

# Regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri 2017-2020

Antagen av regionfullmäktige 2017-01-31, § 11

# Förord

Denna regionala utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri (BUP-RUP) i Västra Götalandsregionen (VGR) syftar till att utgöra underlag för strategiska utvecklingsområden inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri i VGR för förbättrade vård och stödinsatser till barn och ungdomar med psykisk ohälsa och deras vårdnadshavare. Utvecklingsplanen presenterar också olika behovsgrupper och angelägna utvecklingsområden för att säkerställa att ny kunskap och nya metoder kommer behövande tillgodo samt ett antal förslag till åtgärder som är nödvändiga för att möjliggöra utvecklingen.

Arbetet med utvecklingsplanen har skett i nära samverkan med Sektorsrådet för Barn- och ungdomspsykiatri (SR BUP). Det har skett parallellt med och stämts av mot framtagande av förslaget kring ”Stärkt första linjens vård vid psykisk ohälsa hos barn och unga”. Dialog har under processen förts med patient- och brukarorganisationerna NSPHiG och Autism- och aspergerföreningen och värdefulla synpunkter har kunnat vävas in i skrivningen. Stommen i arbetet har varit framtagande av åtta regionala medicinska riktlinjer (RMR) vars arbetsgrupper har utsetts av SR BUP. Arbetsgruppernas arbete har utgjort grunden i dessa RMR, men är inte identiskt med de skrivningar som återfinns i detta dokument.

Borås i oktober 2016

Lise-Lotte Risö Bergerlind  
Enhetschef  
Kunskapscentrum för psykisk hälsa i VGR

Stephan Ehlers  
Medicinsk rådgivare  
Kunskapscentrum för psykisk hälsa i VGR

# Innehåll

Sammanfattning.....	s. 4
Uppdraget.....	s. 9
Nulägesbeskrivning.....	s. 12
Utveckling över tid.....	s. 15
Diagnoser och diagnostik.....	s. 19
Omvärldsbevakning.....	s. 27
Analys.....	s. 30
Förslag .....	s. 36

# Sammanfattning

I Västra Götalandsregionen finns sedan 2007 en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Med anledning av de gångna åren gav psykiatriberedningen i maj 2015 uppdrag att följa upp och revidera denna plan samt föreslå utvecklingsåtgärder för att senast 2020 nå önskat läge. Målet är att samtliga barn och ungdomar i regionen, oavsett var man bor eller vilka barn- och ungdomspsykiatriska behov man har, ska garanteras en likvärdig tillgänglighet, bedömning, utredning och behandling av god kvalitet. Uppdragstagare är enhetschefen för Kunskapscentrum för psykisk hälsa (KPH) som skapat en projektorganisation för uppdraget. Dialog har förts med brukar-, patient- och närståendeföreningar.

I tidigare plan angavs som önskvärt mål att utveckla BUP till en mer specialiserad del av specialistsjukvården för att öka tillgängligheten till utredning och behandling för barn och ungdomar med svårare psykiska problem och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. För att nå dit angavs insatser kring bl.a. personalförstärkningar, kompetenshöjande insatser och ökad användning av regionala vårdprogram. Uppföljning visar insatser har genomförts på flera områden, bl.a. rekrytering av sjuksköterskor, utbildningsinsatser och framtagande av medicinska riktlinjer för två diagnosområden och dokument för ansvarsfördelning mellan vårdnivåer har tagits fram. Uppdraget med nuvarande handlingsplan har resulterat i intensivt arbete med att ta fram riktlinjer för ytterligare diagnosområden.

Barn- och ungdomspsykiatri bedrivs inom fem sjukhusområden – Kungälv sjukhus, NU-sjukvården, Skaraborgs Sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Södra Älvsborgs sjukhus. Samtliga kliniker förutom Kungälv har heldygnsvårdsavdelningar. Det finns tre enheter med regionala uppdrag bl.a. kring ätstörningsvård och mottagning för könsdysfori. BUP-verksamheterna erbjuder teambaserade insatser vilket innebär tvärprofessionell bedömning gällande utredning, diagnostik och behandling. Beroende på hur respektive hälso- och sjukvårdsnämnd har tecknat avtal finns det också andra aktörer på området som ger insatser till barn och unga, ex. Angereds närsjukhus med deluppdrag kring barn- och ungdomspsykiatri och Mando-kliniken som utreder och behandlar patienter med ätstörningsproblematik. Därutöver finns avtal med privata aktörer ex. för neuropsykiatriska utredningar.

BUP ska erbjuda god tvärprofessionell kompetens för utredning, differentialdiagnostik och behandling av barn och ungdomar utifrån hens symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation. En viktig del i BUPs arbete är ett familjecentrerat arbetssätt och att ge stöd och insatser till föräldrar/anhöriga. Samverkan med andra aktörer är en nödvändig förutsättning för bästa möjliga vård och behandling för den unge. Det finns flera avtal, överenskommelser och riktlinjer som anger grunden för samverkan mellan vårdgrannar.

Det är svårt att ge en överblick av psykisk hälsa och ohälsa bland barn och unga i Västra Götaland. Beroende på vilken källa av statistik som man använder sig av kan man få olika bilder. Vilka begrepp och definitioner man använder sig av - *psykisk hälsa, psykisk ohälsa eller psykiatriskt tillstånd* - spelar också in. Det framstår som att psykisk hälsa är generellt god bland barn och unga men att flickor i tonåren i mindre grad bejakar frågor om man mår bra. Psykisk ohälsa däremot tenderar att öka med åldern och upp emot 7 % av flickorna rapporterar psykisk ohälsa i någon omfattning, siffran är något lägre för pojkar. Genomgående rapporterar flera tiotals procent av ungdomar psykiska besvär, mest uttalat bland flickor. Det har sedan mitten av 1980-talet skett en kraftig ökning av andelen unga med psykiska besvär. Däremot förefaller trenden ha brutits så att andelen unga med psykiska besvär under de senaste 10–15 åren varit förhållandevis stabil, men på hög nivå, utan några säkra tecken på att minska. Förekomsten av allvarigare psykiatriska tillstånd kan följas med

hjälp av hälso- och sjukvårdsregister. De vanligaste barn- och ungdomspsykiatriska tillstånden är ADHD<sup>1</sup>, depressiva tillstånd, autismspektrumtillstånd (AST<sup>2</sup>) och ångesttillstånd. Antalet självmord bland unga har inte minskat.

Antalet besök till BUP har ökat med 29 % mellan åren 2010 och 2015. Antalet individer som haft kontakt med BUP har ökat under samma period med 36 %. Tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri är lagstadgad och gäller såväl till första bedömning som till fördjupad utredning och/eller behandling. Staten har under de senaste åren såväl stimulerat som ställt krav på landstingen att klara gränserna för vårdgarantin. BUP har sedan 2013 haft ökade svårigheter att klara måltalen med stora skillnader mellan BUP-verksamheter inom regionen. Antal unika individer som tvångsvårdats inom BUP ökar tydligt. Åtgärder som förekommer inom tvångsvården är fastspänning, avskiljning och läkemedelstillförsel under fasthållande eller fastspänning.

En förbättrad diagnosättning inom regionen gör det möjligt att jämföra en faktisk prevalens<sup>3</sup> inom VGR med den förväntade prevalensen i befolkningen. För depression så ligger VGR klart under förväntad prevalens för barn mellan 0-12 år, men för tonåringar någorlunda inom prevalensintervallet. VGR ligger klart under förväntad prevalens när det gäller ångestsyndrom och tvångssyndrom. Statistiken för ADHD och AST visar en annan bild. VGR ligger i övre gränssnittet för förväntad prevalens för ADHD hos tonårspojkar, och över förväntad prevalens för tonårsflickor. För AST ligger VGR över förväntad prevalens, särskilt för tonårsflickor. I genomsnitt begår 8-9 ungdomar i åldersgruppen 15-19 år suicid varje år i VGR.

Statistiken visar att BUP behöver bli bättre på att identifiera vanliga tillstånd som depression, ångest och tvång hos barn och ungdomar och att förhållandevis många barn och ungdomar får en ADHD och/eller AST diagnos. Detta understryker vikten av att BUP har en barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens med tillräcklig bredd och djup för att kunna göra differentialdiagnostiska bedömningar.

Forskning och utveckling är av stor betydelse för att kunna erbjuda patienter nya utredning- och behandlingsmetoder. Inom klinisk verksamhet kan personer med forskningserfarenhet göra viktiga bidrag genom t.ex. undervisning och handledning. Forskningen inom detta område är huvudsakligen inriktad på neuropsykiatri och utvecklingsneurologi. Åtgärder för att få fler BUP-verksamheter involverade i forskning och för att den kliniska forskningen ska omfatta fler patient/diagnosgrupper kan vidtas.

I regionen pågår projekt och uppdrag som har bäring på BUPs verksamhet, bl.a. uppdraget "Kraftsamling för fullföljda studier" som innebär att samordna regionens arbete för att identifiera och föreslå åtgärder med positiv påverkan på fullföljda studier. BUP kan bidra till måluppfyllnad genom att upprätthålla hög tillgänglighet, bidra med kvalificerade utredningar, diagnostik och behandlingsinsatser och god samverkan. Vad gäller metodutveckling bör metoder utvecklas för de barn och unga som av något skäl inte tar sig till skolan, s.k. hemmasittare.

Ett annat uppdrag i VGR är inom området missbruk/beroende. Socialstyrelsen utkom i april 2015 med reviderade nationella riktlinjer inom området som syftar till att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder. I det pågående regionuppdraget ingår att analysera hur dagens verksamheter förhåller sig till det som föreslås i riktlinjerna och ta fram handlingsplan med åtgärder. BUP omfattas av riktlinjerna och kommer att inkluderas i kommande utbildningssatsningar och

---

<sup>1</sup> ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder

<sup>2</sup> Autismspektrumtillstånd/AST = ett samlingsnamn för flera olika diagnoser men som för individen innebär begränsningar avseende bl.a. social kommunikation och samspel samt stereotypa beteenden

<sup>3</sup> Prevalens anger den andel individer i en population som har en given sjukdom eller tillstånd. Kan anges som punktprevalens, d.v.s. vid en viss tidpunkt, eller inom ett visst intervall.

ansvarsfördelningsdokument eftersom genomförd analys visar på stora utbildningsbehov för BUPs vidkommande.

I Västra Götalandsregionen finns sedan 2013 ett hyrläkarstopp. Anledningen var att regionen under lång tid haft många hyrläkare och förutom att det är dyrt leder det till kvalitetsbrister, brist i kontinuitet och svårigheter i utvecklingsarbete. BUP-verksamheterna avser att ansluta till satsningen i september 2017.

På nationell nivå har två utredningar genomförts som föreslår åtgärder för en effektiv vård av god kvalitet. Båda dessa utredningar anger ett antal strategiska åtgärder bl.a. nivåstrukturerad vård för att patienter ska få tillgång till patientsäker vård av god kvalitet och för att hälso- och sjukvården ska kunna använda resurser mer effektivt.

Utifrån det arbete som pågår med att ta fram regionala medicinska riktlinjer har varje verksamhetschef gjort konsekvensanalys utifrån respektive klinik. En sammanfattning utifrån ett regionalt perspektiv visar att det blir tydligt att BUP går mot en mer specialiserad vård med ett stort spektrum av insatser. Flera av riktlinjerna innebär ett större åtagande för BUP såväl kvalitativt som kvantitativt, för utredning, behandling och uppföljning. Utifrån patientsäkerhetsperspektivet är det angeläget att enheterna har tillräckligt patientunderlag och personalvolym för att upprätthålla kvalitet, kompetens och också underlätta rekrytering.

Införande av riktlinjerna kommer att kräva stora insatser på utbildningssidan och metodutveckling för att kunna erbjuda det stora spektrum av behandlingsinsatser som finns tillgängliga. Även om utbildningsinsatser genomförts i stor utsträckning krävs ständig påfyllnad p.g.a. personalomsättning. Det behövs också förstärkning av personal, d.v.s. en grundbemanning tillräckligt stor för att möjliggöra behovet av ständig kompetensutveckling. Tillgång till andra yrkeskategorier såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logopedier och dietister behöver också utvecklas. Inom området bipolära syndrom och personer med psykosjukdom kommer en regional enhet att behöva tillskapas. Vad gäller området PTSD/trauma så kan det antas att den utökade befolkningen framförallt från andra länder, flyktingbarn och andelen ensamkommande barn kommer att kräva behov av mer insatser från BUP än hittills.

Såväl medicinska riktlinjer som utvecklingsplanen har fokus på barn- och ungdomspsykiatriens utvecklingsbehov som specialiserad verksamhet och för att skapa ett mer jämlikt utbud med tillgång till ett brett spektrum av högkvalitativa insatser över hela länet, med målet att använda de gemensamma resurserna effektivt. Tillgänglighet till första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa är central för att BUP ska klara sitt uppdrag för de barn och unga som kräver specialistpsykiatriens insatser.

Nationella utredningar pekar på en omställning i vården för att klara utmaningarna inom flera områden. Även för BUPs vidkommande behöver vårdstrukturen gå mot färre och större mottagningar med inbyggd specialisering för att klara dessa utmaningar. Det krävs ett tillräckligt patientunderlag för att kunna erbjuda ex. gruppbehandlingar, men det krävs också för att klara arbetet med befintlig personalstruktur. Små enheter blir alltför sårbara, inte bara i redan svårrekryterade områden, utan för att det breda spektra av insatser kräver personal med kompetens inom många områden. För att tillgodose närheten till barnets naturliga sammanhang i vardagen behövs fler flexibla, mobila lösningar byggas upp.

En barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning måste ha god kompetens inom områdena barn- och ungdomspsykiatri, utvecklingspsykologi och neuropsykologisk testning. Utredning och differentialdiagnostiska överväganden utifrån barnets symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation ska hålla god kvalitet och det är viktigt för att inte missa eller missbedöma psykiatrisk samsjuklighet. En grundläggande kompetens behövs på varje mottagning: barn- och ungdomspsykiater, psykologer, sjuksköterskor, socionomer och sekreterare. Till mottagningar behöver det säkras tillgång till andra specialkompetenser såsom arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister och logopedier.

