Förebyggande av psykisk ohälsa innefattar insatser inom primär, sekundär såväl som tertiär prevention.

Med *primär prevention* menas en bred befolkningsbaserad inriktning vars mål är att förhindra att psykisk och social ohälsa överhuvudtaget uppstår i befolkningen. Insatsen riktar sig mot alla i samhället och är oftast informativ till sin karaktär.

Sekundär prevention innebär att förebyggande åtgärder riktas mot kända riskpersoner, riskgrupper eller riskmiljöer. Dessa kan vara identifierade utifrån biologiska eller psykosociala markörer som man vet ökar risken för utvecklande av psykisk ohälsa. Som exempel kan nämnas barn till missbrukande föräldrar eller barn till psykiskt sjuka föräldrar.

Tertiär prevention är inriktad på att förebygga återinsjuknande hos individer med etablerade psykiska problem. Det kan handla om att förebygga eller lindra återkommande perioder med avsiktligt självskadebeteende hos en tonårsflicka eller återkommande depressiva perioder och självmordsrisk hos en tonårspojke med bipolär sjukdom genom adekvat psykiatrisk behandling.

Barn- och ungdomspsykiatrins huvudsakliga uppgift är att behandla patienter med etablerad psykisk ohälsa och är därmed en tertiärpreventivt inriktad verksamhet. Sekundärpreventiva insatser för att förebygga psykisk ohälsa hos riskpersoner bör preciseras i åtgärdsprogram, tilldelas särskilda resurser och kopplas till FoU-verksamhet för att möjliggöra utvärdering av resultaten (Psykisk ohälsa hos barn, ungdomar och vuxna, Östergötland, 1998).

Det psykiska hälsoläget bland barn och ungdomar i VGR

Aktuella patient- och diagnosgrupper

För att spegla den psykiska ohälsan bland barn- och ungdomar i VGR 2005 har befolknings- och patientdata hämtats från följande databaser: VEGA, BUPs kontaktorsaksregister, Nationella självmordsregistret och Apoteket AB försäljningsstatistik.

Tabell 1 Antal pojkar och flickor 0-17 år som besökte BUPs öppenvård i VGR 2005

Befolkning			Antal individer		Individer/1 000 inv	
Ålder	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar
0-6	55 677	58 927	269	500	5	8
7-12	52 003	54 316	1 321	2 235	25	41
13-15	31 572	33 882	1 822	1 438	58	42
16-17	19 993	21 398	1 359	779	68	36
Summa	159 245	168 523	4 771	4 952	30	29

Under 2005 hade 10 000 av regionens 330 000 barn- och ungdomar under 18 år kontakt med BUPs öppenvård, vilket motsvarar 3 procent av befolkningen. Fler pojkar än flickor under 12 år var i kontakt med BUP, medan flickorna var i majoritet efter 13 års ålder. Pojkar mellan 7-15 år stod för tre fjärdedelar av alla pojkbesök och flickor mellan 13-17 år för tre fjärdedelar av alla flickbesök. Räknat i procent av befolkningen hade drygt 6 procent av alla flickor mellan 13-17 år kontakt med BUP, medan 4 procent av alla 7-15 år gamla pojkar hade kontakt med BUP. 500 barn- och ungdomar vårdades 2005 inom BUPs slutenvård.

Tabell 2 De 3 vanligaste diagnoserna bland flickor i BUPs öppenvård och slutenvård i VGR 2005 uppdelat på åldersgrupper

Ålder	Diagnoser öppenvård	Diagnoser slutenvård
0-6	Familjerelationsproblem Okända och icke specificerade orsaker till sjuklighet Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	Enstaka flickor i denna åldergrupp vårdades i slutenvård
7-12	Familjerelationsproblem Okända och icke specificerade orsaker till sjuklighet Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress	Ätstörning Depressiv period Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress
13-15	Depressiv period Familjerelationsproblem Okända och icke specificerade orsaker till sjuklighet	Depressiv period Ätstörning Ångest
16-17	Depressiv period Ätstörning Ångest	Depressiv period Ätstörning Ångest

Bland flickor i öppenvård föranledde depressiva besvär, familjerelationsproblem och ätstörningar 40 procent av alla besök. Över åren visar flickor ett skiftande diagnospanorama. Familjerelationsproblem, anpassningsproblem och stressreaktioner dominerade bland flickor upp till tonåren. Bland yngre tonårsflickor var depressiva besvär tillsammans med familjerela-

tionsproblem vanligast. Bland äldre tonårsflickor var depression, ätstörningar och ångestproblem de vanligaste anledningarna till att söka hjälp hos BUP.

40 procent av flickornas slutenvårdstillfällen föranleddes av depressiva besvär och ätstörningar. Diagnospanoramats för flickor som vårdades i slutenvård var lika mellan åldersgrupperna. Ätstörning var den vanligaste diagnosen före tonåren och därefter den näst vanligaste. Depressiva besvär dominerade som inläggningsorsak under hela tonåren och ångestproblem var den tredje vanligaste anledning till att äldre tonårsflickor vårdades inom BUPs slutenvård.

12 procent av flickornas öppenvårdsbesök är registrerade som "Okända och icke specificerade orsaker till sjuklighet" och 7 procent av slutenvårdstillfällena som "Kontakt med hälso- och sjukvården under andra omständigheter", vilket omöjliggör en bedömning av vilka psykiska problem som föranledde besöket respektive inläggningen.

Tabell 3 De 3 vanligaste diagnoserna bland pojkar i BUPs öppenvård och slutenvård i VGR 2005 uppdelade på åldersgrupper

Ålder	Diagnoser öppenvård	Diagnoser slutenvård
0-6	Okända och icke specificerade orsaker till sjuklighet Familjerelationsproblem Allmän undersökning och utredning av personer utan besvär eller att diagnos registrerats	Enstaka pojkar i denna åldersgrupp vårdades i slutenvård
7-12	Okända och icke specificerade orsaker till sjuklighet Familjerelationsproblem Hyperaktivitetsstörningar	Autismspektrumstörning Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress Familjerelationsproblem
13-15	Okända och icke specificerade orsaker till sjuklighet Familjerelationsproblem Hyperaktivitetsstörningar	Depressiv period Hyperaktivitetsstörningar Beteendestörningar av utagerande slag
16-17	Depressiv period Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress Ångest	Depressiv period Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress Ångest

Bland pojkar i öppenvård utgjorde familjerelationsproblem, hyperaktivitetsstörningar, anpassningsstörningar och stressreaktioner tillsammans med depressiva besvär och autismspektrumstörningar 42 procent av alla besök. Pojkarnas diagnospanorama skiftar över åren. Familjerelationsproblem dominerade bland pojkar upp till övre tonåren. Bland pojkar mellan 7-15 år var hyperaktivitetsproblem den näst vanligaste diagnosen. Bland äldre tonårspojkar var depressiva besvär, anpassningsproblem och stressreaktioner tillsammans med ångestproblem vanligast.

