

Ett utvecklat samarbete

- Riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder

Ett utvecklat samarbete mellan verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder

Bakgrund

Regionfullmäktige beslutade 2007 att den regionala utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri ska vara ett grundläggande styrande dokument samt att planen ska ligga till grund för vårdens framtida utveckling. I planen nämns som viktiga utvecklingsfrågor att tydliggöra ansvarsfördelningen kring barn och ungdomar med psykisk ohälsa mellan barn- och ungdomspsykiatri och primärvården, mellan barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomsmedicin samt mellan barn- och ungdomspsykiatri och barn- och ungdomshabiliteringen

Primärvårdens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är att vara en del av den öppna vården, utan avgränsning vad gäller sjukdom, ålder eller patientgrupp. De ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

I den regionala utvecklingsplanen anges som önskvärt läge år 2012 att ”primärvården är väl etablerad som första linjens vård för barn och ungdomar med psykiska problem. Ansvarsgränsen mellan primärvården och BUP för barn och ungdomar under 18 år är tydliggjord. Ett mycket välutvecklat samarbete finns mellan vårdcentraler och BUP.”

Ungdomsmottagningarna ser alltför många ungdomar med psykiska besvär. I regionalt styrdokument, beslutat av regionfullmäktige 2005, anges att ungdomsmottagningarna ska erbjuda stödjande och behandlande insatser för att tidigt upptäcka, ge råd, stöd och behandling av sociala och lättare psykiska problem samt att lotsa ungdomar till annan vårdgivare vid behov.

Barn- och ungdomsmedicins respektive barn- och ungdomshabiliteringens verksamhet kring barn och ungdomar med psykiska och neuropsykiatriska problem överlappar stort med barn- och ungdomspsykiatriens verksamhet. Patientsamverkan och samordning av resurser och olika kompetenser sker sporadiskt och ansvarsgränserna är otydliga och ser olika ut inom regionen.

I utvecklingsplanen anges därför som önskvärt läge år 2012 att ”BUP:s distriktsmottagningar, barn- och ungdomsmedicinmottagningar och barn- och ungdomshabiliteringens mottagningar samverkar kontinuerligt kring gemensamma patientgrupper. Verksamheterna arbetar alltid flexibelt och bidrar med sina olika kompetenser och vid behov gemensamma insatser kring enskilda individer. Verksamheterna är samlokaliserade utifrån lokala förutsättningar”.

I enlighet med den regionala utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri gav hälso- och sjukvårdsutskottet den 9 maj 2007 (RSK 341-2005) i uppdrag åt hälso- och sjukvårdsdirektören att initiera ett samarbete mellan verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder. Uppdraget innebär att

- Identifiera aktuella patientgrupper och tydliggöra ansvarsgränser mellan berörda verksamheter
- Identifiera vårdkedjor och beskriva dem
- Utveckla konsultationsmodeller och andra former för samverkan mellan berörda verksamheter
- Inventera behov av gemensamma vårdprogram
- Göra en översyn av behov av kompetensutveckling

Utvecklingsarbetet skall överensstämma med den utveckling av samverkan mellan regionen och kommunerna som sker i enlighet med de s.k. Västbusriktlinjerna. Det ska också ligga i linje med aktuella nationella och regionala riktlinjer och rekommendationer.

Projektledare har varit Stephan Ehlers, medicinsk rådgivare på Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionkansliet, och dessutom ordförande i medicinska sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri. Projektansvarig har varit Christina Möller, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionkansliet. Arbetet har bedrivits tillsammans med en projektgrupp med följande representation: Monica-Ericsson-Sjöström, Tuulikki Jahre och Per Häggblad primärvården/allmänmedicin, Mariann Grufman, och Lazlo Erdes barn- och ungdomsmedicin, Gunnar Braathen och Christer Larsson barn- och ungdomshabiliteringen, Gerd Karlsson, Suzanne Guregård, Paul Uvebrant och Ingela Heimann barn- och ungdomspsykiatri (Ingela Heimann även allmänpsykiatri) och Marika Fixell hälso och sjukvårdskansliet.