Inom ramen för uppdraget har också ingått att särskilt ange åtgärder för att nå regionens nollvision om fastspänning och avskiljning i den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården. För att klara detta mål krävs väl anpassade lokaler och vårdmiljöer som minimerar risken för att behöva använda tvångsåtgärder t.ex. tillgång till s.k. lugna rum och möjlighet till avskiljning. Det krävs också rätt kompetens hos personalen och utbildningsinsatser kring lågaffektivt bemötande. Dagens omfattning av de fyra sjukhusförvaltningarnas heldygnsvård bedöms tillräcklig om det också tillskapas en regional enhet för personer med särskilda vårdbehov och kraftigt utagerande beteende med hot och våld. Denna enhet bör tillskapas inom ramen för SU. Uppbyggnad av mellanvårdsformer är viktiga t.ex. dagvård och mobila team som alternativ till heldygnsvård. Utöver detta krävs en väl fungerande öppenvård med utveckling av behandlingsinsatser till patientgrupper som riskerar utagerande beteendestörningar som kan leda till att låst heldygnsvård och tvångsåtgärder blir nödvändiga.

Andra utvecklingsområden för BUPs vidkommande är strukturer för att ta tillvara brukares erfarenheter över vårdens innehåll, såväl i den enskilda vården men också i verksamhetsutveckling och för uppföljning. Detta arbete bör samordnas regionalt i dialog med brukarorganisationer. Det finns också ett behov av att öka kunskaper om hur normer och normativa förväntningar utgör hinder i ett bra bemötande av transpersoner liksom det är angeläget att hitta nya – digitaliserade – format för behandlingsinsatser och kontakt med patienter. Ytterligare förbättringsområden finns inom ramen för hemsidan 1177.se där insatser krävs för en enhetlig struktur på information till medborgarna om såväl verksamheterna och information om psykisk ohälsa.

Förslag till åtgärder:

- En viktig utgångspunkt för utvecklingen för barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet är innehåll och implementering av åtta nya regionala medicinska riktlinjer som tydliggör innehåll och anger kvalitetsbasen i de insatser som ges, oavsett aktör.
- De fem sjukhusförvaltningar som bedriver verksamhet inom barn- och ungdomspsykiatri ska inkomma med ett förslag kring organisering av öppenvård, mobila insatser och mellanvård med syfte att skapa färre och mer robusta mottagningar/enheter till KPH för psykisk hälsa för vidare beredning. Detta arbete ska ske i samråd med hälso- och sjukvårdsnämnderna.
- Regional heldygnsvårdsavdelning om 4-6 platser tillskapas för patienter med starkt utagerande Lokaliseras på BUP/SU tillsammans med BUPs övriga heldygnsvård.
- Regional enhet för patienter med bipolära syndrom/psykotiska symtom tillskapas, inom ramen för BUP/SU.
- Kunskapsnoder tillskapas för att ta tillvara ny kunskap, och driva utvecklingen vidare och föreslå samordnade utbildningsinsatser. Noderna knyts till de områden som finns med i utvecklingsplanen består av medarbetare från respektive klinik och samordnas av KPH.
- En kompetensutvecklingsplan för samtlig personal inom BUP tas fram av sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri med administrativt stöd från KPH.
- En kompetensförsörjningsplan för BUP behöver tas fram för att klara de framtida vårdbehoven. För att avsluta beroendet av personal inom olika bemanningsföretag krävs att alla vakanta tjänster fylls. KPH håller samman arbetet där sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri, koncernstab HR och övriga berörda parter ingår.
- Det behövs förstärkning för att utöka antalet barn- och ungdomspsykiatriker, sjuksköterskor och psykologer och tillgång till arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped och dietist behöver tillgodoseas för att kunna förverkliga kommande regionala medicinska riktlinjer.
- Till stöd för implementering och uppföljning av de insatser och de behov som utvecklingsplanen anger behöver en processledare tillsättas. Organisatorisk hemvist på KPH, i nära samverkan med sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri.

- En gemensam regional rutin för vårdövergången mellan BUP och VUP och omhändertagande av personer runt 18-årsåldern ska tas fram. Detta för att säkra ett jämlikt omhändertagande och för att garantera att en ung person inte hamnar emellan två vårdgivare.
- Regional samordning vad gäller utveckling och uppföljning sker via KPH.



# Uppdraget

## Bakgrund

I Västra Götalandsregionen finns sedan 2007 en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Planen som beslutades i Regionfullmäktige innehöll en målbild för utvecklingen av barn- och ungdomspsykiatri. Med anledning av de gångna åren gav psykiatrieredningen i maj 2015<sup>4</sup> uppdrag att följa upp och revidera föreliggande plan samt föreslå utvecklingsåtgärder för att senast 2020 nå önskat läge.

Utgångspunkten för planen ska vara att beskriva nuläget inom barn- och ungdomspsykiatri och hur dagens verksamhet förhåller sig till förändringar avseende sjukdomsbilder, medicinska metoder och samhällsförändringar i övrigt. Det är viktigt att ansvar och samverkan belyses särskilt för att det ska vara tydligt för barn och familjer att finna en väg in och för att få den vård och det stöd som behövs. För att åstadkomma ett mer nivåstrukturerat och resurseffektivt arbetssätt behöver den nya planen behålla det breda perspektivet.

## Mål och syfte

Målet är att samtliga barn och ungdomar i regionen, oavsett var man bor eller vilka barn- och ungdomspsykiatriska behov man har, ska garanteras en likvärdig tillgänglighet, bedömning, utredning och behandling av god kvalitet.

Uppdraget innebär att utifrån hälso- och sjukvårdsstyrelsens uppdrag, regionfullmäktiges budget 2015 och pågående nationell och regional utveckling följa upp och revidera 2007 års regionala utvecklingsplan för BUP.

Utvecklingsplanen ska innehålla en nulägesbeskrivning och handlingsplan för de fem barn- och ungdomspsykiatriska verksamheterna inom regionen, som beskriver vad som behöver göras inom respektive verksamhet för att nå önskat läge inom både öppenvård och heldygnsvård. Utvecklingsplanen ska också beskriva behov av regiongemensamma enheter för öppen- eller heldygnsvård för specifika patientgrupper.

Pågående relevanta utvecklingsprojekt ska redovisas liksom vårdutbud och verksamhet ska beskrivas ned till verksamhetsnivå. Hälso- och vårdkonsumtionen i VGR ska redovisas. En översyn av tillgängligheten till vård och behandling på verksamhetsnivå ingår i uppdraget.

Regionala medicinska riktlinjer ska uppdateras/utarbetas för diagnosgrupper.

## Avgränsningar

Uppdraget omfattar vård och behandling av barn och ungdomar som är i behov av barn- och ungdomspsykiatrins insatser. Utvecklingsplanen innefattar inte området missbruk och beroende utifrån att detta omfattas i ett pågående regionuppdrag.

## Arbetsorganisation och process

Uppdragsgivare är hälso- och sjukvårdsdirektören. Uppdragstagare är enhetschefen för kunskapscentrum för psykisk hälsa som är projektansvarig. Uppdraget har letts av styrgrupp bestående av:

- Lise-Lotte Risö Bergerlind, enhetschef för kunskapscentrum för psykisk hälsa
- Stephan Ehlers, barn- och ungdomspsykiater, medicinsk rådgivare
- Katarina Andersson, ordförande sektorsrådet BUP/verksamhetschef vid BUP, Kungälvssjukhus.

---

<sup>4</sup> Protokoll från psykiatrieredningen, 2015-05-07, HS 203-2015 § 3

För arbetet med regionala medicinska riktlinjer har särskilda grupper med kliniskt verksamma experter tillskapats med ansvar och fokus på respektive diagnosområde/behovsområde. Dessa gruppers arbete har letts av Stephan Ehlers och processen med riktlinjerna följer det förlopp som koncernstab hälso- och sjukvård har fastställt för riktlinjearbete innan beslut av hälso- och sjukvårdsdirektören.

Dialog har förts kontinuerligt med psykiatriberedningen och sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri. Dialog har även förts med brukar-, patient- och närståendeföreningarna NSPHiG<sup>5</sup> och Autism- och aspergerföreningen.

### Vad har hänt sedan föregående utvecklingsplan?

I 2007 års plan angavs som önskvärt mål att utveckla BUP till en mer specialiserad verksamhet för att öka tillgängligheten till utredning och behandling för barn och ungdomar med svårare psykiska problem och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. För att nå dit angavs följande insatser kring bl.a. personalförstärkningar, kompetenshöjande insatser och ökad användning av regionala vårdprogram. Nedan följer en kort redovisning av dessa insatser.

Insatser:	Uppföljning:
Öka antalet läkare och sjuksköterskor på mottagningarna	Alla mottagningar har ökat antalet sjuksköterskor, en del med påbyggnad specialistpsykiatri eller annan relevant vidareutbildning. En markant ökning. Vad gäller läkare är det en pågående rekrytering av både specialister och ST-läkare. Barnpsykiater en brist, såväl regionalt som nationellt.
Fler psykologer med neuropsykologisk kompetens	Finns god kompetens på de flesta mottagningar idag, samtliga verksamheter har god kompetens att utreda och behandla. Dessutom finns subspecialiserade team för fördjupade utredningar. Dock finns regionala variationer och variationer över tid p.g.a. små sårbara mottagningar.
Regionala utbildningar i standardiserade utredningsmetoder, psykoterapi, manualbaserade föräldrautbildningar och gruppbehandlingar.	Flera regionala utbildningsinsatser har hållits både i utredningsmetodik, behandling, som stöd till föräldrar ex. ADOS, ADI-R, KBT, Komet, Strategi <sup>6</sup> mm. Ständigt pågående påfyllnad hos personal p.g.a. personalomsättning.
Ökad användning av regionala medicinska prioriteringsriktlinjer	Riktlinjer för ansvarsgränser togs fram 2009 <sup>7</sup> men har inte fått det genomslag som krävdes. Nytt dokument är under revidering.
Regionala vårdprogram för de fem vanligaste diagnoserna	Två regionala medicinska riktlinjer (RMR) har tagits fram för diagnosområdena ADHD <sup>8</sup> och ätstörning.
Regional utbildning i standardiserad diagnosättning enligt DSM <sup>9</sup>	Genomförts på olika nivåer.
Tillgång till internetbaserad behandling	Införs nu, har väntat på nationell lösning (plattform) via 1177 Vårdguiden. Etableras behandlingsformer inom VGR.
Ökad möjlighet till akutbesök inom öppenvården	I samtliga delar av regionen finns öppenvårdsmottagningar som har akutansvar mellan kl. 8.00 - 16.00/16.30.
Ökad möjlighet till konsultation för vårdgrannar och samverkanspartners	Öppenvården har utvecklat konsultationsmodeller enligt Västbus riktlinjer med socialtjänst, skola och habilitering.

<sup>5</sup> NSPHiG (Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa i Göteborg och Västra Götaland)

<sup>6</sup> ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule), ADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised), KOMET (KOMmunikationsMETod för föräldrar och lärare), Strategi (manualbaserat föräldrautbildningsprogram)

<sup>7</sup> Ett utvecklat samarbete – Riktlinjer för verksamheter som möter barn och ungdomar med psykisk ohälsa, störning och funktionshinder, VGR

<sup>8</sup> ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) – innebär bristande uppmärksamhet, impulskontroll, hyperaktivitet

<sup>9</sup> DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – innehåller standarddiagnoser för psykiatriska sjukdomstillstånd

## Regional medicinsk riktlinje för ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri

Ett arbete har pågått under lång tid för att ta fram en riktlinje för ansvarsfördelning och konsultation mellan primärvården i Västra Götaland och BUP. Riktlinjen fastställer att primärvården har ett utökat ansvar för bedömning och insatser för barn och ungdomar med lindriga psykiska symtom, medan BUP ansvarar för mer omfattande eller specifika insatser. Riktlinjen är under revidering.

## Regional medicinsk riktlinje för den neuropsykiatriska vården av barn och unga

Ansvarsfördelningen och samverkan rör de två stora patientgrupperna, ADHD och AST<sup>10</sup>.

Ansvarsfördelningen syftar till att tydliggöra ansvar för identifiering, utredning och behandling men även samverkan mellan barn och ungdomsmedicin, barn och ungdomspsykiatri samt barn och ungdomshabilitering. Ansvarsfördelningen innebär ett utökat ansvar för BUP. Det pågår ett arbete att följa upp riktlinjen.

## Primärvården och första linjens vård för psykisk ohälsa

Primärvården och framförallt vårdcentralerna har ett stort uppdrag när det gäller den psykiska ohälsan. Första linjens vård regleras inte i lag utan är upp till varje landsting att själva definiera genom andra vägledande dokument. I Västra Götalandsregionen regleras insatser genom ansvarsfördelningsdokument och i Krav- och kvalitetsboken och vårdöverenskommelser till sjukhusen.

En utredning gjord av koncernkontoret under 2015-2016 visade att primärvården behöver förstärkas och uppdraget kring vem som gör vad enligt första linjens vård behöver tydliggöras. Ett förslag om vårdcentraler med särskilt uppdrag för barn och unga mellan 7-18 år beslutades av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen i juni 2016. Vårdcentralen är den naturliga utgångspunkten utifrån sin närhet till befolkningen och sin grund i allmänmedicinen för att kunna utesluta och behandla somatisk sjukdom även då symtomen ger misstanke om psykisk ohälsa. Vårdcentralerna behöver därför förstärkning såväl resursmässigt som kompetensmässigt. Hälso- och sjukvårdsstyrelsen beslut om förstärkning med bäring på barn och unga innebär i huvudsak att 5-6 vårdcentraler genom tilläggsuppdrag får i uppdrag att, utöver vårdcentralernas ordinarie uppdrag, särskilt ta hand om barn och unga i åldrarna 7-18 år med psykisk ohälsa. Detta prövas nu som pilotprojekt på flera geografiska platser i länet.

---

<sup>10</sup> Autismspektrumtillstånd/AST = ett samlingsnamn för flera olika diagnoser men som för individen innebär begränsningar avseende bl.a. social kommunikation och samspel samt stereotypa beteenden.

# Nulägesbeskrivning

## Organisation

### Öppenvård/dagvård

Barn- och ungdomspsykiatri bedrivs inom fem sjukhusområden – Kungälv's sjukhus (KS), NU-sjukvården, Skaraborgs Sjukhus (SkaS), Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) och Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS). Totalt finns 29 öppenvårdsmottagningar i länet. De flesta verksamhetsområden har också någon form av mobil verksamhet för insatser på andra tider än dagtid.