40 procent av pojkarnas slutenvårdstillfällen orsakades av depressiva besvär samt anpassningsstörningar och stressreaktioner. Autismspektrumstörningar, hyperaktivitetsstörningar och utagerande beteende stod för 20 procent av inläggningarna. Diagnospanoramats skiftar mellan åldersgrupperna. Autismspektrumstörning dominerade som inläggningsorsak för pojkar mellan 7-12 år tillsammans med anpassningsproblem, stressreaktioner och familjerelationsproblem. Tonåringarna vårdades i första hand för depression, hyperaktivitetsproblem, utagerande beteende, stressreaktioner och ångest.

18 procent av pojkarnas öppenvårdsbesök är registrerade som ”Okända och icke specificerade orsaker till sjuklighet” och saknar därmed en preciserad bedömning av de aktuella psykiska besvären.

Jämför man de vanligaste anmälningsorsakerna till BUP med de vanligaste diagnoserna råder stor överensstämmelse. Den vanligaste anmälnaren till BUP är en förälder. Därför kan man uttrycka det som att för de vanligaste patientgrupperna stämmer föräldrarnas uppfattning om barnets eller ungdomens besvär väl med den professionella bedömningen.

Själv mord och självmordsförsök

Statistik från Nationella självmordsregistret visar att självmordsbenägna barn- och ungdomar i VGR befolkningsmässigt är ungefär lika många som i riket och uppvisar samma könsrelaterade handlingsmönster som i övriga riket. Flickor gör fler självmordsförsök än pojkar och pojkar begår fler självmord än flickor. Självmord är extremt sällsynt under 14 år. Bland äldre tonåringar i VGR kommer statistiskt sett cirka fem pojkar och cirka två flickor att ta livet av sig varje år. Statistiken säger också att ungefär 45 flickor och 20 pojkar mellan 10-14 år kommer att försöka ta livet av sig varje år och bland äldre tonåringar i VGR kommer 145 flickor och 50 pojkar att försöka begå självmord. Tillgänglig statistik för självmordsförsök är baserad på de fall som varit i kontakt med sjukvården, vilket gör att det finns ett mörkertal. Upprepade självmordsförsök är vanligt både bland flickor och pojkar och risken att försöka igen ökar för varje nytt självmordsförsök. Pojkarnas våldsammare självmordsmetoder är en förklaring till att handlingen resulterar i fullbordat självmord.

Psykofarmakaförskrivning

Försäljningen av psykofarmaka ger en kompletterande bild av det psykiska hälsoläget bland barn- och ungdom och en möjlighet att jämföra konsumtionen i VGR med riket. Psykofarmaka delas in i följande läkemedelsgrupper: antidepressiva, sömnmedel, lugnande medel, neuroleptika och psykostimulantia. Antidepressiva läkemedel har en bred användning inom barn- och ungdomspsykiatri men förskrivs i första hand vid depression och ångest. Lugnande medel förskrivs vid ångest och orostillstånd och sömnmedel vid sömnstörningar. Neuroleptika, används vid schizofreni och andra psykotiska tillstånd samt vid svåra beteendestörningar, exempelvis barn med autism. I läkemedelsgruppen psykostimulantia dominerar centralstimulerande läkemedel, som förskrivs vid svår hyperaktivitet och koncentrationsstörning.

Tabell 4 Förskrivning av psykofarmaka till barn och ungdomar i VGR jämfört med riket uppdelat på åldersgrupper 2005

Förskrivning 2005	0–4 år DDD/1000 inv/år		5–14 år DDD/1000 inv/år		15–19 år DDD/1000 inv/år	
	Riket	VGR	Riket	VGR	Riket	VGR
Antidepressiva	2	2	431	659	4916	5711
Sömnmedel	11	28	43	81	603	684
Lugnande medel	43	37	106	120	358	430
Neuroleptika	0	1	40	52	387	335
Psykostimulantia	3	0	1400	1621	1662	1895

(DDD = Definierad DygnSDos, som motsvarar den förmodade genomsnittliga dygnsdosen)

Antidepressiva och psykostimulantia stod tillsammans för cirka 85 procent av all psyko-farmakaförskrivning till barn- och ungdomar både i VGR och i riket.

Psykostimulantia var det i särklass vanligaste läkemedlet mellan 5-14 år och det förskrevs i än högre grad till ungdomar mellan 15-19 år. Konsumtionen av antidepressiva ökade kraftigt i övre tonåren och var det absolut vanligaste läkemedlet i gruppen 15-19 år. Cirka 1,5 procent av alla tonåringar mellan 15-19 år i VGR behandlades med antidepressiva 2005.

Mer än tre fjärdedelar av alla antidepressiva, sömnmedel, lugnande medel och neuroleptika förskrevs till äldre tonåringar. Förskrivningsmönstret för psykostimulantia skiljde sig från övriga läkemedel genom en större spridning över åldersgrupperna.

Förskrivningsmönstret för flickor och pojkar var lika för neuroleptika och lugnande medel, medan förskrivningen av antidepressiva, sömnmedel och psykostimulantia visade ett tydligt könsrelaterat mönster. Antidepressiva och sömnmedel förskrevs i betydligt högre grad till flickor och psykostimulantia i betydligt högre grad till pojkar. Det tydligt könsrelaterade förskrivningsmönstret speglar att flickor i första hand har inåtvända psykiska problem och pojkar utåtriktade beteendeproblem.