De fackliga organisationerna har inbjudits att delta med en referensgrupp. Projektledningen har haft avstämning med representanter för Kommunal, SACO, SKTF, SSR och Vårdförbundet.

Aktuella patientgrupper och tydliggörande av ansvarsgränser

En viktig del i samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och allmänmedicinsk verksamhet på vårdcentraler (VC), barn- och ungdomsmedicin (BUM) och barn- och ungdomshabilitering (BUH) är att verksamheterna utvecklar kunskap om barn och ungdomars psykiska ohälsa för att så tidigt som möjligt kunna upptäcka och identifiera psykiska problem bland de barn och ungdomar som söker första gången eller bland dem som på grund av kroppslig sjukdom eller funktionshinder har kontinuerlig kontakt med VC, BUM eller BUH. Det är viktigt att kunna särskilja för åldern normala fluktuationer i humör och beteende från symtom och beteendemönster som signalerar psykisk ohälsa i form av:

- Kroppsliga symtom som ont i huvudet, magen eller ryggen eller sömnproblem
- Avvikande längd eller viktutveckling
- Försämrade skolprestationer
- Nedstämdhet och uppgivenhet
- Passivitet, minskat intresse och lust att göra saker
- Ensamhetskänsla, social isolering
- Lättirriterat beteende
- Utagerande beteende, kamratkonflikter
- Bristande uthållighet
- Självskadande beteende
- Missbruk
- Antisocialt beteende
- Udda beteenden

Vid misstanke om psykisk ohälsa bör VC, BUM och BUH kunna bedöma om barnet eller ungdomen:

1. Är ledsen, deprimerad och/eller självmordsbenägen
2. Är överaktiv, impulsiv, okoncentrerad
3. Har autistiska symtom
4. Är orolig och har ångest och/eller tvång
5. Har en ätstörning
6. Har psykotiska symtom
7. Är socialt utsatt och far illa

8. Har beroendeproblem

Gemensamt för behandlande personal inom VC, BUM och BUH ska kunna identifiera de olika typerna av psykisk ohälsa, störning och funktionshinder och kunna bedöma symtomens svårighetsgrad och nedsättning av psykosocial funktionsförmåga med hjälp av Global funktionskattningsskala (GAF) eller motsvarande skattningsskala.

Utvecklingen av samarbetet mellan barn- och ungdomspsykiatri, allmänmedicin, barn- och ungdomshabiliteringen respektive barn- och ungdomsmedicin beskrivs i bilaga 1 – 3.

Gemensamma medicinska prioriteringar för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder

För att ange vilken vårdnivå som ska ansvara för en viss åtgärd vid ett visst tillstånd svårighetsgrad har aktuella regionala medicinska prioriteringar för BUP tillsammans med förslag till nationella riktlinjer för depression och ångest utgjort underlag för definition och beskrivning av:

- Psykiskt tillstånd enligt ICD-10/KSH-97,
- Svårighetsgrad baserat på psykosocial funktionsförmåga (GAF)
- Åtgärdsrekommendationer enligt
 - Risk
 - Patientnytta
 - Evidens
 - Qaly
 - Hälsoekonomisk evidens
- Rangordning av åtgärder.
- Vårdnivå har kompletterats med möjliga vårdgivare på primärvårds- respektive länssjukvårdsnivå för att tydliggöra att vid psykiska problem av lindrig svårighetsgrad bör flera vårdgivare kunna erbjuda rekommenderad åtgärd till skillnad från vid allvarigare symtombild som huvudsakligen faller på BUP att ansvara för.

Vårdkedjor

Vårdkedjor mellan BUP och VC, BUM respektive BUH beskrivs i avsnittet om aktuella patientgrupper, i medicinska prioriteringar och i konsultationsmodellerna.

Behov av gemensamma vårdprogram

De för BUP, VC, BUM och BUH gemensamma medicinska prioriteringarna behöver kompletteras med regionala vårdprogram gemensamma för de fyra verksamheterna kring barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder. För närvarande pågår ett sådant vårdprogramarbete kring ADHD.

