



Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa

– framväxt, beskrivning av nuläget och vägen framåt



Innehållsförteckning

Inledning	2
Historik - Att bygga upp första linjen	4
Fas 1 – fokus på förbättrad tillgänglighet	6
Fas 2 – fokus på modeller för tidiga insatser	6
Fas 3 – fokus på samverkan och resultat	8
Vad är första linjen?	12
Första linjen som den ser ut i dag	15
Hur är första linjen organiserad	15
Modeller för första linjen	15
Gemensamt ansvar för kommun och landsting	17
Ansvarsfördelning inom landsting	19
Ansvarsfördelning inom kommun	23
Vilka barn och unga söker hjälp inom första linjen	24
Vilken hjälp finns tillgänglig	30
Metoder för tidig upptäckt och tidiga insatser	30
Hur tillgänglig är första linjen	32
Att mäta tillgänglighet	32
Tillgänglig webbinformation	35
Slutsatser	36
Vägen framåt	38
Referenser	45

Inledning

Utvecklingen av en första linje som kan möta barn och unga som har, eller riskerar att utveckla, psykisk ohälsa har pågått i sex år. Behoven ökar allt mer och för att kunna möta efterfrågan och ge barn, unga och deras familjer rätt hjälp i rätt tid krävs en snabb och målmedveten utveckling av denna nya vårdnivå såväl lokalt som nationellt.

I dag saknas befolkningsstudier som kan beskriva hur den psykiska hälsan hos barn och unga i Sverige ser ut och har förändrats över tid [1]. Däremot finns det studier med enskilda frågor som kan ge en indikation av den psykiska hälsan hos barn och unga. Statistiska centralbyråns undersökning av barns levnadsvillkor visar bland annat att gruppen barn och unga som lider av lätt till medelsvår psykisk ohälsa har ökat sedan 1980-talet [2]. År 2011 uppgav 32 procent av flickorna och 14 procent av pojkarna i samma ålder att de regelbundet besvärades av ångslan, oro eller ångest [3]. I åldersgruppen 10-18 år uppgav vart tionde barn att de upplevt psykiska besvär, och nästan dubbelt så många hade upplevt psykosomatiska besvär.

Samtidigt som andelen barn och unga som upplever lätt till medelsvår psykisk ohälsa har ökat under de senaste två decennierna har samhällets insatser visat sig otillräckliga. Den samlade bilden är att barn och unga med lätt eller medelsvår psykisk ohälsa ofta ”faller mellan stolarna” då det saknas etablerade strukturer för att erbjuda stöd och vård. Det finns ett glapp mellan de insatser som erbjuds generellt till alla barn och unga och det stöd och vård som kan erbjudas inom specialistnivån inom vård och omsorg. Det glappet leder till att många barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa inte får den hjälp de behöver. Stöd och vård som utebliver eller kommer för sent leder ofta till ökat lidande för det enskilda barnet och till ökade kostnader för samhället.

Kommun och landsting har ett gemensamt ansvar för att tillgodose barns rätt till vård och stöd vid psykisk ohälsa. Att erbjuda rätt insatser i tid är även en förutsättning för att kommuner och landsting ska komma tillrätta med de ökade kostnaderna för specialistinsatser och korta köerna till specialistnivån inom vård och omsorg. Barn och unga som erbjuds tidiga insatser löper mindre risk att senare bli föremål för insatser inom barn- och ungdomspsykiatri eller placeras via socialtjänsten. Psykisk ohälsa under barndomen kan även försvåra barnets möjlighet att tillgodogöra sig kunskaper i skolan och barnet riskerar därför svårigheter att ta sig in på arbetsmarknaden senare i livet. Att tillgängliggöra tidiga insatser är därför även en viktig del i att motverka den växande arbetslösheten bland unga vuxna. Kommuner och landsting bör därför ta gemensamt ansvar för att tillgängliggöra tidiga insatser för barn och unga med psykisk ohälsa.