De vanligaste konsumenterna av psykofarmaka bland barn- och ungdom var flickor och pojkar i övre tonåren som behandlades med antidepressiva läkemedel samt pojkar som behandlades med psykostimulantia.

Barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götalandsregionen

Verksamhetsidé

Ur verksamhetsidé och visionsdokument framgår att alla BUP-verksamheterna i VGR vill erbjuda barn- och ungdomar med psykisk ohälsa tvärprofessionell, teambaserad barn- och ungdomspsykiatrisk utredning, diagnostik och behandling. Man betonar vikten av tidig upptäckt och tidiga insatser för att förbättra förutsättningarna för personlig tillväxt och mognad. Flera av verksamheterna nämner vikten av vårdssamverkan, dels internt inom barn- och ungdomspsykiatri dels mellan barn- och ungdomspsykiatri och vårdgrannar. Vidare nämns vikten av kvalitetssäkrad och kostnadseffektiv vård och behandling integrerad med utbildning, handledning, utvecklingsarbete och forskning.

Politiska mål och inriktningar för hälso- och sjukvårdsnämnderna i VGR

Genomgående i hälso- och sjukvårdsnämndernas målbeskrivning är inriktningen på ökad tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri oavsett hemkommun. Tiden mellan första kontakt och bedömningsamtal bör inte överstiga 3 veckor och väntetider för utredning och behandling skall kortas. Ökad tillgänglighet samt förbättrad övergång till vuxenpsykiatri nämns särskilt för barn- och ungdomar med neuropsykiatriska funktionshinder och gruppen unga 16-25 år. Verksamheten vid BUP behöver preciseras och de medicinska prioriteringarna förbättras. Vården skall bedrivas på rätt nivå vid de lokalt placerade öppenvårdsmottagningarna. Vårdkedjan och nivåstrukturering skall säkerställas genom samverkan mellan samtliga berörda aktörer inom primärvård, barn- och ungdomssjukvård, handikappförvaltning, vuxenpsykiatri och kommunal verksamhet.

BUPs organisatoriska anknytning inom sitt sjukhusområde

BUP inom SKAS, SÄS och KS är en del av psykiatri inom respektive sjukhusområde. BUP inom SU ligger organisatoriskt inom barn- och ungdomssjukvården. BUP inom NU är en organisatoriskt fristående verksamhet.

BUP-verksamheternas resurser och vårdstruktur

Uppgifter redovisade i detta avsnitt (Tabell 6 – Tabell 22) är baserade på statistik från vårddatabasen VEGA, lokala databaser och uppgifter från respektive BUP-verksamhet. Indata till VEGA från BUP-verksamheterna varierar och är ofullständig. Vårddata från NU, SU och KS är uppdelad på enheter, medan vårddata från SKAS och SÄS registreras i klump, vilket medfört att vårddata fått hämtas från lokala databaser. Vissa uppgifter från BUP-verksamheterna har tagits fram manuellt på grund av att statistik saknas.

Tabell 5 Fördelning av BUP-tjänster per verksamhet och per 1000 invånare 2005

Heltidstjänster 2005	Antal	Befolknings- underlag 0-17 år	Heltidstjänster per 1000 invånare
NU	151	65 348	2,3
SKAS	89	55 624	1,6
SÅS	108	63 742	1,7
SU	242	126 040	1,9
KS	15	18 209	0,8
Summa	606	328 963	1,8

BUP hade 2005 sammanlagt 606 heltidstjänster till förfogande i VGR för att erbjuda 330 000 barn- och ungdomar och deras familjer barn- och ungdomspsykiatrisk hjälp. Antalet heltidstjänster per 1000 invånare var i genomsnitt 1,8 och varierade mellan 2,3 (NU) och 1,6 (SKAS). Antalet tjänster inom SU och KS skall ses med hänsyn tagen till att SU ansvarar för slutenvård och jourverksamhet för befolkningen i KS upptagningsområde. Inom SU finns också en ätstörningsavdelning med regionalt uppdrag.

Tabell 6 BUPs alla enheter i VGR uppdelat på typ av enhet, antal enheter respektive slutenvårdsplatser

Antal enheter respektive Slutenvårdsplatser 2005	NU	SKAS	SÅS	SU	KS	VGR
Akutmottagning		1	1	1		3
Distriktsmottagning	7	4	5	5	2	23
Specialmottagning:						9
Neuropsykiatri	1	1	1	1		4
Ätstörning	1			1		2
Tvångssyndrom				1		1
Familjebehandling		1				1
Asylmottagning			1			1
Dagsjukvårdsenhet:						4
Ätstörning				1		1
Barn- och familjebehandling	1		1	1		3
Slutenvårdsavdelning:						7
Akutvård	1 (7pl)	1 (7pl)	1 (8pl)	1 (6pl)		4
Korttidsvård				1 (7pl)		1
Ätstörning*				1 (8pl)		1
Behandlingshem	1 (6pl)					1
Totalt antal enheter	12	8	10	14	2	46

*Regionvård 16-25 år

BUP i VGR bestod sammanlagt av 46 enheter. Basen och första länken i BUPs verksamhet var 23 distriktsmottagningar, som erbjuder länssjukvård till barn- och ungdomar med både vanliga och mer ovanliga psykiska problem. Inom öppenvården finns också 9 specialiserade öppenvårdsmottagningar och 4 dagvårdsenheter riktade mot specifika patientgrupper. Det finns specialmottagningar för neuropsykiatri inom alla BUP-verksamheter. Den neuropsykiatriska enheten inom SU bedriver såväl länssjukvård som högspecialiserad vård. I övrigt fanns det specialiserad verksamhet kring ätstörningar, tvångssyndrom, barn- och familjebehandling och asylsökande. Slutenvården består av 4 akutvårdsavdelningar, som vid behov kan bedriva vård enligt lagen om tvångsvård. Inom SU och NU finns också enheter för planerad slutenvårdsbehandling. SU betjänade befolkningen i KS upptagningsområde med slutenvård. Ätstörningsavdelningen inom SU bedriver högspecialiserad vård för unga vuxna med allvarlig ätstörning inom VGR.