Behov av kompetensutveckling

Viss kompetensutveckling krävs för att BUP:s samarbete med VC, BUM och BUH ska utvecklas i enlighet med föreslagen samverkansmodell. För att realisera modellen behövs utbildningssatsningar inom verksamheterna specificerade i respektive bilaga.

Bilaga 1¹

Vårdcentralens samarbete med barn- och ungdomspsykiatri

Ansvarsgränser för identifikation, utredning och behandling

I krav- och kvalitetsbok för VG primärvård (punkt 2.2.1) anges att vårdenhetens åtagande omfattar bedömning, rådgivning, behandling och rehabilitering av barn och ungdomar med psykisk ohälsa, psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder i de fall som inte kräver psykiatrisk specialistsjukvård. Psykoterapeutiska behandlingar ska ha karaktär av korttidsterapi. Psykologisk behandling med kognitiv beteendeterapi (KBT) ska kunna erbjudas.

Den första bedömningen – en förutsättning för prioritering

Allmänmedicins viktigaste uppgift är den första bedömningen. Vid psykisk ohälsa hos barn och ungdomar innebär det att bedöma symtomens allvarlighetsgrad och den unges psykosociala funktionsförmåga i familjen, bland kamrater, i förskola eller skola. VC åtgärdar lindriga tillstånd samt konsulterar eller remitterar till BUP vid svårare problem. En bedömning måste alltid göras om barnets eller ungdomens psykiska tillstånd riskerar att försämrans över tiden. Alla barn och ungdomar med psykosmisstanke eller misstanke om bipolär sjukdom, suicidrisk, självskadebeteende, tvång eller ätstörning med viktnedgång eller kombinerad med andra psykiska problem remitteras till BUP eller till unga vuxna team inom vuxenpsykiatri enligt lokal överenskommelse. Vid förekomst av psykosociala problem i familjen eller närmiljön skall socialtjänsten kontaktas.

1.1. Barn och ungdomar som är ledsna, deprimerade och/eller självmordsbenägna

VC identifierar, bedömer, utreder och behandlar så länge problemen är lindriga (GAF >60). VC gör somatisk utredning vid behov. VC erbjuder psykopedagogiskt inriktat stöd och rådgivning. För tonåringar - runt 16 år och äldre - skall VC även erbjuda samtalsbehandling. Närstående skall erbjudas möjlighet att delta vid behandling av barn och yngre tonåringar och när det är önskvärt vid behandling av äldre tonåringar. Barn och ungdomar remitteras till BUP vid varaktigt lindrigt depressivt tillstånd, vid måttliga och svårare depressiva symtom, (GAF <60) vid misstanke om bipolär sjukdom eller vid behov av suicidriskbedömning.

1.2. Barn och ungdomar med krisreaktioner

VC identifierar, bedömer, utreder och behandlar lindriga krisreaktioner (GAF >60) och remitterar till BUP vid ihållande eller djupare krisreaktioner.

2.1. Barn och ungdomar som är överaktiva, impulsiva, okoncentrerade och/eller med utvecklingsavvikelse

VC identifierar och bedömer symtomens allvarlighetsgrad och funktionsförmågan som den visar sig i familjen, bland kamrater, i förskola och skola samt förekomst av psykosociala problem i närmiljön. Vid misstanke om ADHD eller utvecklingsavvikelse remiss till BUP eller BUM enligt lokal överenskommelse.

2.2. Barn och ungdomar med misstänkt autismspektrumstörning och/eller med utvecklingsavvikelse

VC identifierar symtom och remitterar till BUP eller BUM enligt lokal överenskommelse.

¹ Bilaga 1 utgör det dokument som hänvisas till i Krav- och kvalitetsbok för VG primärvård i fotnot under punkt 2.2.1 Åtagande om psykisk ohälsa.