För att möta de barn och unga som lider av lätt till medelsvår psykisk ohälsa krävs alltså en nivå mellan den generella, som riktar sig till alla barn och unga, och specialistnivån. Denna nivå har fått namnet ”första linjen för barn med psykisk ohälsa”. Första linjens uppgift är att möta barn och unga med rätt insatser i rätt tid. Första linjen ska ta emot barn med psykisk ohälsa oavsett om problemet har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker [4]. Första linjen är den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att först ta

emot barn, ungdomar eller familjer som söker hjälp för att ett barn mår dåligt, oavsett om problemet har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker. Första linjen ska även kunna göra bedömningar av, och ge insatser till, barn med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.

Arbetet med att utveckla första linjen har pågått sedan början av 2000-talet. Regeringen har under det senaste decenniet genomfört ett flertal satsningar för att stödja arbetet med att bygga upp en första linje i kommuner och landsting, bland annat genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). SKL har sedan år 2007 drivit ett flertal utvecklingsprojekt med syfte att tillsammans med kommuner och landsting arbeta med att förbättra kvaliteten och tillgängligheten till stöd inom första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa. Mellan åren 2009-2011 fokuserades arbetet i Modellområdesprojektet på att ta fram olika modeller för hur första linjen kan organiseras. Olika modeller implementerades sedan i kommuner och landsting runt om i Sverige och verksamheter med ett uttalat uppdrag att fungera som en del av en första linjen byggdes upp. Under det efterföljande Psynkprojektet, 2012 – 2014, var fokus på att ta reda på mer om den första linjen som växte fram i kommuner och landsting.

I den här rapporten presenteras en överblick hur första linjen ser ut i kommuner och landsting. Syftet är även att beskriva vilka barn som söker hjälp på första linjen och vilka insatser de erbjuds samt att beskriva hur man i olika kommuner och landsting valt att organisera en första linje och vilken hjälp som finns tillgänglig för barn och unga.. Avslutningsvis presenteras en diskussion om vilket fokus det fortsatta arbetet med att utveckla första linjen bör ha.

Historik - Att bygga upp första linjen

Barn och unga med psykisk ohälsa som inte får vård och stöd i tid riskerar att utveckla en fördjupad problematik senare i livet. Det är därför viktigt att på ett systematiskt sätt identifiera risker och behov och att säkerställa tillgänglighet till vård och stöd finns i rätt tid och på rätt nivå. Tidiga insatser - både tidig upptäckt och ge effektiva insatser snabbt - kan i många fall förebygga en fördjupad problematik hos barn och unga. Att arbeta med tidig upptäckt och tidiga, effektiva insatser, är därför ett kraftfullt sätt att förbättra den psykiska ohälsan även på samhällsnivå.

Att bygga upp strukturer som kan säkerställa att barn och unga får den hjälp de behöver i rätt tid har visat sig vara en utmaning för landsting och kommuner. Staten har genom olika satsningar avsatt medel för att stödja kommuner och landsting i arbetet med att bygga upp strukturer som kan ta hand om barn och unga med indikerad eller utvecklad psykisk ohälsa. Regeringens satsningar på barn och ungas psykiska hälsa har framför allt kanaliserats genom överenskommelser med SKL eller genom uppdrag som givits till Socialstyrelsen. Satsningarna mellan åren 2006 och 2014 kan lite grovt delas in i tre faser. Den första fasen fokuserade på att öka tillgängligheten till vård vid psykisk ohälsa hos barn och unga. Fas två fokuserade på modeller för hur man kan organisera tidig upptäckt och tidiga insatser. I den tredje fasen intensifierades arbetet kring samverkan och samarbete mellan aktörer som möter barn och unga. I figur 1 presenteras en översikt över de överenskommelser och uppdrag som har varit viktigt i arbetet med att utveckla och implementera modeller för tidig upptäckt och tidiga insatser i kommuner och landsting.

Figur 1

Utveckling av första linjen

Fokus på förbättrad tillgänglighet

Väntetiderna till barn- och ungdomspsykiatri är långa och barn och unga får vänta länge för att få vård. Strategier för ökad tillgänglighet till vård tas fram och implementeras.