Tabell 7 Fördelning av personal mellan BUPs olika vårdenheter i antal heltidstjänster och i procent 2005

Heltidstjänster 2005	NU	%	SKAS	%	SÄS	%	SU	%	KS	%	VGR	%
Akutmottagning			17	19			7,2	3			24	4
Distriktsmottagning	77,3	56	33	37	47	53	101,0	43	14,8	100	273	48
Specialmottagning	5,5	4	15	17	9,8	11	40,3	17			72	12
Dagsjukvårdsenhet	12,5	9			9,5	11	15	6			37	6
Slutenvårdsavdelning	43,9	31	24	27	22,5	25	73,7	31			165	29
Summa	139,2	100	89	100	88,8	100	215,2	100	14,8	100	569	100

Den distriktsbaserade öppenvården och akutmottagningarna utgjorde hälften av verksamheten räknat i antal heltidstjänster, slutenvården en tredjedel och specialmottagningar och dagverksamhet en femtedel av BUP-verksamheten i VGR. 8 procent av tjänsterna fanns inom neuropsykiatri och tvångssyndrom, 8 procent inom ätstörningsvården och 5 procent inom barn- och familjebehandling. SU har regionvård och högspecialiserad vård inom ätstörningsvård och neuropsykiatri.

Tabell 8 Distriktsmottagningarnas vårdpersonalstruktur

Antal heltidstjänster 2005	NU	SKAS	SÄS	SU	KS	VGR	%
Läkare	3,5	2	6,5	11,0	1,7	25	11
Psykolog	26	11	20,0	36,8	5	99	45
Kurator	17	14	12,5	27,8	5	76	35
Sjuksköterska	5	1	2	0	0	8	4
Övrig vårdpersonal	11	0	1	0	0	12	5
Summa	62,5	28	42	75,6	11,7	220	100

Distriktsmottagningarna i VGR hade sammanlagt 220 vårdpersonaltjänster. Psykolog och kuratorstjänsterna utgjorde tillsammans 80 procent av vårdpersonaltjänsterna, läkartjänsterna 11 procent och sjukskötersketjänsterna 4 procent. Fem sjukskötersketjänster fanns inom NU, 1 inom SKAS och 2 inom SÄS. SU och KS saknade sjukskötersketjänster på distriktsmottagningarna.

Tillgänglighet

Samtliga BUP-verksamheter avsatte i genomsnitt 1,5 timma för nybesök och 1 timma för återbesök. Avsatt tid för direkt patientarbete varierade mellan BUP-verksamheterna från hälften av arbetstiden till en tredjedel. Tiden för indirekt patientarbete, t.ex. telefonkontakt med patient eller förälder, varierade också påtagligt mellan verksamheterna liksom tiden för förebyggande arbete och utbildning. Andel uteblivna besök utan anledning varierade mellan verksamheterna från drygt 10 procent till mindre än 1 procent.

Tabell 9 Andel individer 0-17 år i VGR som besökte BUPs öppenvård 2005 fördelade på HSN

HSN	Befolkning	Individer/1000 inv	Flickor/1000 inv	Pojkar/1000 inv
1 N Bohuslän	14 912	34	36	32
2 Dalsland	9 169	30	35	26
3 Trestad	33 999	30	31	29
4 M Bohuslän och Ale	27 771	27	27	27
6 Mitten Älvsborg	22 516	24	26	23
7 S Bohuslän	30 960	31	33	29
8 Sjuhärad	40 715	20	20	20
9 V Skaraborg	27 906	24	26	22
10 Ö Skaraborg	26 994	27	31	23
5,11,12 Göteborg	92 826	32	28	35
Summa	327 768	28	28	28

Andelen barn- och ungdomar i befolkningen, som hade kontakt med BUP varierade mellan HSN. Tillgängligheten till BUP var störst i Norra Bohuslän och lägst i Sjuhärad. Tillgängligheten för flickor respektive pojkar till BUP varierade mellan HSN med störst könsskillnad i Östra Skaraborg.

Väntetid för första besök till BUPs distriktsmottagningar

Målsättningen är att alla distriktsmottagningar ska erbjuda ett besök senast tre veckor efter anmälan. Under 2005 uppfylldes målsättningen för 95 procent av alla sökande till distriktsmottagningarna.

Vårdgaranti

Under sista kvartalet 2005 fick 94 procent ett första besök till BUP inom 3 mån. Alla distriktsmottagningar uppfyllde vårdgarantin, medan specialmottagningarna, särskilt de neuropsykiatriska, hade svårigheter att klara vårdgarantin.

Vårdproduktion

Tabell 10 Antal öppenvårdsbesök vid BUP 2002 - 2005

Antal besök	NU	SKAS	SÄS	SU	KS	Summa
2002	15 246	8 128	5 354	24 213	2 939	55 880
2003	15 329	8 887	6 663	24 282	3 237	58 398
2004	16 534	8 812	7 113	25 850	3 152	61 461
2005	17 594	9 546	7 301	25 745	3 003	63 189

Under perioden 2002-2005 ökade antalet öppenvårdsbesök successivt inom alla BUP-verksamheter och 2005 gjordes totalt 7 000 fler besök än 2002.

Tabell 11 Antal nybesök och avslutade patienter 2005

	NU	SKAS	SÄS	SU	KS
Nybesök	1536	715	1 093	3 131	302
Avslutade	1 359		820	2 630	
Nybesök/Avslutade	1,1		1,3	1,2	

SKAS och KS saknar uppgift om avslutade patienter. Övriga verksamheter hade fler nybesök än avslutade patienter.

Tabell 12 Antal läkarbesök 2005

Läkarbesök	NU	SKAS	SÄS	SU	KS	Summa
Antal	1 227	2 270	1 559	3 985	647	9 688
Antal besök per läkare i öppenvård	351	568	390	270	324	381

2005 var antalet läkarbesök i genomsnitt 380 per läkare, men varierade kraftigt mellan BUP-verksamheterna. Fördelat på 44 arbetsveckor hade läkarna i genomsnitt 8,7 besök per vecka med variationen 6-13 besök per vecka.