3.1. Barn och ungdomar med oro och ångest

VC identifierar, bedömer, utreder och behandlar så länge problemen är lindriga (GAF >60). VC utreder somatiska differentialdiagnoser i förekommande fall. VC erbjuder psykopedagogiskt inriktat stöd och rådgivning. För tonåringar - runt 16 år och äldre - skall VC även erbjuda samtalsbehandling. Närstående skall erbjudas möjlighet att delta vid behandling av barn och yngre tonåringar och när det är önskvärt vid behandling av äldre tonåringar. Barn och ungdomar *remitteras till BUP* vid måttliga och svårare ångestsymtom.

3.2. Barn och ungdomar med tvång

VC identifierar, bedömer, utreder och behandlar så länge problemen är lindriga (GAF >60), annars *remiss till BUP*.

4. Barn och ungdomar med ätstörning

VC identifierar, bedömer, utreder och behandlar så länge ätstörningen är lindrig (GAF >60). Vid anorexi och bulimi kan allmänmedicin ansvara för somatisk utredning och kontroll, men oftast krävs så pass mycket resurser och erfarenhet att *remiss till specialiserad ätstörningsenhet inom PV, BUP eller VUP* blir aktuellt även vid lindrig anorexi och bulimi.

5. Barn och ungdomar med symtom på psykos eller bipolär sjukdom

VC identifierar symtom och *remitterar till BUP eller till unga vuxna team inom VUP*.

6. Barn och ungdomar som är socialt utsatta och far illa

VC identifierar problemet och gör anmälan till socialtjänsten. Vid mobbning kontaktas i första hand elevvårdsteamet. *BUP konsulteras* vid behov av utredning och behandling av psykiska problem.

7. Barn och ungdomar med beroendeproblem

Användning av droger/skadliga substanser blir allt vanligare även i yngre åldrar. Vid symtom på trötthet ångest och depression och ökad frånvaro från skolan bör strukturerad bedömning av beroendeproblem göras exempelvis med AUDIT och DUDIT. *VC identifierar och bedömer* samt gör anmälan till socialtjänsten. *BUP konsulteras* vid behov för bedömning av psykiska symtom.

Konsultationsmodell mellan vårdcentraler och barn- och ungdomspsykiatri

Allmänmedicin bedömer att regelbundna konsultmöten mellan VC och BUP får anpassas i takt med behovet. Det får därför ske vid behov via överenskommelse på enhetschefsnivå. I det längre perspektivet beräknas konsultationsbehovet öka i takt med att fler barn och ungdomar med psykiska problem söker hjälp på vårdcentraler. Konsultationerna skall handla om specifika frågeställningar för enskilda patienter inför remittering eller som ett stöd i pågående behandlingsarbete.

- VC anmäler till konsultationsmöte med frågeställning för de patienter som skall tas upp på konsultmöte med BUP. Frågeställningarna skickas till BUP innan konsultmötet. Sjuksköterska från VC informerar patienten och/eller närstående om diskussion och planerat konsultmöte.
- Konsultationsmöte när patient och närstående inte deltar: aktuella frågeställningar och ansvarsfördelning mellan VC och BUP för vidare utredning och behandling diskuteras och dokumenteras. VC informerar närstående om planerade åtgärder och upprättat vid behov en vårdplan tillsammans med patient och/eller närstående.

- Konsultationsmöte tillsammans med patient och/eller närstående: aktuella frågeställningar och behov av vidare utredning och behandling diskuteras mellan VC och BUP tillsammans med patienten och/eller närstående. En gemensam vårdplan upprättas i samråd med patient och/eller närstående.

Deltagare

- VC Läkare, psykolog, kurator och sjuksköterska
- BUP Barnpsykiater, psykiatrisjuksköterska, psykolog och kurator

Antal konsultationer och övriga rutiner utarbetas efter lokala förutsättningar, men för att utveckla en patientcentrerad konsultationsmodell bör regelbundna möten ske minst 2 gånger per år. De anmälda ärendenas vårdbehov avgör vilka yrkeskategorier som bör medverka vid konsultationstillfället. Den beskrivna modellen utesluter inte möjligheten att remittera direkt till BUP. Modellen ger också möjlighet för BUP att anmäla patienter i behov av uppföljning inom primärvården efter 18 års ålder.