Sjukhusområde:	Utbudspunkter:
KS	3 öppenvårdsmottagningar - 2 utbudspunkter
NU	6 öppenvårdsmottagningar - 6 utbudspunkter
SkaS	7 öppenvårdsmottagningar - 6 utbudspunkter
SU	5 öppenvårdsmottagningar - 8 utbudspunkter
SÄS	8 öppenvårdsmottagningar - 7 utbudspunkter

### Heldygnsvård

Heldygnsvård bedrivs inom samtliga kliniker förutom Kungälv. SU har 8 akutvårdsplatser och 7 platser för korttidsvård (fem dygn), SÄS och NU-sjukvården har 6 platser vardera och SkaS har 4 platser.

### Regionala enheter

Det finns tre enheter med regionala uppdrag - SÄS/Lundströmmottagningen med uppdrag kring utredning av personer med könsdysfori, SUs slutenvårdsenhet för missbruk och beroende (från 16 år) och SUs ätstörningsmottagning (ålder 16-25 år).

### Inomregionala skillnader att omhänderta invånarnas behov av vård

Inom regionen finns det också andra aktörer beroende på i vilken omfattning resp. hälso- och sjukvårdsnämnderna gett uppdrag. T.ex. finns Angereds närsjukhus med deluppdrag kring barn- och ungdomspsykiatri och lokala överenskommelser med Barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna i Härryda och Mölndal. Även i Skaraborg har barn- och ungdomsmedicin uppdrag kring neuropsykiatriska tillstånd. I Närhälsans regi i Göteborg finns en mottagning för unga vuxna (MUX). Dessutom finns privata aktörer på upphandlade avtal att anlita för utredningar<sup>11</sup> eller för utredning och behandling av ätstörningar (Mandometer-kliniken).

### Verksamhetsidé

BUP ska erbjuda god tvärprofessionell kompetens för utredning, differentialdiagnostik och behandling av barn och ungdomar utifrån hens symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation.

## Samverkan

En viktig del i BUPs arbete är ett familjecentrerat arbetssätt och att ge stöd och insatser till föräldrar/anhöriga. Samverkan med andra aktörer, internt och externt, är en nödvändig förutsättning för bästa möjliga vård och behandling för den unge. BUP samarbetar med barnomsorg, skola, socialtjänst,

<sup>11</sup> S.k. tillgänglighetsavtal med Wemind, Stiftelsen Bräcke Diakoni, KBT-gruppen och Cereb.

ungdomsmottagningar m.fl. Det finns flera avtal, överenskommelser och riktlinjer som anger grunden för samverkan mellan vårdgrannar.

### **Hälso- och sjukvårdsavtal**

Ett avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan VGR och kommunerna i VG. Har funnits sedan regionbildningen 1999 och reglerar ansvarsfördelning och samverkan för hälso- och sjukvård inom de områden där huvudmännen har ett delat hälso- och sjukvårdsansvar. Avtalet baseras på den lagreglerade ansvarsfördelningen och gjorda överenskommelser mellan parterna. Parternas hälso- och sjukvårdsansvar regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Ansvaret omfattar även rehabilitering, habilitering och hjälpmedel. Det gemensamma syftet mellan parterna är att avtalet ska säkra ett gott, säkert och jämlikt omhändertagande stärka och främja samverkan och samarbete mellan parterna för att bidra till ett tryggt och självständigt liv för individen. [Länk till avtalet.](#)

### **Överenskommelse om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning**

Sedan 2011 finns en överenskommelse mellan regionen och länets kommuner om samarbete och samordning av insatser till personer med psykisk funktionsnedsättning eftersom det sedan 2010 finns lagstiftat om utökade skyldigheter mellan region och kommuner för att säkerställa samarbetet kring personer med behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård. Överenskommelsen anger ansvarsgränser mellan huvudmännen och reglerar samverkan runt enskilda individer, och omfattar såväl offentliga som privata utförare. Huvudmännen interna ansvarsfördelning regleras inte. [Länk till överenskommelsen.](#)

### **SOSFS 2008:20 Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering**

Genom Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:20) har skyldigheten skärpts genom att dessa anger att kommunerna och landstingen ska skapa gemensamma rutiner för samordning av insatser. Sedan 2009 finns det för länet framtagna gemensamma rutiner för tillämpning av föreskrifterna. [Länk till gemensamma rutiner.](#)

### **Samverkan mellan kommuner och regionen (Västbus)**

Sedan 2005 finns gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik, s.k. Västbus riktlinjer. Dessa riktlinjer reviderades och kompletterades 2012 med riktlinjer för familjehemsplacerade barn. Riktlinjerna omfattar verksamheter inom hälso- och sjukvården, primärvård, specialistpsykiatri och habilitering, och inom kommunernas socialtjänst och skola. Gäller såväl offentliga som privata utförare. [Länk till Västbus riktlinjer.](#)

### **SIP – samordnad individuell plan**

Sedan 2010 står det i såväl Hälso- och sjukvårdslagen som i Socialtjänstlagen, att för personer som behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvård ska en individuell plan upprättas. Planen ska innehålla:

- Insatser den enskilde behöver
- Huvudmännens ansvar
- Vilka åtgärder som vidtas av någon annan är kommunen och landstinget
- Vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen

I Västra Götaland finns sedan 2015 för regionen och samtliga kommuner en gemensam riktlinje för upprättande av individuella planer, en s.k. SIP (samordnad individuell plan). Dessutom finns blanketter och mallar att använda för arbetet. [Länk till SIP-riktlinje och övrigt material.](#)

### **Konsultationsmodell**

En regional rutin för konsultationsmodell är under framtagande och kommer att tydliggöras i kommande regionala medicinska riktlinje för ansvarsfördelning mellan primärvården och BUP<sup>12</sup>. Konsultationsarbetet omfattar samtliga vårdcentraler anslutna till Västra Götalands primärvård och BUP i Västra Götaland. Målsättningen är att optimera samarbetet mellan primärvården och BUP för att förbättra vården för den enskilde patienten och underlätta arbetet genom kompetensutveckling i vardagen. Det som är bäst för patienten ska vara vägledande. Konsultationsmodellen beskriver flera olika konsultationsvägar beroende på brådskandegrad.

---

<sup>12</sup> Kommentar från sidan 9: Riktlinjer för ansvarsgränser togs fram 2009 men har inte fått det genomslag som krävdes. Nytt dokument är under revidering.

# Utveckling över tid

## Utvecklingen av psykisk hälsa bland barn och unga<sup>13</sup>

Det är svårt att ge en överblick av psykisk hälsa och ohälsa bland barn och unga i Västra Götaland. Beroende på vilken källa av statistik som man använder sig av kan man få olika bilder. Vilka begrepp och definitioner man använder sig av - psykisk hälsa, psykisk ohälsa eller psykiatriskt tillstånd - spelar också in, liksom jämförelser mellan olika åldrar.

Skattningar av *psykisk hälsa* baseras oftast på survey-undersökningar<sup>14</sup>, med innehåll kring olika aspekter av välbefinnande. Det framstår som att psykisk hälsa är generellt god bland barn och unga men att flickor i tonåren i mindre grad bejakar frågor om man mår bra. Denna tendens är mer uttalad för de äldre flickorna och sedan mitten av 00-talet noteras en sjunkande andel med högt välbefinnande i denna grupp.

*Psykisk ohälsa* skattas också oftast med hjälp av survey-undersökningar. Psykisk ohälsa tenderar att öka med åldern och upp emot 7 % av flickorna rapporterar psykisk ohälsa i någon omfattning, siffran är något lägre för pojkar. Mer "raka" frågor om man har specifika psykiska besvär genererar högre andelar flickor och pojkar som bejakar sådana, med de högsta andelarna bland äldre flickor. Här skiljer sig utfallen något beroende på typ av besvär och vilken undersökning som använts, men genomgående rapporterar flera tiotals procent av ungdomar psykiska besvär, mest uttalat bland flickor.

Det har sedan mitten av 1980-talet skett en kraftig ökning av andelen unga med psykiska besvär. Då rapporterade omkring 5–10 % av unga kvinnor olika slags besvär vilket fram till en bit in i 2000-talet ökat till omkring 35–40 %. Man noterar en liknande utveckling bland unga män men mindre dramatisk. Däremot förefaller trenden ha brutits så att andelen unga med psykiska besvär under de senaste 10–15 åren varit förhållandevis stabil, men hög nivå, utan några säkra tecken på att minska. Dock försvåras bedömningen av att undersökningarna skiljer sig åt och att för de yngre barnen saknas i stor utsträckning.

Utvecklingen av *psykiatriska tillstånd* har ett annat mönster. För de lättare tillstånden finns sannolikt ett mörkertal och statistiken underskattar därför förekomsten av dessa. Däremot kan man räkna med att förekomsten av allvarigare tillstånd ganska väl kan följas med hjälp av hälso- och sjukvårdsregister.

Utvecklingen av alkohol- och drogrelaterade tillstånd ser olika ut beroende på vilka datakällor man använder för sin analys. CAN<sup>15</sup> presenterar årligen sin drogvaneundersökning och data därifrån visar att såväl bland ungdomar i årskurs 9 i grundskolan och i årskurs 2 på gymnasiet så har andelen alkoholkonsumenter sjunkit under 2000-talet. Det är fler flickor än pojkar som dricker alkohol. Även årskonsumtionen hos de som dricker syns nedåtgående siffror. Vad gäller narkotikaanvändning framkommer att siffran för de som i åk 9 svarar att de någon gång provat narkotika ligger relativt konstant mellan 5-10 %, för 2014 uppgav runt 8 % att de provat narkotika. För ungdomar i gymnasiet ligger siffrorna runt 17 %. Det är vanliga mer narkotikaerfarenhet hos pojkar, i synnerhet vad gäller mer omfattande narkotikaanvändning.

## Utveckling inom barn- och ungdomspsykiatri i VGR<sup>16</sup>

Under 2000-talet har det skett en kraftig ökning av vårdkonsumtionen p.g.a. psykiatriska diagnoser bland barn och unga. De vanligaste psykiatriska tillstånden är ADHD, depressiva tillstånd, autismspektrumtillstånd och ångesttillstånd. Antalet självmord bland unga har inte minskat på samma sätt som bland vuxna.

<sup>13</sup> Göran Henriksson, Koncernavdelning data och analys, enheten för samhällsanalys.

<sup>14</sup> Datainsamlingar för att få en representativ kartläggning, ofta genom kvantitativa undersökningar med standardiserade frågor.

<sup>15</sup> Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

<sup>16</sup> Catarina Karlberg, Koncernavdelning data och analys, enheten för regional vårdanalys: uppgifter från VEGA

## Besök till barn och ungdomspsykiatri i VGR

Antalet besök till BUP har ökat med 29 % mellan åren 2010 och 2015, från ca 76 500 besök till 99 000 besök. Antalet barn och unga som haft kontakt med BUP har ökat med 36 % under samma period, från ca 10 100 till 13 700 individer.

### Personal

Det är svårt att ge en överblick över personalutvecklingen inom BUP. Det finns inte någon samlad statistik längre tillbaka än 2013. Anledningen till att det är svårt att följa är bl.a. att förändrade upptagningsområden, sammanslagna mottagningar, konvertering av tjänster och organisationsförändringar. Gemensamt för alla verksamheter är en markant ökning av antalet sjuksköterskor från 2007 och framåt. Framförallt gäller utökningen sjuksköterskor i öppenvården som mer än fördubblats.

Barn- och ungdomspsykiatri inom VGR har precis som övriga landet enorma utmaningar gällande rekrytering av kompetent personal och att kunna tillsätta vakanta tjänster. Det har varit länge svårt att rekrytera barn- och ungdomspsykiatriker men det är även svårt att rekrytera psykologer och sjuksköterskor, den mest ansträngda situationen är inom heldygnsvården. Förutom att det är svårrekryterade kompetenser finns idag en mycket högre grad av personalomsättning i jämförelse med 2007 och alla verksamheter erfar stora utmaningar kring rekrytering. Detta innebär stora utmaningar för den personal som är på plats och visar sig tydligast på de små enheterna.

### Tillgänglighet

Tillgänglighet till barn- och ungdomspsykiatri är central och gäller såväl till första bedömning som till fördjupad utredning och/eller behandling. Vårdgaranti är en lagstadgad rättighet och finns reglerad i Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen. Enligt regional vårdgaranti ska ett förstabesök inom barn- och ungdomspsykiatri erbjudas inom 30 dagar. Efter beslut om att genomföra en fördjupad utredning och/eller behandling ska tid erbjudas inom ytterligare 30 dagar.

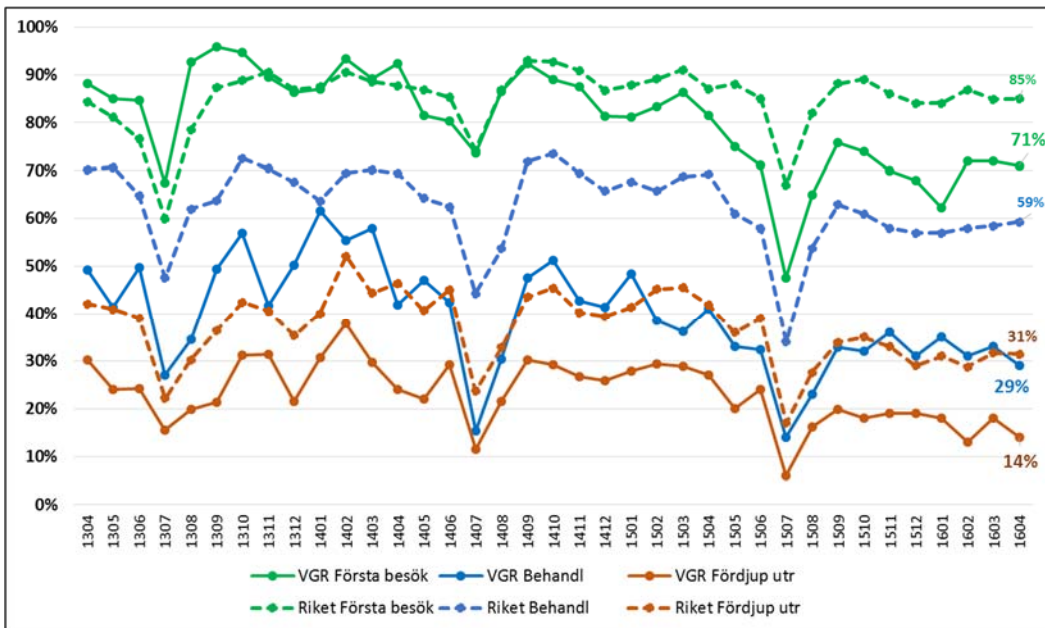
Staten har under de senaste åren såväl stimulerat<sup>17</sup> som ställt krav<sup>18</sup> på landstingen att klara gränserna för vårdgarantin, både vad gäller förstabesök och fördjupad utredning/behandling. BUP har sedan 2013 haft ökade svårigheter att klara måltalen med stora skillnader mellan BUP- verksamheter inom regionen. Det är svårt att göra en skarp analys av situationen beroende på flera faktorer, dels saknas regional statistik från HR och dels har omorganisering skett vilket gör det svårt att följa ex. personalutveckling i relation till organisation. Dels ser vi en kraftig ökning av patienter samtidigt som det föreligger vakanssituationer (särskilt runt personal med spetskompetens) på olika områden.