Modeller för första linjen

Arbetet med att öka tillgängligheten till vård vid psykisk ohälsa synliggör behovet av tidiga insatser. Modeller för hur vård och omsorg till barn vid psykisk ohälsa kan organiseras tas fram och implementeras.

Samverkan och samarbete

Arbetet med att implementera modeller för en första linje åskådliggör behovet av ett förbättrat samarbete mellan kommuner och landsting för att kunna bygga en effektiv första linje. År 2012 presenterar regeringen en samlad satsning på psykisk ohälsa, den så kallade PRIO – psykisk ohälsa. Samma år presenteras den ungdomspolitiska propositionen som har ett tydligt fokus på psykisk ohälsa hos unga.



Fas 1 – fokus på förbättrad tillgänglighet

Under början av 2000-talet ökade den psykiska ohälsan hos barn och unga och fler var i behov av barnpsykiatrisk vård [5] [6]. Köerna till Barn- och ungdomspsykiatri var långa och en allmän uppfattning var att väntetiderna hade blivit längre och möjligheterna till att få hjälp hade försämrats [7] [8]. År 2003 tillsatte regeringen en nationell samordnare med ansvar att leda Nationell psykiatrisamordning, som bland annat hade i uppdrag att formulera strategier för hur kommuner och landsting kunde bygga upp strukturer som säkerställde tillgång till vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa [9].

Slutbetänkandet [10] ledde bland annat fram till att regeringen intensifierade satsningen på att öka tillgängligheten till vård för barn och unga. I en delrapport visade Nationell psykiatrisamordning på behovet av en funktion som gemensamt skulle kunna driva för socialtjänst och hälso- och sjukvård. Detta mynnade ut i ett uppdrag till Socialstyrelsen som bildade UPP-centrum som bland annat skulle ge kunskapsstöd i detta arbete.

En förstärkt vårdgaranti när det gäller Barn- och ungdomspsykiatri föreslogs från socialdepartementet. Med vårdgaranti menas att vård ska ges inom en viss tid och inom vilka tidsgränser som landsting eller regioner ska kunna erbjuda vård. Den förstärkta vårdgarantin när det gäller Barn- och ungdomspsykiatri föreslogs innebära att ett första besök inom 30 dagar och fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar efter beslut. För att uppnå målet om en förstärkt vårdgaranti gällande Barn- och ungdomspsykiatri genomförde regeringen under åren 2006-2007 flera satsningar. Regeringen tecknade bland annat en överenskommelse med SKL om att utreda förutsättningarna för att implementera en förstärkt vårdgaranti i samtliga landsting [11]. SKL gjorde efter en kartläggning bedömningen att en förstärkt vårdgaranti kan uppnås i samtliga landsting tidigast år 2011. Baserat på den bedömningen fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att fram till år 2011 stödja landstingen i deras arbete [12]. Enligt uppdraget skulle Socialstyrelsen förmedla utvecklingsmedel samt fungera som ett kunskapsstöd.

Arbetet med att förbättra tillgängligheten till Barn- och ungdomspsykiatri synliggjorde problemet med bristfälliga strukturer för att tidigt upptäcka och erbjuda tidiga insatser vid riskerad eller indikerad psykisk ohälsa. Vem som bar ansvaret för barn och unga med lättare och medelsvår psykisk ohälsa var otydligt i de flesta kommuner och landsting. I slutbetänkandet från nationell psykiatrisamordning föreslogs en struktur med förstärkta basverksamheter (mödra- och barnhälsovården, förskola, skola och elevhälsa) och med ett utökat samarbete mellan hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolan för att möjliggöra tidig upptäckt och tidiga insatser. Den kartläggning som gjordes av SKL år 2008 visade att det var särskilt otydligt vem som har ansvar att ge insatser för lättare psykisk ohälsa i åldrarna 6-15 år, det vill säga mellan barnhälsovård och ungdomsmottagning.