Behov av kompetensutveckling

För att VC skall kunna identifiera, bedöma, utreda och behandla barn och ungdomar med psykiska symtom behövs följande kompetensutveckling:

- Utbildning i GAF för att lära ett standardiserat sätt att bedöma svårighetsgraden i barns och ungdomars psykiska symtom och nedsättning av psykosocial funktionsförmåga
- I psykopedagogiskt förhållningssätt
- Basutbildning i KBT 45 poäng
- Påbyggnadsutbildning i KBT 60 poäng för legitimerade psykologer och psykoterapeuter
- Symtom och tecken på självmordsbenägenhet hos ungdomar
- Symtom på allvarlig psykisk störning hos ungdomar
- Ätstörningar hos barn och ungdomar

Bilaga 2

Barn- och ungdomshabiliteringens samarbete med barn- och ungdomspsykiatri

Ansvarsgränser för identifikation, utredning och behandling

Barn och ungdomshabiliteringens målgrupp - barn och ungdomar med kognitiv utvecklingsstörning, autismspektrumstörning och/eller rörelsehinder - utgör en känd riskgrupp när det gäller psykisk ohälsa. Hos barn och ungdomar med svåra funktionsnedsättningar kan symtom på psykisk ohälsa både vara svåra att identifiera och att behandla. Man måste vara väl förtrogen med barnets eller ungdomens grundläggande funktionsnedsättning för att kunna bedöma i vilken grad exempelvis depression eller ångest påverkar den psykosociala funktionsförmågan. Det är därför viktigt att handläggandet av dessa problem sker i samarbete mellan BUH och BUP så att bägge verksamheternas kompetensområden tillvaratas.

BUH föreslås ansvara för utredning och behandling av barn och ungdomar med lindriga och måttliga psykiska symtom och BUP för utredning och behandling av barn och ungdomar med svårare problem. Undantag gäller för de barn och ungdomar inom grupp 5, som visar symtom på allvarlig psykisk störning, där BUP skall konsulteras direkt efter identifikation.

1.1. Barn och ungdomar som är ledsna, deprimerade och/eller självmordsbenägna

BUH identifierar, utreder och behandlar så länge problemen är lindriga till måttliga (GAF >50). BUH gör somatisk utredning vid behov. Lindriga depressiva besvär behandlas med stödjande psykopedagogisk rådgivning. Samtalsbehandling erbjuds vid lindriga till måttliga depressiva problem och läkemedelsbehandling vid behov vid måttliga depressiva problem hos barn och ungdomar. Närstående skall erbjudas möjlighet att delta i behandling av barn och yngre tonåringar och när det är önskvärt vid behandling av äldre tonåringar. *BUP konsulteras* vid varaktigt lindrigt depressivt tillstånd, vid måttliga och svårare depressiva symtom, (GAF <50) vid misstanke om bipolär sjukdom eller vid behov av suicidriskbedömning.

1.2. Barn och ungdomar med krisreaktioner

BUH ger stödjande insatser vid lindriga till måttliga reaktioner (GAF>50) och *konsulteras BUP* vid ihållande eller djupare krisreaktioner.

2.1. Barn och ungdomar som är överaktiva, impulsiva, okoncentrerade och/eller med utvecklingsavvikelser

BUH identifierar, utreder och ger habiliterande insatser gällande den grundläggande funktionsnedsättningen samt behandlar associerade psykiska symtom hos barn- och ungdomar inom den egna verksamheten. Vid svårutredda eller svårbehandlade fall *konsulteras BUP eller enheten för barnneuropsykiatri (BNK), vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus (DSBUS)*. *BUP konsulteras* vid nedsatt psykosocial förmåga på grund av associerade psykiska problem av måttlig och allvarligare svårighetsgrad (GAF <50).