---

<sup>17</sup> Stimulans via statsbidrag.

<sup>18</sup> Rapportering och mätning i nationella väntetidsdatabasen "Väntetider i vården".

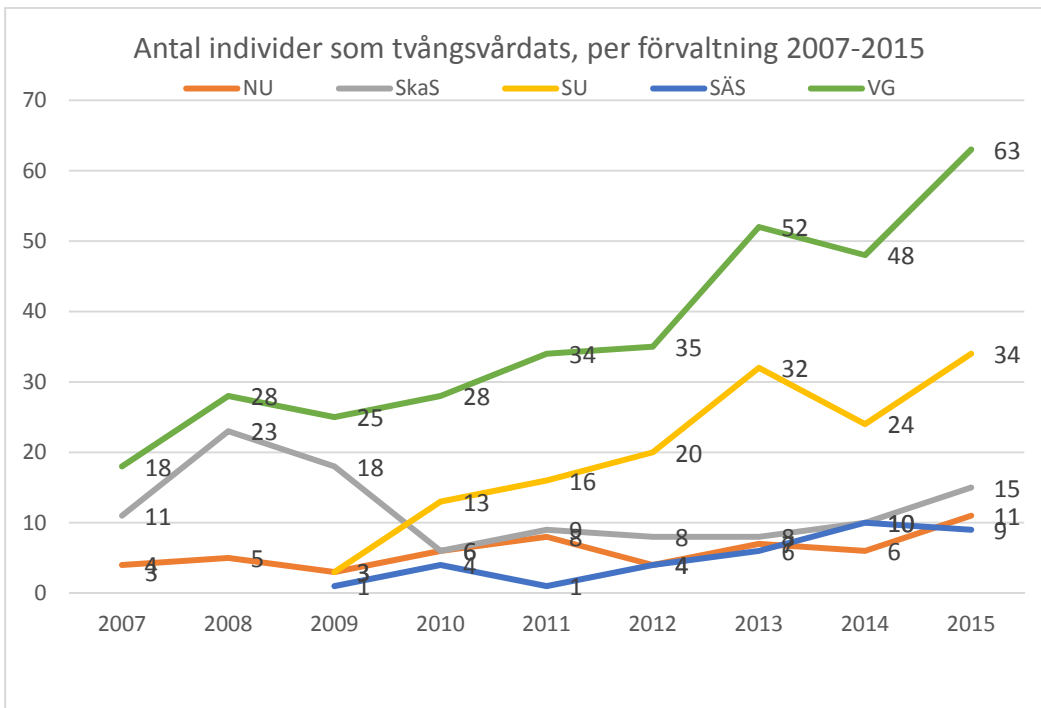




Diagrammet visar tillgänglighet till första besök och fördjupad utredning/behandling inom BUP, VGR jmf med riket som helhet.

### Tvångsvård

Antal unika individer som tvångsvårdats inom BUP ökar tydligt. Utvecklingen ser ungefär liknande ut på samtliga verksamheter som bedriver heldygnsvård. De diagnoser som är mest förekommande är anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress, depressiva episoder, genomgripande utvecklingsstörningar och ätstörningar.

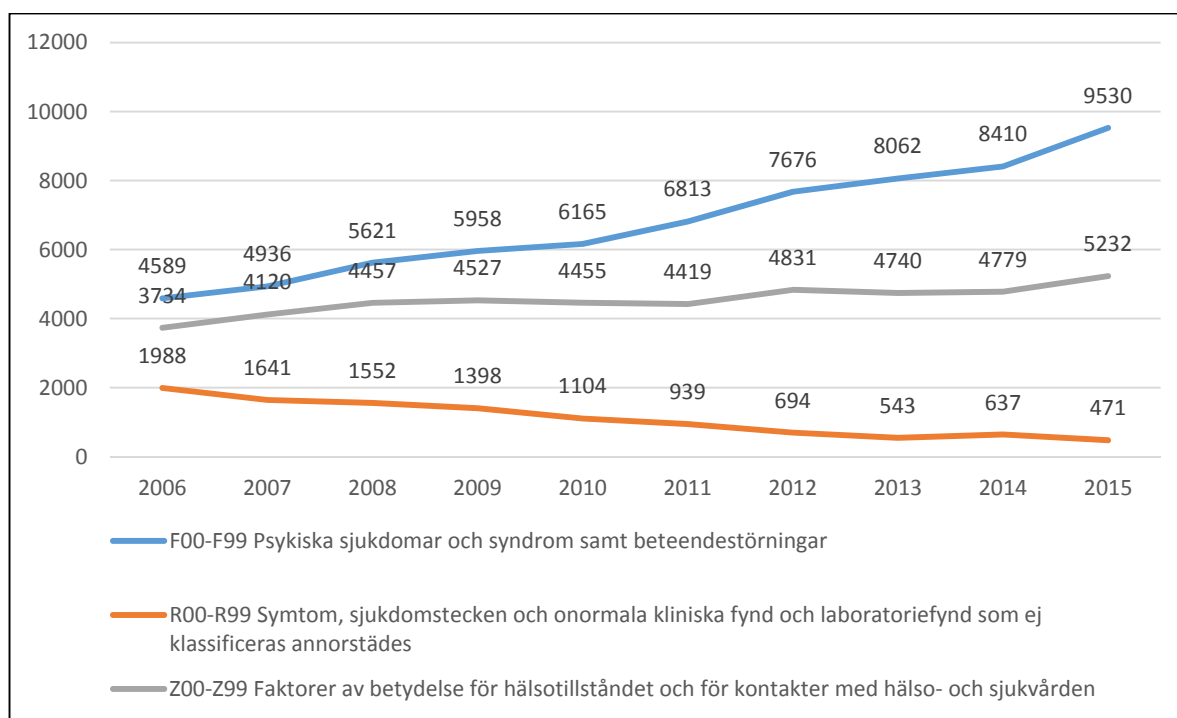


Diagrammet visar antal individer som tvångsvårdats/år. Grön linje visar utvecklingen inom regionen som helhet. KS ingår i SUs heldygnsvård.

Åtgärder som förekommer inom tvångsvården är fastspänning, avskiljning och läkemedelstillförsel under fasthållande eller fastspänning. Enligt lagstiftning ska uppföljande samtal ske efter användande av tvångsåtgärd ske men registrering i våra system är bristfälliga.

### Diagnospanorama

Diagnossättningen inom barn- och ungdomspsykiatri sedan 2006 speglar arbetet med att öka antalet F-diagnoser baserade på evidensbaserade kriterier för psykiatriska tillstånd. Diagrammet visar en tydlig ökning av F-diagnoser och en minskning av R-diagnoser som anger att individen har kontakt med BUP utan vidare specifikation samt Z-diagnoser som anger att utredning pågår och anger psykosociala problem.



Diagrammet visar utvecklingen av huvuddiagnoskodning inom BUP.

# Diagnoser och diagnostik

För att minska gapet mellan evidensbaserade insatser och klinisk praxis ingår som en central del i utvecklingsplanen att ta fram regionala medicinska riktlinjer (RMR) för de största och viktigaste diagnoserna. Här ges en kortfattad beskrivning av diagnoserna och en redovisning av förväntad förekomst (prevalens<sup>19</sup>) bland barn och unga enligt epidemiologiska studier och det faktiska antalet barn och unga som fått diagnosen enligt regionens patientdatabas VEGA. Statistiken ger en indikation på hur väl BUP är på att göra differentialdiagnostiska bedömningar, d.v.s. att utifrån barnets eller tonåringens symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation avgöra vilken eller vilka diagnostiska beteckningar som passar bäst.

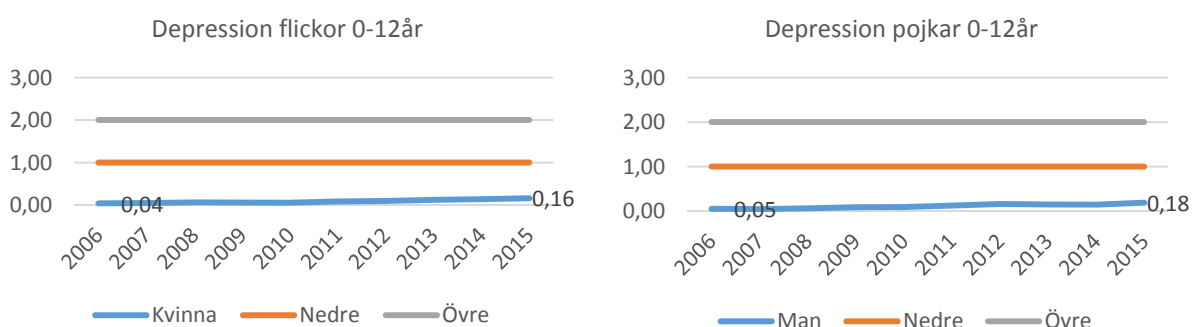
## Depression

Depression påverkar känslor, kognitiva och kroppsliga funktioner och ger nedsatt funktionsförmåga. För tonåringar är depression allvarligt eftersom det depressiva känsloläget sätter ner förmågan att klara skolarbete och sociala relationer, leder till skuld-känslor och en tre gånger så hög suicidrisk jämfört med normalpopulationen. Obehandlade depressioner leder oftast till långa sjukdomsepisoder och ökar risken för återinsjuknande. Symtombilden är ofta blandad med inslag av ångest, ibland tvång, ätstörning och/eller missbruk av alkohol eller droger.

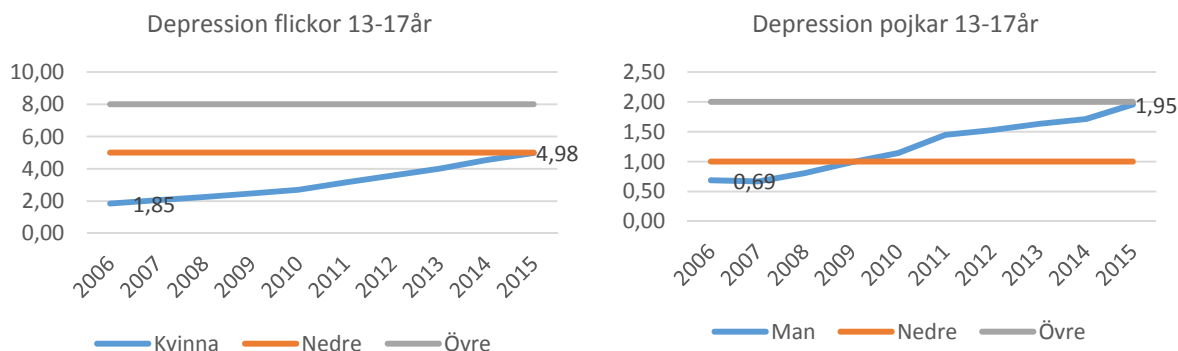
### Prevalens

Förväntad prevalens för depression är 1-2 % hos barn före puberteten oavsett kön. Efter puberteten ökar prevalensen till 5-8 % med 3-4 gångers övertikt för flickor. VEGA-statistiken visar värden klart under förväntad prevalens för barn mellan 0-12 år, för tonårsflickor vid den nedre delen av prevalensintervallet och för tonårspojkar enligt förväntad prevalens.

### Statistik för Västra Götalandsregionen



<sup>19</sup> Prevalens anger den andel individer i en population som har en given sjukdom eller tillstånd. Kan anges som punktprevalens, d.v.s. vid en viss tidpunkt, eller inom ett visst intervall.



Diagrammen visar förekomst av diagnosen depression i olika åldrar och för resp. kön. Grå och röda linjer markerar prevalensgränserna. Blå linje markerar förekomsten inom VGR.

## Suicidalitet

Antalet suicid i Sverige har minskat kontinuerligt sedan 1980-talets början, utom för den yngsta åldersgruppen upp till 17 år. Det finns en mycket stark koppling mellan psykisk ohälsa och suicid, oftast är det frågan om depression. VGR har en nollvision för suicid.

## Prevalens

Varje år tar ca 30-40 svenska ungdomar i åldrarna 15-19 år sina liv. I flera enkätundersökningar uppger 7-8 % av flickorna och 3-4 % av pojkarna att de någon gång försökt ta sitt liv.

## Statistik för Västra Götalandsregionen

I VGR sker i genomsnitt 8-9 självmord per år i åldersgruppen 15-19 år. Det står i proportion till riket som helhet.