Sjukvårdande behandlingar

Tabell 13 Antal besök på distriktsmottagningarna 2005

Distriktsmottagningar	NU	SKAS	SÄS	SU	KS	Summa
Antal patienter	2 105	673	1 646	2 728	468	7 620
Antal besök	16 423	5 321	9 188	14 646	2 479	50 057
Antal besök per patient	7,8	7,9	5,6	5,4	5,3	6,4
Antal besök per behandlare	236	242	227	227	248	236

7 600 barn- och ungdomar besökte BUPs distriktsmottagningar sammanlagt 50 000 gånger under 2005. Varje patient gjorde i genomsnitt drygt 6 besök. Antalet patientbesök per behandlare var i genomsnitt 5,4 besök per vecka med mycket liten variation mellan verksamheterna. Antalet besök per behandlare var dock fler än statistiken visar på grund av att besöksstatistiken är patientrelaterad, d.v.s. oavsett om patienten träffar 1 eller flera behandlare vid samma besök registreras detta som en sjukvårdande behandling.

Tabell 14 Antal besök på specialmottagningarna 2005

Specialmottagningar	NU	SKAS	SU	Summa
Antal patienter	110	358	1 552	2 020
Antal besök	433	1 388	9 711	11 532
Antal besök per patient	3,9	3,9	6,3	4,7
Antal besök per behandlare	114	138	233	161,7

2 000 barn- och ungdomar besökte någon av de 9 specialmottagningarna 2005 och gjorde i genomsnitt 5 besök. Antalet besök per behandlare var i genomsnitt 3,7 besök per vecka. Variation mellan verksamheterna var 5,3–2,5 besök per vecka. Antalet besök per behandlare var dock fler än vad denna patientrelaterade statistik visar.

Tabell 15 Antal dagvårdsbesök 2005

Dagsjukvård	NU	SÄS	SU
Dagvårdsbesök	469	711	1 742

Dagvården i VGR består av barn- och familjeavdelningar inom NU, SÄS och SU samt dagvård för unga vuxna med ätstörning inom SU. Under 2005 fick 75 familjer sammanlagt 1 928 behandlingar. Vården börjar med 3-6 veckors dagvård och därefter uppföljningsbesök på avdelningen.

Under 2005 gjorde 32 unga vuxna sammanlagt 994 dagvårdsbesök på ätstörningsenheten, vilket ger en genomsnittlig vårdtid på 6 veckor. Cirka 90 procent av patienterna återgick till ätstörningsmottagningen, medan övriga behövde slutenvårdsbehandling.

Tabell 16 Antal akutbesök dagtid 2005

Akutbesök dagtid	NU	SKAS	SÄS	SU	KS	Summa
Antal	330	490	210	895	0	1 925

Cirka 2 000 av totalt 60 000 besök till BUP 2005 var akuta (3 %) och den sökande erbjöds en tid samma dag. SKAS, SÄS och SU har akutmottagningar som bedriver dagjourverksamhet och kompletterar distriktsmottagningar och specialmottagningar när dessa inte kan ta emot patienter tillräckligt snabbt. Inom NU tar distriktsmottagningarna alla akuta fall dagtid.

Jourverksamhet

NU, SKAS och SÄS bedriver jour i samarbete med barnmedicin. På SÄS har vuxenpsykiatri primärjouransvar för ungdomar med barnpsykiatrisk bakjour. NU har ett beredskapsteam som bistår primärjouren. SU har en egen primär- och bakjourverksamhet, som även betjänar KS upptagningsområde.

Tabell 17 Antal besök och inläggningar under jourtid 2005

	NU	SKAS	SÄS	SU	Summa
Antal besök	120	90	70	250	530
Antal inläggningar	40	35	20	65	160

Då ingen kontinuerlig statistik förts över jourbesök är uppgifterna uppskattningar, men bedöms ändå ge en tillräckligt rättvisande bild av det direkta patientarbetet under jourtid. Cirka 550 barn- och ungdomar i VGR sökte barn- och ungdomspsykiatrisk hjälp under jourtid 2005. Fördelat 365 dagar blir det i genomsnitt 1,5 besök per jourdygn i hela VGR. Mellan de 4 jourverksamheterna varierar jourbesöken mellan 1 besök varje till vartannat jourdygn till 1 besök var femte jourdygn. Indirekt patientarbete i form av telefonrådgivning är mer omfattande och leder i många fall till att mindre akuta fall får ett besök dagen därpå. 160 besök under jourtid utmynnade i inläggning 2005, vilket innebär att ungefär var tredje sökande bedömdes vara i behov av akut slutenvård.

Slutenvård

Tabell 18 Akut slutenvård 2005

Akutvårdsavdelning	NU	SKAS	SÄS	SU	Summa
Vårdplatser	7	7	8	6	28
Antal vårdade patienter	128	95	111	95	429
Vårddygn	1 984	2 605	1 833	1 772	8 194
Vårdtillfällen	184	102	149	132	567
Medelvårdtid	11	26	12	13	16
Antal LPT patienter	2	10	3	17	32

430 barn- och ungdomar fick under 2005 akut slutenvård. Vårdtiden var i genomsnitt 16 dagar och variationen mellan akutmottagningarna var 11-26 dagar. 32 patienter vårdades enligt lagen om tvångsvård, vilket motsvarar 7 procent av alla patienter.

Tabell 19 Planerad slutenvård 2005

	NU Behandlingshem	SU Korttidvårdsavd	SU Ätstörningavd
Vårdplatser	6	7	8
Antal vårdade patienter	8	37	28
Vårddygn	1 223	2 226	1 907
Vårdtillfällen	15	40	39
Medelvårdtid	82	56	49
Antal LPT patienter	--	0	0

Behandlingshemmet inom NU bedrev planerad 7 dygns slutenvård. 2005 vårdades 8 patienter i genomsnitt 82 dagar. Genomsnittsåldern var 15 år och de flesta vårdades för depression.

Korttidsvårdsavdelningen inom SU bedrev planerad 7 dygns slutenvård. Under 2005 vårdades 37 ungdomar i genomsnitt 56 dagar. Genomsnittsåldern var 15 år och de flesta vårdades för ätstörning och depression. Avdelningen tar också emot patienter för vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Alla patienter vårdades frivilligt 2005, men 2004 tvångsvårdades 2 patienter.