2.2. Barn och ungdomar med autismspektrumstörning och/eller med utvecklingsavvikelser

BUH identifierar, utreder och ger habiliterande insatser gällande den grundläggande funktionsnedsättningen samt behandlar associerade psykiska symtom hos barn- och ungdomar inom den egna verksamheten. Vid svårutredda eller svårbehandlade fall *konsulteras BNK vid*

DSBUS. BUP konsulteras vid nedsatt psykosocial förmåga på grund av associerade psykiska problem av måttlig och allvarigare svårighetsgrad (GAF <50).

3.1. Barn och ungdomar med oro och ångest

BUH identifierar, bedömer, utreder och behandlar så länge problemen är lindriga till måttliga (GAF >50). BUH gör somatisk utredning vid behov. Lindrig ångest behandlas med stödjande psykopedagogisk rådgivning. Samtalsbehandling erbjuds vid lindriga till måttliga ångestproblem och läkemedelsbehandling vid behov vid måttlig ångest hos ungdomar. Närstående skall erbjudas möjlighet att delta i behandling av barn och yngre tonåringar och när det är önskvärt vid behandling av äldre tonåringar. BUP konsulteras vid måttliga till svårare ångestsymtom (GAF <50).

3.2. Barn och ungdomar med tvång

BUH identifierar, bedömer, utreder och behandlar så länge problemen är lindriga till måttliga (GAF >50) annars konsulteras BUP.

4. Barn och ungdomar med ätstörning

BUH identifierar och bedömer symtom. Ätstörningar relaterade till barnets funktionsnedsättning kan i lindriga till måttliga fall (GAF >50) skötas inom BUH. Anorexi och bulimi kräver även vid lindrig svårighetsgrad (GAF >60) vanligtvis så pass mycket resurser och erfarenhet att remiss till specialiserad ätstörningsenhet inom BUP eller VUP blir aktuellt.

5. Barn och ungdomar med symtom på psykos eller bipolär sjukdom

BUH identifierar symtom och remitterar till BUP

6. Barn och ungdomar som är socialt utsatta och far illa

BUH identifierar problemet och gör anmälan till socialtjänsten. BUP konsulteras vid behov av utredning och behandling av psykiska problem.

7. Barn och ungdomar med beroendeproblem

Användning av droger/skadliga substanser blir allt vanligare även i yngre åldrar. Vid symtom på trötthet ångest och depression och ökad frånvaro från skolan bör strukturerad bedömning av beroendeproblem göras exempelvis med AUDIT och DUDIT. BUH identifierar och bedömer samt gör anmälan till socialtjänsten. BUP konsulteras vid behov.

Konsultationsmodell mellan barn- och ungdomshabiliteringen och barn- och ungdomspsykiatri

- Anmälan till konsultationsmöte: BUH identifierar barn och ungdomar med psykiska problem och anmäler till konsultationsmöte. Habiliteringsläkaren formulerar adekvat frågeställning för de barn som skall tas upp på konsultmöte med BUP. Frågeställningarna skickas till BUP innan konsultmötet. Kontaktperson från BUH informerar familjen om diskussion och planerat konsultmöte.
- Konsultationsmöte när närstående och patient inte deltar: aktuella frågeställningar och ansvarsfördelning mellan BUH och BUP för vidare utredning och behandling diskuteras och dokumenteras. BUH informerar närstående om planerade åtgärder och upprättar en vårdplan i samråd med närstående och patient.
- Konsultationsmöte tillsammans med närstående och patient: aktuella frågeställningar och behov av vidare utredning och behandling diskuteras mellan BUH och BUP. En gemensam vårdplan upprättas i samråd med närstående och patient.

Deltagare

- BUH Habiliteringsläkare, kurator, psykolog, sjuksköterska, specialpedagog m.fl.
- BUP Barnpsykiater, sjuksköterska, psykolog och kurator

Antal konsultationer och övriga rutiner utarbetas efter lokala förutsättningar. De anmälda ärendenas vårdbehov avgör vilka yrkeskategorier som bör medverka vid konsultationstillfället. Den beskrivna modellen utesluter inte möjligheten att remittera direkt till BUP.