## Ångestsyndrom

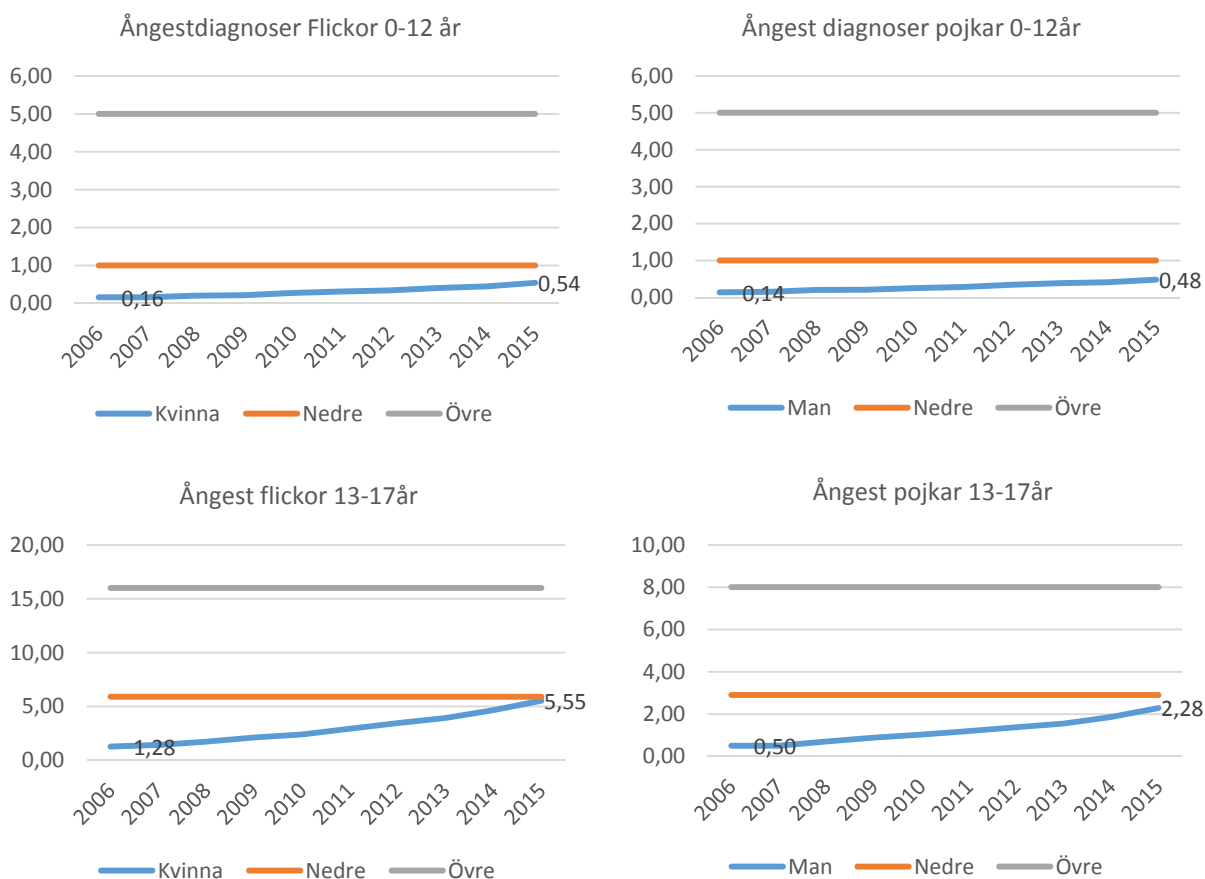
Oro, ängslan, rädsla och ångest är vanligt hos barn och ungdom och har en adaptiv funktion i utvecklingen. När ett flertal symtom på ångest föreligger samtidigt och med sådan varaktighet och intensitet att det medför funktionsnedsättning i den unges vardag så betecknas tillståndet som "ångestsyndrom". Ångeststörning är ett av de vanligaste psykiatriska tillstånden bland barn och ungdomar men ofta utan att uppmärksammas eller behandlas. Ångest förekommer ofta i samband med andra psykiska störningar och är mycket vanligt vid depression hos tonåringar.

*Separationsångest* innebär rädsla att vara ifrån nära anhöriga och leder till svårigheter att lämna hemmet utan en förälder. *Selektiv mutism* kännetecknas av att den unge är stum i sociala sammanhang där hen förväntas tala. *Specifik fobi* innebär rädsla för specifika objekt eller situationer. *Social ångestfobi* innebär att sociala situationer leder till ångest och leder ofta till ett betydande undvikande beteende. *Generaliserat ångestsyndrom* karaktäriseras av oro och förväntansångest för en rad olika saker och händelser och ger en betydande vardagspåverkan.

## Prevalens

Förväntad prevalens för ångeststörningar är 1-5 % för barn upp till 12 år. För tonårsg flickor 6-16 % och för tonårsgpojkar 3-8 %. VEGA-statistiken visar värden klart under förväntad prevalens för barn 0-12 år och för tonåringar oavsett kön strax under det nedre gränsvärdet för förväntad prevalens.

## Statistik för Västra Götalandsregionen



Diagrammen visar förekomst av diagnosen ångestsyndrom i tonåren och för resp. kön. Grå och röda linjer markerar prevalensgränser. Blå linje markerar förekomsten inom VGR.

### Tvångssyndrom (OCD<sup>20</sup>)

Tvångssyndrom och relaterade syndrom är funktions- och livskvalitetsbegränsande tillstånd där individen besväras av tvångstankar och eller tvångshandlingar. Tvångstankar är påträngande ofrivilliga tankar, bilder eller impulser som väcker obehag. Tvångshandlingar är viljestyrda beteenden som utförs för att minska det känslomässiga obehaget, för att neutralisera tvångstankarna eller förhindra att en katastrof inträffar. Ibland beskrivs tvångshandlingarna som ritualer och utförs då på ett särskilt sätt. Det är vanligt att den unge skäms över sina tvång och döljer dem för omgivningen. Tvångstankarna och tvångshandlingar är ofta tidskrävande och plågsamma och påverkar funktionsförmågan negativt. Förekommer med hög samsjuklighet med andra psykiska tillstånd.

*Dysmorfofobi* kännetecknas av överdriven fixering vid inbillade brister i utseendet. *Samlarsyndrom* av överdrivet samlande. *Trichotillomani* av ritualiserat ryckande av hår och *dermatillomani* av upprepat överdrivet pillande/rivande på huden.

### Prevalens

Förväntad prevalens för tvångssyndrom är 1-2 % hos barn och ungdomar oavsett kön.

<sup>20</sup> OCD (Obsessive Compulsive Disorder)

## Statistik för Västra Götalandsregionen

VEGA-statistiken visar på ca 0,2 % för åldersspannet 0-17 år, vilket är klart under förväntad prevalens.

### ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)

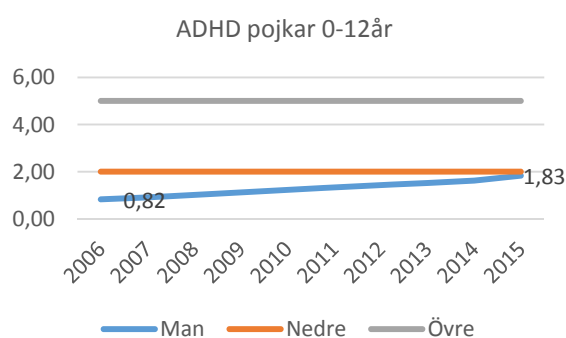
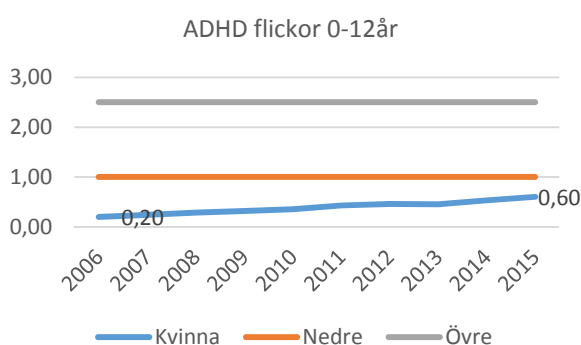
ADHD är en utvecklingsrelaterad funktionsavvikelse som yttrar sig genom bristande förmåga att reglera och anpassa uppmärksamhet, aktivitetsnivå och impulsivitet. Detta kommer till uttryck i flera olika miljöer och påverkar den unges sätt att fungera i vardagen. Kärnsymtomen för ADHD innefattar koncentrationssvårigheter, hyperaktivitet och impulsivitet. Brister i exekutiva funktioner som organisering, planering och flexibilitet är ofta förknippade problem liksom samspelssvårigheter, problem i kamratkontakter och sömnsvårigheter. ADHD kännetecknas av hög samsjuklighet och problembilden är vanligen komplex och det kan vara svårt att avgöra hur symtom samvarierar. Överaktivitet och impulsivitet avtar ofta med stigande ålder medan andra svårigheter som uppmärksamhetsproblem och inlärningssvårigheter kvarstår. Om personen dessutom uppvisar ett antisocialt beteende präglad av uppförandeproblem och trots ökar risken för sociala misslyckanden och svåra psykosociala förhållanden. Förutom psykiatrisk samsjuklighet är risken för att utveckla missbruk avsevärt förhöjd.

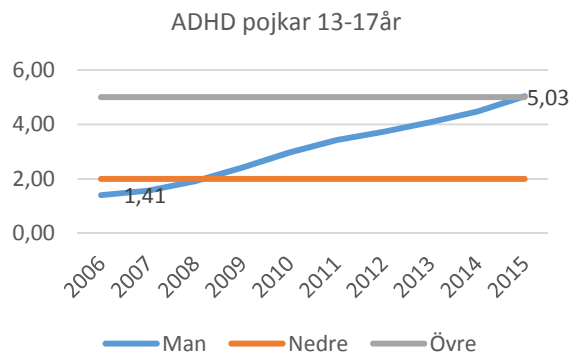
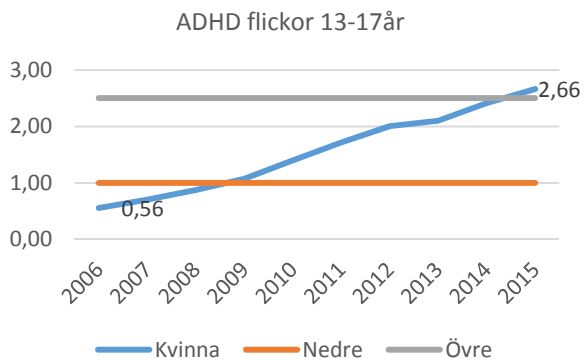
ADHD hos flickor uppmärksammas ofta senare än hos pojkar och symtombilden kan skilja sig åt genom att pojkar ofta har mer utåtriktade problem och flickor tenderar att vara mer inåtvända. Flickor drabbas ofta av emotionell instabilitet med ångest och depression som komplikation.

### Prevalens

Förväntad prevalens för ADHD bland barn och ungdomar hos 2-5 % och är ca 2 gånger vanligare hos pojkar än hos flickor. VEGA-statistiken visar på en blandad bild med värden under förväntad prevalens för flickor 0-12 år, omedelbart under förväntad prevalens för pojkar 0-12 år, något över förväntad prevalens för tonårsflickor och vid övre gränsvärdet för prevalens för tonårspojkar.

## Statistik för Västra Götalandsregionen





Diagrammen visar förekomst av diagnosen ADHD i olika åldrar och för resp. kön. Grå och röda linjer markerar prevalensgränser. Blå linje markerar förekomsten inom VGR.

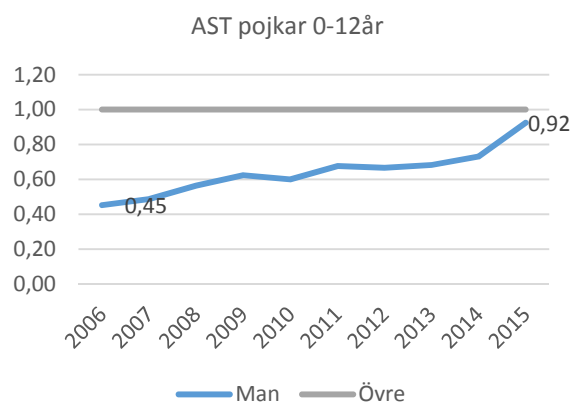
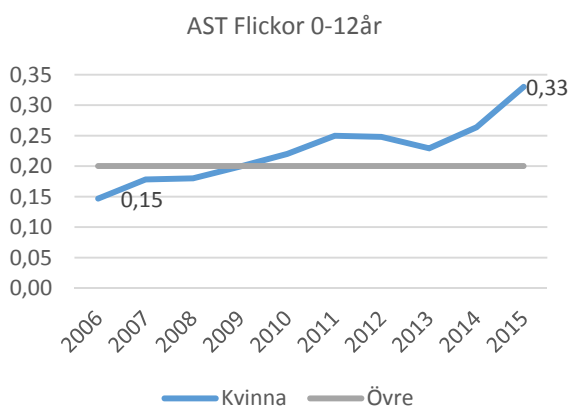
### Autismspektrumtillstånd (AST)

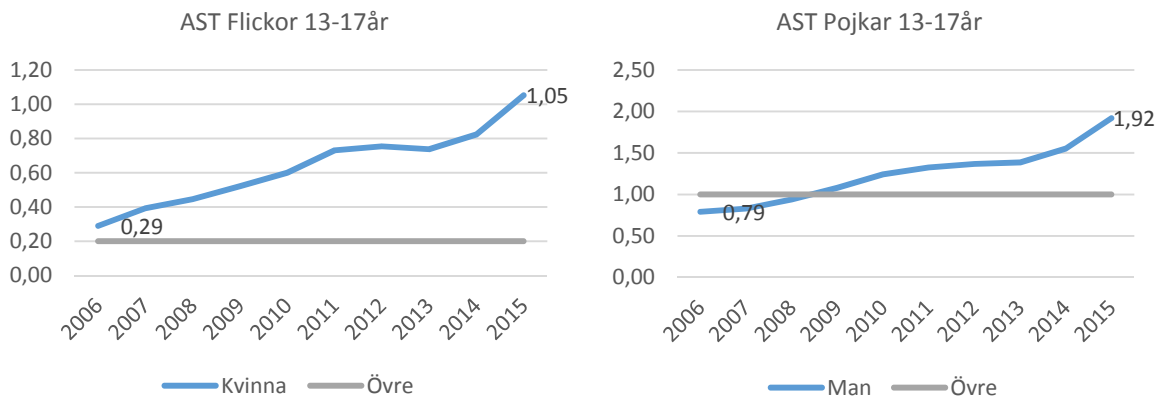
Autismspektrumtillstånd (AST) är en samlande diagnostik för utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser som yttrar sig genom bristande förmåga och avvikande beteende inom kommunikation och interaktion, begränsade, repetitiva, stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter i förhållande till barnets ålder, utvecklingsnivå och psykosociala miljö. Insatser riktade till föräldrar och anpassning av miljön ger barnet bättre möjlighet att fungera i vardagen och minskar psykiska symtom p.g.a. funktionsnedsättningen.