Anorexiavdelningen inom SU är en regional resurs som bedriver planerad slutenvård för 16-25 år gamla patienter med allvarlig ätstörning. Under 2005 vårdades 28 patienter, varav 10 (36 %) kom från övriga VGR, genomsnitt 49 dagar.

Personal

BUP-verksamheternas hade 2005 sammanlagt 606 heltidstjänster, som var fördelade på 18 personalkategorier. Psykologer (21 %), kuratorer (17 %), sjuksköterskor (13 %), läkare (10 %) behandlingsassistent (8 %), skötare (8 %) och sekreterare (12 %) utgjorde tillsammans 90 procent av alla heltidstjänster inom BUP.

Personalförsörjning

SKAS hade 4 psykologvakanser, medan övriga BUP-verksamheters psykologtjänster var besatta.

Tabell 20 Läkarsituationen inom BUP 2005

Antal årsarbetare 2005		SKAS	SÄS	SU	KS	Summa
Specialistläkare	5	3	5,5	17	1,7	32,2
ST-läkare	1	1	2	3		6
Vakanta specialist läkartjänster	2	4	2	8		16
Vakanta ST-läkare tjänster		1		2		3

Sammanlagt arbetade 32 specialistläkare inom BUP 2005 varav 3,75 var hyrläkare. Hälften av specialistläkartjänsterna och ST-läkartjänsterna var vakanta.

Psykoteraapeutisk kompetens

Tabell 21 Antal personal med psykoteraapeutisk utbildning

2005-08-31	NU	SKAS	SÅS	SU	KS	Summa
Grundutbildning i familjeinriktad terapi	35	7	51	34	7	134
Legitimation i familjeinriktad terapi	5	8	8	20	3	44
Steg 1-utbildning i psykodynamiskt inriktad terapi	37	5	15	53	4	114
Legitimation i psykodynamiskt inriktad terapi	10	4	8	25	2	49
Steg 1-utbildning i kognitivt inriktad terapi	3	4	4	17	1	29
Legitimation i kognitivt inriktad terapi	1	1	0	0	0	2

Majoriteten av BUPs psykoteraapeuter har utbildning i familjeinriktad (47 %) eller psykodynamiskt inriktad psykoteraapi (44 %), och en minoritet i kognitiv psykoteraapi (8 %).

Neuropsykologisk kompetens

Trettiåtta (29 %) av de 129 psykologerna i VGR, har neuropsykologisk kompetens motsvarande 10 poäng.

Prioritering, kvalitetsutveckling och resultatuppföljning

Medicinska prioriteringar inom BUP

Sektorsrådet i barn- och ungdomspsykiatri har i likhet med övriga sektorsråd i Västra Götalandsregionen utarbetat riktlinjer för patient och åtgärdsprioritering. Efter att ha gjort ett första prioriteringsdokument 2003 initierade sektorsrådet ett omfattande utvecklingsarbete kring åtgärdsprioritering tillsammans med representanter från BUP i Östergötland, som har ett liknande prioriteringsuppdrag. För att understödja implementering av evidensbaserade vård- och behandlingsmetoder finns för varje tillstånd en kortfattad kunskapsöversikt över aktuella behandlingsmetoder samt kliniska behandlingsriktlinjer. Förhoppningen är att presentationen av aktuella behandlingsmetoder med dokumenterad effekt i det regiongemensamma prioriteringsdokumentet skyndar på införandet av evidensbaserade åtgärder i den kliniska vardagen. Prioriteringsriktlinjer för depression bifogas som exempel.

Kvalitetsstjärnan BUP

År 2000 initierade BUPs sektorsråd utvecklingen av ett regiongemensamt kvalitetssäkringssystem baserat på vuxenpsykiatriens Kvalitetsstjärna. Syftet med kvalitetsstjärnan är att den ska vara ett stöd i prioriteringsarbetet, främja dialogen mellan behandlare och patient/anhöriga, kunna beskriva och följa upp verksamheten. Mätningar görs vid start och avslut, samt efter 6 månader för patienter vars behandling pågår under längre tid.

Kvalitetsstjärnan innehåller 5 typer av uppgifter:

- Bedömning av det psykiska hälsotillståndet med ett standardiserat frågeformulär (Styrkor och Svårigheter)
- Anhörigbelastning (VAS-skala)
- Bedömning av psykosocial funktionsnivå och symtom med (GAF)
- Diagnos enligt DSM-IV/ICD-10
- Brukar - tillfredsställelse (bemötande, tillgänglighet, delaktighet och professionalitet)

Värdena ritas ut i ett spindeldiagram och kan användas tillsammans med patienter och föräldrar i det direkta patientarbetet. Vid avslut/uppföljningsmätning ritas båda mätningarna ut i samma graf och man kan läsa av effekten av vidtagna åtgärder.

Nationella kvalitetsregister

Inom psykiatrien bedrivs arbetet med nationella kvalitetsregister av Kvalitet i psykiatrisk vård (KPV), ett nybildat resurscentrum finansierat med medel från den Nationella psykiatrisamordningen. Resurscentrum KPV ska stötta förbättrings- och utvecklingsarbete i psykiatrisk verksamhet med kvalitetsregistren som utgångspunkt. För närvarande finns kvalitetsregister för följande patientgrupper: schizofreni, bipolär sjukdom, ätstörning och ADHD, varav de två sistnämnda är mest aktuella för BUP. Alla specialenheter för ätstörning är med i ätstörningsregistret Riksät, som är det kvalitetsregister som funnits längst. Neuropsykiatrienheterna i SU, KS och SKAS är med i det nystartade ADHD-registret BUSA.

Regionalt arbete med kvalitetskontroll och resultatuppföljning inom psykiatri

Ett regionalt utvecklingsarbete startade 2005 rörande metoder för kvalitetskontroll och resultatuppföljning inom psykiatri. Målsättningen är att skapa en regional uppföljningsmodell för BUP och vuxenpsykiatri. Kvalitets- och resultatindikatorer ska vara möjliga att samordna med psykiatriska kvalitetsregister på nationell nivå och tidigare regionalt kvalitetsarbete, exempelvis BUPs Kvalitetsstjärna.