Fas 2 – fokus på modeller för tidiga insatser

Precis som nationell psykiatrisamordning konstaterat, och som arbetet med att förbättra tillgängligheten till Barn- och ungdomspsykiatri synliggjorde, saknades ett tydligt ansvar för barn och unga med lättare psykisk ohälsa. De flesta kommuner och landsting kunde erbjuda

insatser som syftade till att skapa en god uppväxtmiljö, inklusive en god psykisk hälsa, hos alla barn och unga. Exempel på sådana insatser är stöd som erbjuds via barnvårdscentraler, stödjande insatser för att klara av skolan och föräldrastöd. De flesta kommuner och landsting tillhandahöll även specialistinsatser till de barn som lider av svårare psykisk ohälsa. De barn och unga som behövde vård och stöd för lättare och medelsvår psykisk ohälsa föll dock ofta mellan stolarna. I samband med den kartläggning som SKL gjorde år 2008 togs ett konsensusdokument fram kring vilka insatser professionen ansåg skulle behövas för att möta barn och ungas psykiska ohälsa [13]. Där skissades på flera olika nivåer i en pyramid med en grundtanke att så mycket som möjligt ska göras så långt ned i pyramiden som möjligt (se figur 2).

En ny nivå – en första linje

För att överbrygga glappet mellan den hjälp som erbjuds alla och den hjälp som erbjuds till barn och unga med svår problematik behövdes en ny nivå. För att beskriva de behov av vård och stöd som barn och unga behöver för en god psykisk hälsa användes en pyramid. I botten av pyramiden finns de insatser som erbjuds alla barn och unga, den så kallade *generella nivån*. I toppen av pyramiden finns insatser till barn och unga med svår psykisk ohälsa. Mellan den generella nivån och nivån för specialistinsatser behövdes en ny nivå som kunde erbjuda barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa vård och stöd. Den nya nivån fick namnet första linjen för barn och ungas psykiska hälsa. Att organisera vård och stöd till barn och unga vid psykisk ohälsa enligt en modell med tre nivåer var något nytt i de flesta kommuner och landsting.

Figur 2



För att stödja kommuner och landsting i arbetet med att skapa en första linje genomförde regeringen ett flertal satsningar. Bland annat genomförde SKL under år 2008 ett utvecklingsarbete med syfte att ta fram kunskap kring modeller för hur kommuner och landsting kan organisera första linjen [14]. Slutsatsen blev att förutsättningarna för att skapa en första linje ser olika ut i olika kommuner och landsting och arbetet som bedrevs under år 2008 visade behov av olika lösningar för hur vård och stöd på första linjen kan organiseras. För att skapa modeller för hur olika lösningar skulle kunna se ut tecknades en ny överenskommelse mellan SKL och regeringen som innebar att SKL mellan åren 2009 till 2011 skulle bedriva ett utvecklingsarbete med fokus på att pröva olika modeller för första linjen. Projektet kallades för *Modellområdesprojektet* [15]. *Modellområdesprojektet* innebar att SKL tillsammans med ett antal kommuner och landsting, så kallade modellområden, prövade att skapa en tydlig första linje utifrån sina förutsättningar. Detta utmynnade i olika modeller för att organisera första linjen. Arbetet innebar även att utveckla arbetssätt för att bidra till ökad samverkan mellan kommun och landsting.

Parallellt med utvecklingsarbetet som bedrevs genom SKL fick Socialstyrelsen år 2009 i uppdrag av regeringen att starta och driva ett utvecklingscentrum för tidiga insatser vid psykisk ohälsa hos barn och unga [16]. Utvecklingscentret hade till uppgift att fungera som stöd för kommuner och landsting vid uppbygganden av en första linje genom att sprida kunskap och fungera som stöd vid implementering. Uppdraget var en fortsättning på det uppdrag som regeringen givit Socialstyrelsen år 2007 [17].