#### Prevalens

Förväntad prevalens för AST hos barn i skolbarn är 1-1,2 % och fem gånger vanligare hos pojkar än hos flickor. VEGA-statistik visar värden över förväntad prevalens hos flickor 0-12 år, för pojkar 0-12 år strax under förväntad prevalens, för tonårsflickor och tonårspojkar klart över förväntad prevalens.

#### Statistik för Västra Götalandsregionen





Diagrammen visar förekomst av diagnosen AST i olika åldrar och för resp. kön. Grå linje markerar övre gräns för prevalens. Blå linje markerar förekomsten inom VGR.

## Självskadebeteende

Självskadebeteende är inte en egen diagnos men beteendet förekommer vid flera olika psykiatriska tillstånd såsom t.ex. ångest, depression, ADHD, AST och bipolär sjukdom. Självskadebeteende görs inte primärt i suicidavsikt men ett etablerat självskadebeteende är kopplat till en kraftigt ökad risk för suicid. Oftast sker självskadebeteendet impulsivt och har en känsloreglerande funktion. Det finns stor risk att det eskalerar och utvecklas till ett vanemässigt mönster eftersom det för många ger en omgående och effektiv ångestlindring. Det finns en nära koppling mellan självskadebeteende i form av självförvårdade skador på huden genom att t.ex. skära, bränna, slå eller rispa sig och andra självdestruktiva beteende t.ex. överdosering av läkemedel, ätstörning, sexuell självexploatering samt missbruk av alkohol och droger.

### Prevalens

Självskadebeteende är vanligast hos ungdomar och unga vuxna. Debutålder anges vara någonstans mellan 12-14 år. Förväntad prevalens för flickor är ca 13,5 % och ca 4,3 % för pojkar. Nyligen har svenska undersökningar genomförts av självskadebeteende hos ungdomar i högstadiet och gymnasiet. Cirka 40 % svarar att de vid åtminstone ett tillfälle avsiktligt skadat sig under det senaste året, däremot är det en betydligt mindre grupp, cirka 8 %, som utvecklar ett etablerat självskadebeteende.

### Statistik för Västra Götalandsregionen

VEGA-statistiken är ofullständig och otillförlitlig på grund av dels bristande kodningsrutiner och dels för att patienterna omhändertogs av andra specialiteter inom vården t.ex. inom kirurgin.

## Trauma- och stressrelaterade tillstånd

PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) är en följd av att ett barn eller ungdom utsatts för, bevittnat eller underrättats om faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld. Majoriteten av individer som upplevt traumatiska händelser utvecklar inte PTSD och det finns inget enkelt samband mellan den traumatiska händelsens allvar och utveckling av PTSD. Biologiska, psykologiska och sociala riskfaktorer spelar stor roll för om den akuta krisreaktionen övergår till ett posttraumatiskt tillstånd. Trauma som tillfogats av anknytningspersoner, ex. allvarlig omsorgssvikt och försummelse, psykisk eller fysisk misshandel, särskiljs diagnostiskt från andra trauman.

Symtom vid PTSD är påträngande återupplevelser om t.ex. mardrömmar, flashbacks och minnesbilder, undvikande av företeelser som påminner om den traumatiska händelser, negativa kognitiva förändringar,



t.ex. negativ uppfattning om sig själv och omvärlden, skuld känslor och ihållande rädsla, irritabilitet, självdestruktivitet och lättskrämdhet.

### **Prevalens**

Livstidsprevalensen av PTSD uppskattas vanligen till ca 1-10 %. Punktprevalens bland ungdomar beräknas till ca 0,5-1 % och dubbelt så vanlig hos flickor som hos pojkar.

### **Statistik för Västra Götalandsregionen**

VEGA-statistik visar att 0,4 % flickor och 0,3 % pojkar fått diagnosen, vilket är under förväntad prevalens, särskilt för flickor.

### **Bipolära och relaterade syndrom hos barn och unga**

Eftersom en RMR är under utarbetning redovisas enbart prevalens och faktiskt antal diagnoser enligt VEGA.

### **Prevalens**

Prevalensen för bipolära tillstånd hos barn och unga uppskattas till mellan 1,1 % -3 % och är betydligt vanligare bland tonåringar än hos barn. Det föreligger ingen säker könsskillnad enligt epidemiologiska studier, men fler flickor än pojkar söker hjälp.

### **Statistik för Västra Götalandsregionen**

VEGA-statistik visar en ökning från år 2005 till 2015 från 0,01 % till 0,03 % för pojkar och från 0,02 % till 0,04 % för flickor, vilket är klart under förväntad prevalens.

### **Schizofrenispektrumssyndrom, andra psykosor samt katatoni hos barn och unga**

Eftersom en RMR är under utarbetning redovisas enbart prevalens och faktiskt antal diagnoser enligt VEGA.

### **Prevalens**

Psykotiska tillstånd är extremt sällsynt hos barn, men ökar succesivt under tonåren. Förväntad prevalens för schizofreni hos tonåringar är 0,4 % och är ungefär lika vanligt bland pojkar som hos flickor.

### **Statistik för Västra Götalandsregionen**

VEGA-statistik för schizofreni hos ungdomar 12-17 år visar för 2005 0,03 % och för 2015 0,02 %, vilket är klart under förväntad prevalens.

### **Ätstörning**

Ätstörningstillstånden kännetecknas av patologisk fixering vid mat, vikt och kroppsuppfattning och negativ självbild - självkänslan är starkt kopplad till kroppens vikt och form. Negativ upplevelse av kroppen och störd kroppsuppfattning spelar stor roll vid ätstörningar. Det är ett allvarligt tillstånd med livshotande fysiska och psykologiska komplikationer som ofta kommer till följd av kräkningar, laxermedelsanvändning och svältens effekter på kroppen som t.ex. menstruationsbortfall hos kvinnor, somatiska symtom så som generell avmagring, långsam eller oregelbunden hjärtrytm, onormalt lågt blodtryck, nedsatt hudtemperatur med kalla händer/fötter och torr och sprucken hud med infekterade sår. Personer med *bulimia nervosa* hetsäter i avgränsade tidsperioder.

Ofta debuterar ätstörningar i tonåren och är betydligt vanligare hos tjejer än hos killar. Nio av tio som utvecklar *anorexia nervosa* är unga kvinnor. Det finns många orsaker till tillståndet, förloppet kan ibland gå väldigt snabbt och det är viktigt att ha kännedom om tidiga tecken. Tidig upptäckt och tidigt insatt behandling minskar risken för långdraget sjukdomsförlopp och dödlighet.

## Prevalens

Förväntad prevalens för ätstörningar hos tonåringar 13-18 år är ca 2,7 % och är ca 5 gånger vanligare bland flickor

## Statistik för Västra Götalandsregionen

VEGA-statistik visar att ätstörningar hos ungdomar 13-17 år, har ökat från 0,5 % 2005, till 1 % 2015 och att över 10 gånger fler flickor än pojkar får en ätstörningsdiagnos, vilket är under förväntad prevalens.

## Regionala medicinska riktlinjer

I den förra utvecklingsplanen fanns målsättning att ta fram s.k. vårdprogram för de fem vanligaste diagnoserna. Två vårdprogram togs fram, ADHD och ätstörning. Idag kallas vårdprogram regionala medicinska riktlinjer men syftet är detsamma - att ge vägledning för kliniskt arbete och att bidra till jämlika insatser över regionen. Uppdraget med nuvarande handlingsplan har resulterat i intensivt arbete med att ta fram fler riktlinjer för flera diagnoser. Ytterligare fler riktlinjer kommer att bli aktuella framöver ex. riktlinjer för bedömning och behandling av ungdomar med missbruks- och beroendeproblematik.

De riktlinjer som är under pågående framtagande är: ADHD (revidering), tvångssyndrom (OCD) och relaterade syndrom, ångestsyndrom, självskadebeteende, autismspektrumstörning (AST), trauma- och stressrelaterade tillstånd, depression, samt suicidriskbedömning. Utöver dessa åtta riktlinjer har dessutom ett riktlinjearbete startat för bipolär sjukdom och för schizofrenispektrumssyndrom inklusive andra psykoser och katatoni hos barn och unga.

# Omvärldsbevakning

## Forskning

Systematisk patientnära/verksamhetsnära forskning och utveckling är av stor betydelse för att kunna erbjuda patienterna nya utrednings och behandlingsmetoder. Patientnyttan ska vara vägledande och genus- och jämställdhetsaspekter ska tillgodoses i allt forsknings- och utvecklingsarbete. Inom den kliniska verksamheten kan personer med forskningserfarenhet göra viktiga bidrag genom undervisning, handledning, och utformning och genomförande av nya FoU projekt.

Den barn- och ungdomspsykiatriska forskningen är i hög grad koncentrerad och till enheten för barnneuropsykiatri (BNK) inom område Neurologi, Psykiatri och Habilitering (SU) som har en stark länk till Gillbergcentrum inom Sahlgrenska Akademin. Forskning och utvecklingsprojekt är huvudsakligen inriktade på neuropsykiatri och utvecklingsneurologi.

Inom regionen kan flera åtgärder vidtas inom området för att nå önskat läge om:

- en starkare länk mellan Sahlgrenska Akademin och BUP
- fler BUP- verksamheter är involverade i klinisk forskning.
- den kliniska forskningen omfattar fler patient/diagnosgrupper

## Förslag på åtgärder

I samverkan med Sahlgrenska Akademin:

- Utveckla en långsiktig plan för rekrytering av forskningsintresserade kliniskt verksamma medarbetare
- Utveckla en karriärstege för klinisk verksamma medarbetare med forskningsintresse
- Inrätta fler kliniska lärartjänster/handledare inom barn- och ungdomspsykiatri
- Stödja inrättandet av för Nationella forskarskolor i barn- och ungdomspsykiatri.
- Öka möjligheten att kombinera kliniskt arbete med forskning efter disputation
- Understödja kliniska samarbetsprojekt inom regionen och nationellt
- Följa antal pågående forsknings och utvecklingsprojekt per BUP-verksamhet
- Följa antal doktorander inom BUP
- Följa antal medarbetare inom BUP som disputerat

## Kraftsamling för fullföljda studier – ett uppdrag för VGR<sup>21</sup>

Uppdraget "Kraftsamling för fullföljda studier" innebär att samordna regionens arbete och leda den övergripande processen samt att identifiera och föreslå regiongemensamma åtgärder med positiv påverkan på fullföljda studier. Det är en del av Västra Götalandsregionens arbete inom budgetens fokusområde att bryta utanförskap och segregation och stärkt koppling mellan utbildning och arbetsliv. Arbetet utgår från de prioriterade målen i VG 2020 om att öka antalet ungdomar med fullföljd grundskola och gymnasieutbildning och folkhälsokommitténs uppdrag utifrån "Samling för social hållbarhet – åtgärder för jämlik hälsa".

Fullföljda studier är vid första anblick till stor del en fråga för kommunen som huvudman och skolan med fokus på förekomst av utbildade pedagoger, gruppammansättningar och undervisningsmetoder. Ur ett

---

<sup>21</sup> Jörgen Hansson, Koncernstab Regional utveckling, avdelning Folkhälsa

bredare perspektiv är däremot fullföljda studier en fråga som berör samhället i allmänhet och många av regionens egna verksamheter i synnerhet.

Barn- och ungdomspsykiatri kan bidra till målpuppfyllnad genom att upprätthålla hög tillgänglighet för de barn och ungdomar som behöver specialistpsykiatri resurser och för att ingen ska behöva vänta. BUP ska bidra med kvalificerade utredningar och diagnostik, kvalificerad behandling och god samverkan. Vad gäller metodutveckling bör metoder utvecklas för de barn och unga som av något skäl inte tar sig till skolan, s.k. hemmasittare, vilket många gånger har sin grund i psykiatrisk ohälsa/diagnos såsom social fobi, ångest eller depression.

### Regionuppdrag nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende

Socialstyrelsen utkom i april 2015 med reviderade nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende vilka första gången utkom 2007. Riktlinjerna riktar sig till både hälso- och sjukvården och socialtjänsten och syftar till att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom området. Tre nya områden har inkluderats i de reviderade riktlinjerna – ungdomar, läkemedelsberoende och psykosociala stödinsatser.

I den statliga översynen av missbruks- och beroendevården i Sverige, den s.k. missbruksutredningen konstaterades att riskbruk, missbruk och beroende av alkohol, narkotika och läkemedel är vanligt förekommande. Riskbruk, missbruk och beroende återfinns i alla åldersgrupper och inom alla specialiteter i hälso- och sjukvården.

I regionuppdraget ingår att analysera hur dagens verksamheter förhåller sig till det som föreslås i riktlinjerna och ta fram ett beslutsunderlag för ett samlat arbete kring implementeringen av de reviderade nationella riktlinjerna. Syftet är också att utjämna inomregionala skillnader i vård- och behandlingsutbudet och öka förutsättningarna för jämlik vård.

Barn- och ungdomspsykiatri omfattas av riktlinjerna och kommer att inkluderas i kommande utbildningsåtgärder och ansvarsfördelingsdokument. Genomförd analys visar på stora utbildningsbehov inom alla områden - identifikation, diagnosticering och behandling – för BUPs vidkommande.

### Utfasning av hyrläkare inom psykiatri

I Västra Götalandsregionen finns sedan 2013 ett hyrläkarstopp för vuxenpsykiatri. Anledningen var att regionen under lång tid haft många hyrläkare eftersom det var svårt att få fast anställda psykiater. Detta leder emellertid till kvalitetsbrister, brist i kontinuitet och svårigheter i utvecklingsarbete. Resultatet av stoppet har blivit fler fastanställda läkare men på alla kliniker i regionen är det brist på psykiater, och en del verksamheter har fått dispens från stoppet. För att lyckas krävs planering, strategi och flera åtgärder som t.ex. högre löner och möjlighet till extra fortbildning, rekrytering av läkare utomlands, god arbetsmiljö och omfördelning av arbetsuppgifter. En annan åtgärd har varit fler ST-block. Målsättningen är att även barn- och ungdomspsykiatri BUP ansluter i september 2017.