Samverkan mellan BUP och vårdgrannar

BUP samverkar med många vårdgrannar kring barn- och ungdomar med psykiska problem. Som vårdgrannar räknas bland annat mödra- och barnhälsovården, barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomshabiliteringen, vuxenpsykiatri samt ungdomsmottagningarna. Inom kommunerna är barnomsorgen, skolhälsovården och socialtjänsten vårdgrannar. Dessutom finns behov av samverkan med behandlingshem och institutionsvården. BUP i regionen samverkar på olika sätt och i olika grad med sina vårdgrannar. Samverkan fanns 2005 framförallt i form av lokala avtal. I detta avsnitt redovisas också kortfattat den patientverksamhet kring barn- och ungdom med psykiska problem, som barn- och ungdomsmedicin, primärvården och barn- och ungdomshabiliteringen bedrev 2005.

Samverkan mellan BUP, kommuner och institutionsvård

Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna i Västra Götaland antog 2005 ”Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik”. Riktlinjerna är ett regiongemensamt ramverk för det lokala samverkansarbetet.

Riktlinjerna omfattar:

1. Gemensamma grundläggande värderingar
2. Förtydligande av ansvar basnivå - specialistnivå
3. Samverkansskyldighet - informationskyldighet
4. Gemensam kompetensutveckling - skola/Individ och Familjeomsorg/BUP
5. Samverkan kring det enskilda barnet/ungdomen
6. Gemensamt ansvar för vård, behandling och resultat vid placering utanför hemmet
7. Uppföljning av riktlinjerna

Implementeringen av de gemensamma riktlinjerna startade 2005. Inom varje sjukhusområde/kommunförbundsområde har en central ledningsgrupp bildats med representanter från BUP, socialchefer, skolchefer, skolhälsovård, BUP, BUM, BVC vuxenpsykiatri och institutioner. Ledningsgruppen äger linjeansvaret för samverkan och ska arbeta för att det finns fungerande samverkansrutiner i arbetet kring det enskilda barnet/ungdomen. Ledningsgruppen ansvarar för implementering, tillämpning av riktlinjerna och hanterande av tvister. Vidare ska gruppen ansvara för gemensam kompetensutveckling och utveckling av nya samverkansmetoder. Samverkan kring det enskilda barnet/ungdomen bygger på att respektive verksamhet ansvarar för bedömning av barnet/ungdomen utifrån sitt kompetensområde och att skriftliga gemensamma vårdplaner upprättas. Samverkan mellan BUP och övriga samverkanspartners kring ett enskilt barn/ungdom startar genom gemensamt utarbetade remissrutiner.

Under arbetet med riktlinjerna uppmärksammades särskilt behovet att utveckla samverkan kring barn och ungdomar placerade utanför hemmet. Ett samverkansdokument ”Utveckling av samverkan mellan psykiatri, kommunerna och institutionsvården” har av kommunerna och regionen godkänts 2006, som en grund för inriktningen av det fortsatta samarbetet i Västra Götaland. Dokumentet bygger på de gemensamma riktlinjerna för samverkan mellan psykiatri och kommuner med betoning på att BUPs insatser till barn och unga placerade utanför det egna hemmet inte skiljer sig från dem som gäller för barn och unga som bor hemma. Samverkan startar genom en skriftlig remiss till BUP från socialtjänsten eller institutionen.

Remissblanketten är gemensamt framtagen av berörda samverkansparter. Senast 3 veckor efter inkommen remiss ska BUP erbjuda ett första besök. Den unges psykiska tillstånd är avgörande för om besöken sker på BUP eller på institutionen som den unge vårdas på.

Samverkan med ungdomsmottagningar inom primärvården och kommunal verksamhet

Ungdomsmottagningarnas uppgifter kring unga med psykiska besvär samt hur mottagningarna och BUP bör samverka kring den gemensamma målgruppen har tydliggjorts i dokumentet "Ungdomsmottagningar i Västra Götalandsregionen".

I dokumentet anges att ungdomsmottagningen ska vara en lättillgänglig och öppen basverksamhet dit unga människor upp till 25 år söker sig på eget initiativ för att få råd, stöd och behandling bl.a. för psykologiska och sociala frågor och problem. Medicinsk, psykologisk och psykosocial kompetens ska knytas till mottagningarna och samverka i team. Mottagningen ska erbjuda stödjande och behandlande insatser för att tidigt upptäcka, ge råd, stöd och behandling av sociala och lättare psykiska problem samt lotsa ungdomar till annan vårdgivare vid behov. Den psykosociala verksamheten vid ungdomsmottagningarna skall utvecklas i samverkan med psykiatriska enheter och andra aktörer på orten som arbetar med ungdomar. Bland de frågor som lokalt kan behöva klargöras är hur man samverkar i vårdkedjor och vilken kunskapsöverföring mellan enheter som är nödvändig.

Samverkan med vuxenpsykiatri

Ett kontinuitetsbrott i vården leder ofta till problem när patienten vid 18 års ålder lämnar BUP och ansvaret övergår till vuxenpsykiatri. Den fixa åldersgränsen tillåter inte en övergång anpassad efter patientens psykiatriska problem och psykosociala situation. Med detta som utgångspunkt hade en arbetsgrupp, som ett delprojekt i utvecklingsplanen för vuxenpsykiatri, uppgiften att ge förslag på hur kontinuiteten och kvaliteten i den psykiatriska vården för gruppen unga vuxna 16–25 år kan förbättras. Särskild uppmärksamhet ägnades åt unga vuxna med kroniska eller återkommande psykiatriska problem.

Arbetsgruppen föreslog en lokalt anpassad åldersväxling och ansvarsfördelning mellan BUP och VUP. Den bärande idén i förslaget var att BUP ansvarar för diagnosgrupper som vars problem debuterar under barnåren upp till 25 års ålder, exempelvis anorexi. Vuxenpsykiatri å sin sida tar ansvar för de patientgrupper vars problem debuterar i övre tonåren och därefter, exempelvis schizofreni. Vinster med sådan patientgruppsanpassad åldersväxling är att bättre kontinuitet och naturligare övergångar mellan barn och vuxenpsykiatri kan skapas. Arbetsgruppen konstaterade att det inom SU finns större möjligheter att utveckla specialenheter för enskilda patientgrupper jämfört med inom övriga sjukhusområden som i högre grad måste utgå ifrån öppen- och slutenvård riktat mot hela målgruppen unga vuxna.