Modellen ger också möjlighet för BUP att anmäla patienter, i behov av BUH:s kompetens och insatser, för konsultation.

Behov av kompetensutveckling

För att BUH skall kunna identifiera, bedöma, utreda och behandla barn och ungdomar med psykiska symtom inom habiliteringens målgrupp behövs följande kompetensutveckling:

- Utbildning i GAF för att lära ett standardiserat sätt att bedöma svårighetsgraden i barns och ungdomars psykiska symtom och nedsättning av psykosocial funktionsförmåga
- I psykopedagogiskt förhållningssätt
- Grundläggande psykoterapiutbildning i KBT 45 poäng
- Påbyggnadsutbildning i KBT 60 poäng för legitimerade psykologer och psykoterapeuter
- Symtom och tecken på självmordsbenägenhet hos ungdomar
- Tidiga tecken på allvarlig psykisk störning hos ungdomar

Bilaga 3²

Barn- och ungdomsmedicins samarbete med barn- och ungdomspsykiatrin

Ansvarsgränser för identifikation, utredning och behandling

Vid misstanke om psykisk ohälsa gör BUM en första bedömning. Denna bör innefatta de psykiska symtomens allvarlighetsgrad och funktionsförmågan som den visar sig i familjen, bland kamrater, i förskola och skola samt förekomst av psykosociala problem i närmiljön. Det är viktigt att handläggandet sker i samarbete mellan BUM och BUP så att bägge verksamheternas kompetensområden tillvaratas.

BUM föreslås ansvara för utredning och behandling av barn och ungdomar med lindriga till måttliga psykiska symtom och funktionsnedsättning och BUP för utredning och behandling av barn och ungdomar med svårare problem. Undantag gäller för de barn och ungdomar inom grupp 5, som visar symtom på allvarlig psykisk störning, där BUP skall konsulteras direkt efter identifikation.

1.1. Barn och ungdomar som är ledsna, deprimerade och/eller självmordsbenägna

BUM identifierar, utreder och behandlar så länge problemen är lindriga (GAF >60). BUM gör somatisk utredning vid behov. Lindriga depressiva besvär behandlas med stödjande psykopedagogisk rådgivning. Närstående skall erbjudas möjlighet att delta vid behandling av barn och yngre tonåringar och när det är önskvärt vid behandling av äldre tonåringar. *BUP konsulteras* vid varaktigt lindrigt depressivt tillstånd, vid måttliga och svårare depressiva symtom, (GAF <60) vid misstanke om bipolär sjukdom eller vid behov av suicidriskbedömning.

1.2. Barn och ungdomar med krisreaktioner

BUM ger stödjande insatser till barn och ungdomar vid lindriga krisreaktioner (GAF >60) och *konsulterar BUP* vid ihållande eller djupare krisreaktioner.

2.1. Barn och ungdomar som är överaktiva, impulsiva, okoncentrerade och/eller med utvecklingsavvikelse

BUM identifierar, utreder och behandlar lindriga okomplicerade fall (GAF >60). Vid allvarligare symtombild eller mer komplex problematik på grund av psykiatrisk samsjuklighet eller vid behov av familjeinriktade insatser (t.ex. manualbaserad föräldrautbildning) *remiss till BUP, Neuropsykiatriskt team* (enligt lokal överenskommelse) *BNK vid DSBUS eller till BUH* vid behov av habiliteringsinsatser.

2.2. Barn och ungdomar med autismspektrumstörning och/eller med utvecklingsavvikelse

BUM identifierar, utreder och behandlar lindriga okomplicerade fall (GAF >60). Vid allvarligare symtombild eller mer komplex problematik på grund av psykiatrisk samsjuklighet eller vid behov av familjeinriktade insatser *remiss till BUP, Neuropsykiatriskt team* (enligt lokal överenskommelse), *BNK vid DSBUS eller till BUH* vid behov av habiliteringsinsatser.