Frågan om bemanning har också varit en viktig del av SKLs utvecklingsarbete och i mars 2015 beslutade SKLs nätverk för styrning och ledning av psykiatri tillsammans med nationella psykiatrisamordnaren att starta ett arbete för "Bättre läkarbemanning i psykiatri – oberoende av hyrläkare". Målet är att ta fram en nationell modell med rekommendationer om åtgärder för att förbättra läkarbemanningen och för utfasning av hyrläkare. Den främsta anledningen är en bättre patientsäkerhet och vårdkvalitet eftersom just psykiatri är en av de specialiteter där man är mest beroende av kontinuitet och att man får bra kontakt med en och samma läkare.

## Träning ger färdighet, SOU 2015:98

Måns Rosén, regeringens särskilde utredare, har lämnat sitt betänkande kring utredningen om högspecialiserad vård<sup>22</sup>. Utgångspunkter för utredningen om högspecialiserad vård var att föreslå hur den högspecialiserade vården kan utvecklas för att patienter ska få tillgång till en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård. Patienter har rätt till en högspecialiserad vård av hög kvalitet oberoende av var personen bor. Patientens bästa är utgångspunkten. Utredningen ser inget motsatsförhållande mellan att nivåstrukturera den högspecialiserade vården och regionala, och för all del nationella, enheter och att samordna vårdkedjan där så mycket av vården ges lokalt nära hemmet. Utredningen har främst koncentrerats på kirurgi men inget talar för att sambandet mellan volym och erfarenhet inte gäller för diagnostik, medicinska och psykiatriska åtgärder eller rehabilitering.

Utvecklingen går långsamt trots att det finns konsensus på generell nivå om fördelarna med och behovet av en mer omfattande nivåstrukturering. Utredningen framför följande skäl till varför den högspecialiserade vården behöver nivåstruktureras ytterligare:

- Kvaliteten och patientsäkerheten i hälso- och sjukvården förbättras med ökade patientvolym per vårdenhet och per behandlare.
- Träning ger färdighet och läkare och andra professioner behöver upprätthålla sin kompetens för bästa möjliga resultat för patienten. Detta förutsätter högre patientvolym än vad som är möjlig utifrån dagens organisation.
- Kvaliteten i den kliniska forskningen förbättras också med större patientvolym. Det behövs en kritisk massa av forskningsintresserad sjukvårdspersonal och forskningskompetenser för att skapa en stimulerade forskningsmiljö, vilket inte alltid finns på sjukhus med mindre volymer.

## Effektiv vård, SOU 2016:2

Göran Stiernstedt, regeringens särskilde utredare, har lämnat sitt betänkande kring utredningen för ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården<sup>23</sup>. Utredningens utgångspunkt har varit att värdet uppstår i mötet mellan patienten och hälso- och sjukvården, d.v.s. i själva interaktionen. En förutsättning för hög effektivitet är att patienten involveras och görs delaktig i processen kring den egna vården i högre utsträckning än idag. Även om svensk hälso- och sjukvård fungerar relativt väl idag föreslår utredningen ett antal förslag för att bättre anpassa sig till framtidens utmaningar som demografi, urbanisering, hälsoskillnader hos befolkning, för att utjämna regionala skillnader och för att vården måste förmå att attrahera och behålla personal med rätt kompetens.

Utredningen konstaterar att det krävs en lång rad strategiska åtgärder för att åtgärda strukturella problem. Utredningen lägger ett antal förslag på nationell nivå ex. samordning och styrning av högspecialiserad vård, åtgärder för att tillgodosebehov av allmänläkare och specialistsjuksköterskor samt en förstärkning av primärvården. Nyckelord är integration, kontinuitet och koordination. Vidare konstateras att den som är bäst lämpad att utföra en arbetsuppgift ska göra den, d.v.s. en självklar strategi att styra arbetsuppgifter mot den yrkeskategori som kan utföra den till lägsta sammantagna kostnaden med bibehållen eller ökad kvalitet. Den administrativa bördan behöver minska och digitaliseringstakten öka. Ersättningsystem och uppdragsbeskrivningar anses också försvårande och alltför detaljstyrda och behöver förändras. Utredningens slutsats är att det finns en stor samlad effektiviseringspotential och att resursbrist sällan är problemet när det gäller att effektivisera, men grunden är den nära vården, nära befolkningen.

---

<sup>22</sup> SOU 2015:98 "Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa"

<sup>23</sup> SOU 2016:2 "Effektiv vård"

# Analys

Sedan 2007 har ett kontinuerligt utvecklings- och genomförandearbete pågått. Den nya utvecklingsplanen beskriver resultatet av detta och behovet av fortsatta utvecklingsåtgärder för att nå önskvärd läge inom gamla och nya viktiga utvecklingsområden. Ett omfattande arbete med att utveckla medicinska riktlinjer för vården inom viktiga diagnosområden inleddes i samband med uppdraget att revidera utvecklingsplanen. Såväl riktlinjerna som utvecklingsplanen har fokus på barn- och ungdomspsykiatriens utvecklingsbehov som specialiserad verksamhet och för att skapa ett mer jämlikt utbud med tillgång till ett brett spektrum av högkvalitativa insatser över hela länet, med målet att använda de gemensamma resurserna effektivt. Detta förutsätter en fungerande första linjes vård för psykisk ohälsa hos barn och unga.

## Konsekvensanalys av åtta regionala medicinska riktlinjer – regional sammanfattning

Utifrån arbetet med att ta fram regionala medicinska riktlinjer för åtta diagnosområden har varje verksamhetschef gjort konsekvensanalys utifrån respektive klinik. En sammanfattning utifrån det regionala perspektivet ger vid handen att det blir tydligt att BUP går mot en mer specialiserad vård med ett stort spektrum av insatser. Flera av riktlinjerna innebär ett större åtagande för BUP såväl kvalitativt som kvantitativt. Det gäller t.ex. både inom behandlingssidan då det på senare år vuxit fram fler evidensbaserade, specialiserade behandlingsinterventioner men också för att det också krävs uppföljningsinsatser för fler patientgrupper än tidigare för att säkerställa behandlingen. Detta får också påverkan för vuxenpsykiatri eftersom flera patientgrupper behöver fortsatt behandling och uppföljning efter 18 års ålder.

Regionens regionala medicinska riktlinjer är viktiga dokument att tillställa nuvarande upphandlade enheter som i gällande avtal har att förhålla sig till gällande RMR. Riktlinjerna är också en kvalitetsbas att utgå från vid framtida upphandlingar eller förnyade avrop inom gällande avtal. Då det tidigare saknats riktlinjer för flera diagnosområden har det saknats förutsättningar att vid upphandlingar lägga en regiongemensam "ribba" för vad åtagandet innebär. Även riktlinjer kring ansvarsfördelning och konsultation mellan vårdgivare är viktiga dokument för att förtydliga ansvar för insatser.

Utifrån patientsäkerhetsperspektivet ses små enheter som en fara klara att upprätthålla kvalitet, kompetens och också möjliggöra rekrytering. Små enheter innebär också en större sårbarhet. För att minska sårbarheten och säkra tillgång till evidensbaserade metoder, kvalitet och god vård för patienten krävs större mottagningar. Enheterna måste ha både tillräckligt patientunderlag och personalvolym.

Införande av riktlinjerna kommer att kräva stora insatser på utbildningssidan och metodutveckling för att kunna erbjuda det stora spektrum av evidensbaserade behandlingsinsatser som nu finns tillgängliga och även gruppbehandling. Utvecklingsinsatser och utbildningsinsatser måste komma all regionalt finansierad barn- och ungdomspsykiatrisk vård tillgodo, d.v.s. även upphandlade enheter och mottagningar.

Utbildningsbehoven är av karaktär som delvis redan utförts men eftersom den stora omsättningen av personal krävs ständig påfyllnad ex. inom föräldraträningmetoder, gruppbehandlingar och KBT<sup>24</sup>. Förutom stora utbildningsbehov av befintlig personal så behövs också förstärkning av personal, d.v.s. en grundbemanning tillräckligt stor för att möjliggöra behovet av ständig kompetensutveckling. Vidare behöver utbildningsinsatser följas av implementeringsinsatser och uppföljning.

---

<sup>24</sup> Kognitiv beteendeterapi

Det finns även behov av fler yrkeskategorier som t.ex. arbetsterapeuter för att kunna göra kognitiva funktionsbedömningar och bedöma behov av hjälpmedel. Tillgången till andra yrkeskategorier såsom fysioterapeuter, logopedier och dietister behöver också tillgodoses.

Det finns idag tre regionala enheter inom subspecialiteterna missbruk/beroende (från 16 år), ätstörning och Lundströmmottagningen för personer med könsdysfori. Inom området bipolära syndrom och personer med psykossjukdom kommer en regional enhet att behöva tillskapas.

Vad gäller området PTSD/trauma så kan det anta att den utökade befolkningen framförallt från andra länder, flyktingbarn och andelen ensamkommande barn kommer att kräva behov av mer insatser från BUP än hittills.

### Utveckling av öppenvården

Tidig upptäckt och tidiga insatser vid psykisk ohälsa är viktiga för att förhindra en för individen ogynnsam utveckling. Ju tidigare vården kan erbjuda insatser desto mindre risk för ökade symtom och funktionsnedsättning. Primärvården och andra aktörer ex. inom skola och socialtjänst är viktiga aktörer för både identifikation och tidiga insatser. Tillgänglighet till första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa är också central för att BUP ska klara sitt uppdrag för de barn och unga som kräver specialistpsykiatriens insatser. Det är också nödvändigt för att BUP ska klara uppdraget att utvecklas som specialistvårdgivare enligt de insatser som krävs i kommande medicinska riktlinjer.

Tillgängligheten till BUPs verksamhet brister både vad gäller första besök och därefter till fördjupad utredning och/eller behandling. Enskilda verksamheter klarar gränserna medan andra brottas med stora problem vilket har lett till en ojämlig situation för länets invånare. Personalomsättning och svårighet att rekrytera personal såsom läkare och psykologer är delvis en förklaring och dessa svårigheter är större i vissa geografiska områden som t.ex. Skaraborg, vilket då påverkar vårdgarantin negativt. Det finns underlag som tyder på en effektivisering av vården, t.ex. färre besök/patient, men då invånarnas behov samtidigt ökar och personalresurserna av olika skäl saknas så brister tillgängligheten likafullt. För att bättre kunna följa tillgänglighetsutvecklingen pågår ett arbete för att jämställa registreringsrutiner mellan verksamhetsområdena då det framkommit olikheter i registrering av besök.

En viktig fråga är BUPs organisation. Nationella utredningar pekar på en omställning i vården för att klara utmaningarna inom flera områden – patientsäkerhetsperspektivet, effektiv användning av gemensamma resurser samt utifrån kvalitetsbegreppet och att ge patienter god vård. Utredningarna visar att den framtida vårdstrukturen behöver gå mot färre och större mottagningar med inbyggd specialisering för att klara dessa utmaningar och klara de kvalitetskrav som ställs. Det innebär att det krävs ett tillräckligt patientunderlag för att säkerställa utredning och behandling av god kvalitet och för att kunna erbjuda ex. gruppbehandlingar. Men det krävs också för att klara arbetet med befintlig personalstruktur. Små enheter blir alltför sårbara, inte bara i redan svårrekryterade områden, utan för att det breda spektra av insatser kräver personal med kompetens inom många områden. Färre utbudspunkter, robusta mottagningar och personalförstärkning krävs för att minska sårbarheten, för att trygga patientsäkerheten samt utveckla den högspecialiserade barn- och ungdomspsykiatri. För att tillgodose närheten till barnets naturliga sammanhang i vardagen behövs fler flexibla, mobila lösningar byggas upp. Omstrukturering för att få större patientvolym är en högst relevant för BUP-verksamheterna, som organisatoriskt kännetecknas av många små öppenvårdsmottagningar. Detta ligger väl i linje med den omställningsprocess som pågår inom regionen, d.v.s. en koncentration av den specialiserade vården för de som behöver kvalificerad vård och mer flexibla lösningar för att kunna erbjuda fler individer den nära vården.

## Förbättrad diagnostik

En av målsättningarna med utvecklingsplanen från 2007 var att utveckla det diagnostiska arbetet och öka antalet F-diagnoser, vilket betyder en diagnos satt utifrån evidensbaserade kriterier för barn- och ungdomspsykiatriska tillstånd. Statistik från VGR-databasen VEGA visar en tydlig ökning av F-diagnoser och en samtidig minskning av ospecifika diagnoser. Den förbättrade diagnossättningen gör det möjligt att jämföra förväntad prevalens för en diagnos med faktisk prevalens inom VGR.

För depression så ligger VGR klar under förväntad prevalens för barn mellan 0-12 år, men för tonåringar någorlunda inom prevalensintervallet. VGR ligger klart under förväntad prevalens när det gäller ångestsyndrom, tvångssyndrom, bipolära syndrom och schizofreni och under förväntad prevalens för PTSD. VEGA-statistiken för ADHD och AST visar en annan bild. VGR ligger i övre gränssnittet för förväntad prevalens för ADHD hos tonårspojkar, och över förväntad prevalens för tonårsflickor. För AST ligger VGR över förväntad prevalens, särskilt för tonårsflickor. I genomsnitt begår 8-9 ungdomar i åldersgruppen 15-19 år suicid varje år.

Statistiken visar å ena sidan att BUP behöver bli bättre på att identifiera vanliga tillstånd som depression, ångest och tvång och PTSD såväl som mer ovanliga tillstånd som bipolära syndrom och schizofreni. Å andra sidan visar statistiken att fler än förväntat får en ADHD och/eller AST diagnos. Sammantaget understryker detta vikten av att BUP har en barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens med tillräcklig bredd och djup för att kunna göra differentialdiagnostiska bedömningar.

En barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning ska ha god kompetens inom områdena barn- och ungdomspsykiatri, utvecklingspsykologi och neuropsykologisk testning. Utredning och differentialdiagnostiska överväganden utifrån barnets symtom, funktionsförmåga, utvecklingsnivå och psykosociala situation ska hålla god kvalitet för att inte missa eller missbedöma psykiatrisk samsjuklighet. På varje mottagning ska det finnas barn- och ungdomspsykiater, legitimerad psykolog, sjuksköterska socionom och sekreterare. Tillgång till arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped och dietist ska tillgodoses för de barn och ungdomar som är i behov av sådana insatser.