Barn- och ungdomsmedicin och Primärvårdens verksamhet kring barn- och ungdomar med psykiska problem

Den aktuella situationen är den att barn- och ungdomar i VGR inte bara vänder sig till BUP för psykiska besvär utan också till barn- och ungdomsmedicin (BUM) och primärvården (PV). Vårddata ur VEGA visar att 3 000 barn- och ungdomar gjorde 4 500 besök hos BUM och PV 2005 på grund av psykiska problem. Som jämförelse gjorde 7 600 barn- och ungdomar 50 000

besök på BUPs distriktsmottagningar under samma period. Det är oklart hur många av dessa individer som samtidigt hade kontakt med BUM eller PV.

Av de 3 000 barnen och ungdomarna som sökte för psykiska problem utanför BUP tog BUM emot 2/3 och PV 1/3. I genomsnitt besökte man BUM 1,6 gånger och PV 1,2 gånger, vilket indikerar att många besök blev ett engångsbesök och att flertalet övriga besök hade korta uppföljningar. Inom BUM var beteendestörningar och emotionella störningar, hyperaktivitetsstörningar, störningar av tal- och språkutvecklingen, autismspektrumstörning och ätstörningar de 5 vanligaste diagnoserna. Till PV sökte man i första hand för beteendestörningar och emotionella störningar, depression, ångest, sömnstörningar samt anpassningstörningar och stressreaktioner. De vanligaste diagnoserna bland de barn- och ungdomar som sökte hjälp hos BUM och PV visar god överensstämmelse med de vanligaste diagnoserna inom BUP.

3 600 av de 4 500 besöken var läkarbesök vilket gör det relevant att jämföra med antalet läkarbesök inom BUP, som 2005 var 9 700. Av totalt 13 300 läkarbesök ägnade åt barn- och ungdomar med psykiska besvär i VGR gjordes 73 procent inom BUP och 27 procent av läkare inom BUM och PV.

Sammanfattningsvis hade ett förhållandevis stort antal barn- och ungdomar kontakt med BUM och PV för samma typ av psykiska problem som man söker på BUP för, men med färre uppföljningsbesök än hos BUP. Flertalet sökande hos BUM och PV träffade en läkare, medan de flesta besöken hos BUP var till en psykolog och/eller kurator.

Habiliteringens verksamhet kring barn- och ungdomar med psykiska problem

Barn- och ungdomshabiliteringen riktar sig till barn och ungdomar 0-18 år med medfödda eller förvärvade motoriska och/eller kognitiva funktionshinder som ger betydande och varaktiga svårigheter i vardagen. I målgruppen ingår barn- och ungdomar med neuropsykiatriska störningar, t.ex. autism eller svår hyperaktivitetsstörning kombinerat med motoriska och kognitiva svårigheter. Det krävs en individuell bedömning för att avgöra vilka av barnets/ungdomens svårigheter som ska åtgärdas inom habiliteringen, inom BUP eller hos BUM. Ofta krävs gemensamma insatser från ovanstående instanser i samverkan.

Under 2005 var 5 000 barn och ungdomar aktuella inom barn- och ungdomshabiliteringen, varav 1 800 (35 %) hade en neuropsykiatrisk diagnos antingen som enda diagnos eller som tilläggsdiagnos. Under 2005 antogs 630 nya remisser, varav patienter med neuropsykiatriska störningar utgjorde 1/3.

Övriga vårdgivares förskrivning av psykofarmaka

Förutom läkarna inom BUP är läkare inom BUM, habilitering och Primärvården förskrivare av psykofarmaka till barn- och ungdom. På grund av svårigheter att separera olika förskrivare redovisas alla förskrivare utanför BUP som övriga.

BUP och övriga förskrivare av psykofarmaka till barn- och ungdom skrev ut samma typ av läkemedel. Antidepressiva och psykostimulantia var de två mest förskrivna läkemedlen både inom BUP (49 % respektive 43 %) och bland övriga förskrivare (28 % respektive 55 %).

Tabell 22 BUP respektive övriga vårdgivares förskrivning av psykofarmaka till barn- och ungdomar 0-17 år i VGR 2005, procentuell fördelning mellan olika förskrivargrupper

Förskrivning 2005 Läkemedelsgrupp	Andel av förskrivningar %		Summa %
	BUP	Övriga	
Antidepressiva	71	29	100
Sömnmedel	43	57	100
Lugnande medel	23	77	100
Neuroleptika	72	28	100
Psykostimulantia	52	48	100

BUP förskrev i jämförelse med övriga mer antidepressiva, och neuroleptika. Psykostimulantia förskrevs i ungefär lika hög grad, medan lugnande medel och sömnmedel förskrevs i högre grad av läkare utanför BUP. Andelen barn- och ungdomar med psykiska problem som fick träffa en läkare inom BUM och PV (27 %) respektive BUP (73 %) kan förklara den förhållandevis stora mängden psykofarmaka förskrivna till barn- och ungdomar av läkare utanför BUP. Barn- och ungdomar med hyperaktivitet- och koncentrationsstörning behandlas inom både BUP, BUM och barn- och ungdomshabiliteringen, vilket bör beaktas vid jämförelse av förskrivning av psykostimulantia mellan BUP och övriga förskrivare. Det bör också påpekas att i läkemedelsgruppen lugnande medel ingår läkemedel mot krampsjukdom.

Referenser

- Det gäller livet, Barnpsykiatrikommitténs betänkande, SOU 1998:31
- Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa – förslag till nationella återkommande undersökningar, Socialstyrelsen, 2004
- Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa – en arbetsrapport från ”Göteborgspiloten”, Folkhälsokommitténs kansli, Västra Götalandsregionen, 2004
- Ofärd i välfärden, SOU 2001: 54
- Barns och ungdomars välfärd, SOU 2001:55
- Välfärdsbokslut för 1990-talet, SOU 2001:79
- Psykisk ohälsa hos barn, ungdomar och vuxna, Del 1 En beskrivning av området, Medicinska program i Östergötland, 1998