² Riktlinjerna omfattar alla BUM-mottagningar i VGR oavsett organisationsform

3.1. Barn och ungdomar med oro och ångest

BUM identifierar, bedömer, utreder och behandlar så länge problemen är lindriga (GAF >60). BUM gör somatisk utredning vid behov. Lindrig ångest behandlas med stödjande psykopedagogisk rådgivning. Närstående skall erbjudas möjlighet att delta vid behandling av barn och yngre tonåringar och när det är önskvärt vid behandling av äldre tonåringar. *BUP konsulteras* vid varaktigt lindrigt ångestillstånd och vid måttliga och svårare ångestsymtom, (GAF <60).

3.2. Barn och ungdomar med tvång

BUM identifierar, bedömer, utreder och behandlar så länge problemen är lindriga (GAF >60) annars remiss till BUP.

4. Barn och ungdomar med ätstörning

BUM identifierar, utreder och behandlar. Anorexi och bulimi kräver även vid lindrig svårighetsgrad (GAF >60) vanligtvis så pass mycket resurser och erfarenhet att *remiss till specialiserad ätstörningsenhet inom BUP eller VUP blir aktuellt*. Inom regionen finns lokala samverkansmodeller där BUM ansvarar för somatiska åtgärder och BUP för psykiatriska insatser.

5. Barn och ungdomar med symtom på psykos eller bipolär sjukdom

BUM identifierar symtom och remitterar till BUP.

6. Barn och ungdomar som är socialt utsatta och far illa

BUM identifierar problemet och gör anmälan socialtjänsten. *BUP konsulteras* vid behov av utredning och behandling av psykiska problem.

7. Barn och ungdomar med beroendeproblem

Användning av droger/skadliga substanser blir allt vanligare även i yngre åldrar. Vid symtom på trötthet ångest och depression och ökad frånvaro från skolan bör strukturerad bedömning av beroendeproblem göras exempelvis med AUDIT och DUDIT. *BUM identifierar och bedömer* samt gör anmälan till socialtjänsten. *BUP konsulteras* vid behov.

Konsultationsmodell mellan barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomspsykiatri

- BUM identifierar barn och ungdomar med psykiska problem och anmäler till konsultationsmöte. Barnläkaren formulerar adekvat frågeställning för de barn som skall tas upp på konsultmöte med BUP. Frågeställningarna skickas till BUP innan konsultmötet. Sjuksköterska från BUM informerar familjen om diskussion och planerat konsultmöte.
- Konsultationsmöte när närstående och patient inte deltar: aktuella frågeställningar och ansvarsfördelning mellan BUM och BUP för vidare utredning och behandling diskuteras och dokumenteras. BUM informerar närstående om planerade åtgärder och upprättar en vårdplan tillsammans med närstående och patient.
- Konsultationsmöte tillsammans med närstående och patient: aktuella frågeställningar och behov av vidare utredning och behandling diskuteras mellan BUM och BUP. En gemensam vårdplan upprättas i samråd med närstående och patient.

Deltagare

- BUM Barnläkare, psykolog och sjuksköterska
- BUP Barnpsykiater, psykiatrisjuksköterska, psykolog och kurator

Antal konsultationer och övriga rutiner utarbetas efter lokala förutsättningar. De anmälda ärendenas vårdbehov avgör vilka yrkeskategorier som bör medverka vid konsultationstillfället. Den beskrivna modellen utesluter inte möjligheten att remittera direkt till BUP. Konsultationsmodellen ger också möjlighet för BUP att anmäla patienter, i behov av BUM:s kompetens och insatser, för konsultation.

Behov av kompetensutveckling

För att BUM skall kunna identifiera, bedöma, utreda och behandla barn och ungdomar med psykiska symtom och funktionsnedsättningar behövs följande kompetensutveckling:

- Utbildning i GAF för att lära ett standardiserat sätt att bedöma svårighetsgraden i barns och ungdomars psykiska symtom och nedsättning av psykosocial funktionsförmåga
- I psykopedagogiskt förhållningssätt
- Symtom och tecken på självmordsbenägenhet hos ungdomar
- Symtom på allvarlig psykisk störning hos ungdomar