Inom samtliga sjukhusområden finns rutiner som syftar till att säkerställa övergången från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri inom det specifika sjukhusområdet. Dessa rutiner ser idag olika ut. Det kan också skilja sig åt vem som ansvarar för en person som befinner sig runt 18-årsgränsen. För att säkra ett jämlikt omhändertagande och för att garantera att en ung person inte hamnar emellan två vårdgivare bör ett arbete inledas för att utveckla en rutin för vårdövergången mellan BUP och VUP som är gemensam för hela regionen.

## Utveckling av heldygnsvården

Inom ramen för uppdraget har också ingått att särskilt ange åtgärder för att nå Västra Götalandsregionens nollvision om fastspänning och avskiljning i den barn- och ungdomspsykiatriska heldygnsvården. En särskild grupp bestående av chefsöverläkarna från de fyra klinikerna har tillsammans utrett frågan och konstaterar att följande förutsättningar krävs:

1. Väl anpassade *lokaler och vårdmiljöer* i heldygnsvården.
2. Rätt *kompetens* hos personalen som vårdar patienter inom heldygnsvården
3. *Organisering av regionens heldygnsvård* för de fåtal patienter som är mest utagerande
4. *Alternativ till heldygnsvården* eller s.k. mellanvård såsom dagsjukvård och mobila team för att förhindra inläggning eller erbjuda en glidande övergång mellan öppen- och slutenvård.
5. En i övrigt *väl fungerande öppenvård* med utbud av behandlingsmetoder för den psykiatriska problematik som oftare än annan leder till tvångsåtgärder inom heldygnsvården.



## Lokaler och vårdmiljö

Ett stort hinder för att erbjuda patienter en vårdmiljö som minimerar risken för att behöva använda tvångsåtgärder och nå nollvisionen är trånga och icke-ändamålsenliga lokaler. I en trång vårdmiljö kan en svårt ångestfylld och utagerande patient "smitta" andra. Nuvarande lokaler möjliggör inte alltid avskiljning (den lindrigaste formen av tvångsåtgärder) varför bältesläggning istället blir aktuellt. Det saknas tillgång till s.k. lugna rum, en förebyggande insats mot oro och ångest.

Nya byggnader och/eller lokaler planeras för samtliga utbudspunkter för BUPs heldygnsvård i regionen. Inom SÄS, NU och SkaS är planering, byggnation eller flytt redan påbörjad. Inom SU har pågått diskussioner om nya lokaler för BUP.

## Kompetens

Det pågår sedan en tid tillbaka, med hjälp av den nationella satsningen på utveckling av "självskadenoder", utbildning av personal inom heldygnsvården i dialektisk beteendeterapeutiskt (DBT) förhållningssätt. Detta har medfört att personal börjar få bättre strategier att hantera patienter med hög grad av emotionell instabilitet och som led i detta ett farligt självskadebeteende eller beteende med upprepade självmordsförsök. Denna utbildningsinsats bör fortsätta och hållas vid liv även efter självskadenodernas avvecklande.

Regionen planerar för utbildning av all personal inom heldygnsvården i att kunna bemöta och hantera utagerande beteendestörningar till följd av utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser såsom autism och kognitiva funktionsnedsättningar<sup>25</sup>.

Det finns också behov av utbildningsinsatser av personal inom heldygnsvården för att förstå, identifiera och hantera patienter som upplevt svåra trauman, och där patientens traumatisering av olika anledningar tar sig uttryck i ett våldsamt utagerande mot sig själv eller andra.

## Organisering av heldygnsvård

Det är önskvärt att samtliga fyra sjukhusförvaltningar som idag bedriver heldygnsvård fortsätter med detta. Det är viktigt med bra samarbete mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri, men också för att kunna vårda den unga nära hemmet. Att kunna erbjuda hela vårdkedjeprocessen är också nödvändigt för att kunna erbjuda ST-läkare och andra studerande en fullständig placering. Därutöver behöver en regional enhet för personer med särskilt höga vårdbehov p.g.a. utagerande beteende tillskapas, inom ramen för SU. Behovet av heldygnsvård kommer sannolikt inte att minska då behovet av vård ökar ex. inom gruppen barn på flykt med traumatiska erfarenheter.

## Alternativ till heldygnsvård

Mellanvårdsformer är under uppstart eller planeras vid samtliga regionens BUP-kliniker. Det handlar t.ex. om dagvård och mobila team bl.a. för ätstörningspatienter och självskadepatienter. Även andra målgrupper kan komma ifråga för mellanvårdsformer. Mellanvårdsformer är viktiga alternativ till heldygnsvård för flera patientgrupper.

## Väl fungerande öppenvård

Regionen behöver utveckla och utöka behandlingsmetoder i den barn- och ungdomspsykiatriska öppenvården som syftar till att minska risken för att patienter utvecklar utagerande beteendestörningar som

---

<sup>25</sup> S.k. lågaffektivt bemötande

kan leda till att låst heldygnsvård och tvångsåtgärder blir nödvändiga. Sådana behandlingsmetoder inkluderar:

- DBT och MBT för emotionell instabilitet och självskada
- Psykopedagogiska behandlingsmetoder för patienter och vårdnadshavare avseende utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser
- Traumabehandling för svårt traumatiserade patienter med eller utan psykiatrisk tilläggsproblematik
- Öka kunskap om, och utbudet av behandling av allvarliga och kroniska psykiska sjukdomar såsom bipolär sjukdom och psykoser.

## Områden för fortsatt utveckling

### Brukar- och närståendemedverkan

Det behövs en tydlig och välgrundad struktur för arbete med brukares inflytande och delaktighet. Inflytande över vårdens innehåll är en del, men att ta till vara brukares erfarenheter i verksamhetsutveckling och för uppföljning är en annan. För att uppnå en tydligare medverkan föreslås att ett utvecklingsarbete startar kring denna fråga. Bör samordnas regionalt i dialog med brukarorganisationer.

### HBTQ

Transpersoners beskrivningar och upplevelser av sexuell hälsa präglas av normer och normativa förväntningar från omgivningen. Brist på respekt och bristande bemötande från yrkesverksamma i hälso- och sjukvården är förekommande visar en intervjustudie från Folkhälsomyndigheten<sup>26</sup>. Det finns behov av att öka kunskapen om hur normer och normativa förväntningar utgör hinder i ett bra bemötande. Närhälsans Kunskapscentrum för sexuell hälsa erbjuder en diplomeringsutbildning om hbtq-personers rättigheter i hälso- och sjukvården där syftet är att skapa en god vård och arbetsmiljö för hbtq-personer och att synliggöra heteronormativitet. I utbildningen ingår hbtq-kunskap, kännedom om hbtq-personers hälsosituation och rättigheter samt förståelse för att en medvetenhet om att heteronormativitet är en förutsättning för ett professionellt och gott bemötande.

Inom ramen för ett läns-gemensamt arbete mellan VGR och länets 49 kommuner att ta fram en läns-gemensam handlingsplan för psykisk hälsa har fokus riktats särskilt mot utsatta grupper som t.ex. HBTQ-personer, nationella minoriteter och personer med funktionsnedsättning. Viktigt i detta arbete blir att i samråd med företrädare för dessa grupper identifiera behov och hinder för ett gott omhändertagande inom vårdens och omsorgens alla delar samt för att förebygga psykisk ohälsa.

### E-hälsa och digitalisering

Det är angeläget att hitta nya format för behandlingsinsatser och behovet av att bredda utbudet av insatser till patienter via internet och andra vägar är en angelägenhet även för BUP. Förutom att kunna erbjuda vissa behandlingsinsatser via nätet som t.ex. KBT-behandling via 1177 Vårdguiden, kan vården arbeta för att underlätta kontakter med patienterna på andra sätt än genom vanliga besök, t.ex. via Skype. En digitaliseringsutveckling ligger även den i linje med tidigare nämnd omställningsprocess av hälso- och sjukvården och vårdutbudet för att arbeta mer resurseffektivt, både för att kunna erbjuda individer fler digitala lösningar och genom att effektivisera vårdens egna system.

---

<sup>26</sup> "Rätten till hälsa – Hur normer och strukturer inverkar på transpersoners upplevelser av sexuell hälsa", Folkhälsomyndigheten 2016

## Tillgänglighet på 1177.se

Tillgänglighet kan användas som ett samlingsbegrepp för både tillgänglighet och användbarhet. Det kan bl.a. handla om fysisk tillgänglighet, om bra bemötande, om tid men också om information. Statliga överenskommelser inom området psykisk ohälsa har fram till 2015 inkluderat arbete för att förbättra landstingens tillgänglighet på nätet för barn och unga. I detta arbete har BUP identifierat ett antal förbättringsområden identifierats för att förbättra informationen på 1177.se/Västra Götaland. De förbättringsområden som identifierats är:

- Förbättrad, förenklad och tydlig hänvisningsinformation, framförallt vad som gäller efter kontorstid.
- Vätetidsdatabaser finns upplagd på hemsidan, men fler enheter behöver ansluta sig så att medborgare kan jämföra situationen i länet.
- Granskning visar på stora inomregionala skillnader i hur sjukhusens egna hemsidor presenterar information till barn och unga och deras anhöriga. Insatser krävs för att få informationen skriven på mer vardagligt sätt, ett mer enhetligt språkbruk samt tydlighet kring vem informationen riktar sig till, till den unge själv eller vuxna. Anpassning behöver göras av hemsidornas information kring kategorisering av material, bildval, layout texters innehåll och längd utifrån målgrupp. Även länkar till andra aktörers hemsidor behöver ses över. Syftet är att tillgängliggöra information till medborgarna på ett jämlikt sätt.

# Förslag

- En viktig utgångspunkt för utvecklingen för barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet är innehåll och implementering av åtta nya regionala medicinska riktlinjer som tydliggör innehåll och anger kvalitetsbasen i de insatser som ges, oavsett aktör.
- De fem sjukhusförvaltningar som bedriver verksamhet inom barn- och ungdomspsykiatri ska inkomma med ett förslag kring organisering av öppenvård, mobila insatser och mellanvård med syfte att skapa färre och mer robusta mottagningar/enheter. I denna ska framgå tänkt framtida geografiska placering och uppstartsdatum med hänsyn tagen till nuvarande hyreskontrakt. Arbetet ska ske i samråd med hälso- och sjukvårdsnämnderna. *Påbörjas omgående.*
- Regional heldygnsvårdsavdelning om 4-6 platser tillskapas för patienter med starkt utagerande beteende i form av självskada och/eller våld mot andra. Lokaliseras på BUP/SU tillsammans med BUPs övriga slutenvård. *Önskvärd uppstart våren 2018.*
- Regional enhet för patienter med bipolära syndrom/psykotiska symtom tillskapas, inom ramen för BUP/SU. *Önskvärd uppstart hösten 2017.*
- För att ta tillvara ny kunskap och driva utvecklingen vidare föreslås att kunskapsnoder tillskapas. Dessa bör vara knutna till de områden som finns med i utvecklingsplanen och till dessa noder knyts minst en medarbetare från respektive klinik. Grupperingarna träffas minst en gång/termin för att gå igenom utvecklingen inom "sitt" område kopplat mot utvecklingsplanen och också för att lyfta in eventuell ny kunskap som tillkommit i efterhand. Behovet av kompetensutveckling går igenom och vid behov ska samordnade utbildningsinsatser föreslås. KPH får i uppdrag att tillse att denna mötesstruktur fullföljs. *Påbörjas omgående.*
- En kompetensutvecklingsplan för samtlig personal inom BUP behöver tas fram av sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri med administrativt stöd från KPH. *Bör vara klar senast 15 juni 2017.*
- En kompetensförsörjningsplan för BUP behöver tas fram för att klara de framtida vårdbehoven. För att avsluta beroendet av personal inom olika bemanningsföretag krävs att alla vakanta tjänster fylls. KPH håller samman arbete där sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri, koncernstab HR och övriga berörda parter ingår. *Bör vara klar 1 september 2017.*
- Antalet barn- och ungdomspsykiatriker, sjuksköterskor och psykologer behöver utökas och tillgång till arbetsterapeut, fysioterapeut, logoped och dietist behöver tillgodoses för att kunna förverkliga kommande regionala medicinska riktlinjer.
- Till stöd för implementering och uppföljning av de insatser och de behov som utvecklingsplanen och regionala medicinska riktlinjer anger, behöver en processledare (heltid) tillsättas. Organisatorisk hemvist KPH i nära samverkan med sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri. *Påbörjas omgående.*

- En gemensam regional rutin för vårdövergången mellan BUP och VUP och omhändertagande av personer runt 18-årsåldern ska tas fram. Detta för att säkra ett jämlikt omhändertagande och för att garantera att en ung person inte hamnar emellan två vårdgivare. Ansvariga är sektorsråden för BUP och VUP. *Påbörjas omgående.*

### Regional samordning

För att uppnå den utveckling detta dokument syftar till kommer ett arbete inom de fem BUP-verksamheterna, kopplad till respektive förvaltning, att behöva äga rum. Detta arbete föreslås samordnas och faciliteras med stöd av KPH i de fall som mer än en klinik är berörd. Syftet är att optimera resursutnyttjandet, minimera kostnaderna och dra nytta av den stora organisationens fördelar. I de fall ett utvecklingsuppdrag enbart berör en klinik ansvarar kliniken själv för att arbetet bedrivs enligt plan.

### Uppföljning

KPH har i uppdrag att följa uppföljningsindikatorer i samtliga regionala medicinska riktlinjer och återkoppla till sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri. Detta redovisas årligen till Psykiatriberedningen.

KPH ansvarar för redovisning av förslagen i denna plan till Psykiatriberedningen.

När så är möjligt ska samtliga uppföljningsindikatorer som förekommer i utvecklingsplanen redovisas och analyseras utifrån ålder och kön för att särskilt belysa jämlikhetsperspektivet.

KPH ansvarar även för att följa:

- Samverkan/samverkansmöte, indikator SIP
- Utfall i kvalitetsregistren BUSA och RiksÄt för berörda patientgrupper
- Utvecklingen inom tvångsvården enligt pågående regionalt arbete
- Antal pågående forskning- och utvecklingsprojekt per BUP-verksamhet