Flera satsningar genomfördes även för att tydliggöra skolans roll när det gäller barn och unga med psykisk ohälsa. Under år 2010 genomförde Socialstyrelsen på uppdrag av regeringen en undersökning för att kartlägga förutsättningarna för att utveckla kvalitetsindikatorer för elevhälsan gällande psykisk ohälsa hos elever [18]. Kartläggningen visade att det krävs mer utvecklingsarbete för att fastställa vilka kvalitetsindikatorer som är mätbara. Skolverket fick år 2011 i uppdrag av regeringen att genomföra insatser som ska bidra till att stärka elevhälsans arbete [19]. Uppdraget pågår 2012-2015 och innebär att Skolverket ska fördela statsbidrag för personalförstärkningar inom elevhälsan, arbeta med utbildningsinsatser och utarbeta stödmaterial. Skolverket ska också som en del i uppdraget föreslå en modell för att följa upp kvaliteten på och tillgången till elevhälsan, ett arbete som ska presenteras under 2016.

Fas 3 – fokus på samverkan och resultat

År 2011 tog regeringen ett nytt tag om området psykisk ohälsa. Slutrapporten från Modellområdesprojektet visade behov av en utvärdering av satsningarna mellan åren 2007 och 2011. Dessa utvärderades på uppdrag av regeringen av Statskontoret och av utvärderingen framgår att det saknas samordning mellan genomförda satsningar och att en sådan skulle kunna stärka satsningarnas genomslagskraft [20] [21]. I dialog med Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut och SKL formulerade regeringen därför en samordnad satsning som kallades för *PRIO – satsning inom området psykisk hälsa*. Satsningen pågår mellan 2012-2016 och fungerar som ett ramverk för att samordna de satsningar som genomförs på området psykisk ohälsa. I *PRIO - satsningen* är barn och unga definierade som en av två prioriterade målgrupper.

Den utvärdering som genomfördes av Statskontoret visade bland annat att ansvaret för och tillgängligheten till första linjen fortfarande var oklart i många kommuner och landsting. Flera av regeringens satsningar på barn och ungas psykiska hälsa, inom ramen för *PRIO*-satsningen, prioriterar av detta skäl på arbetet med tidig upptäckt och tidiga insatser.

Överenskommelse mellan regeringen och SKL

En av de centrala delarna i satsningen när det gäller barn och unga är en bred överenskommelse med SKL [22]. Överenskommelsen, som revideras årligen, består dels av ett antal utvecklingsprojekt och dels av en prestations- och resultatbaserad modell. Både utvecklingsprojekten och den prestations- och resultatbaserade ersättningen har tydliga komponenter som syftar till att stödja arbetet med att utveckla första linjen i kommuner och landsting. Utvecklingsprojekten och den prestationsbaserade ersättningen kompletterar

varandra i strävan att öka tillgängligheten till vård och stöd på rätt nivå för barn och unga med psykisk ohälsa.

Psynkprojektet – synkronisering av insatser

Ett av de stora utvecklingsprojekten inom överenskommelsen mellan SKL och regeringen var Psynkprojektet – psykisk hälsa barn och unga. Under arbetet med Modellområdesprojektet, som fokuserade på att utveckla och implementera modeller för en första linje, ökade insikten och förståelsen om vikten av att olika huvudmän samverkar för att första linjen ska vara ett effektivt sätt att möjliggöra tidig upptäckt och tidiga insatser. Oavsett vilken modell för första linjen som kommuner och landsting väljer krävs samverkan och samarbete.

Utvecklingsarbetet gällande första linjen kom därför under Psynkprojektet att fokusera mycket på att öka samverkan mellan kommun och landsting men också vilka resultat som första linjen kan uppnå. Uppdraget innebar även att kartlägga och beskriva hur långt kommuner och landsting hade kommit i arbetet med att bygga upp första linjen.

Kartläggningen inkluderade bland annat tillgängligheten till första linjen för barn och unga avseende vilket stöd och vilken vård som finns att tillgå.

Prestationsbaserad ersättning

Den resultat- och prestationsbaserade modellen innebär att medel fördelas mellan de kommuner och landsting som uppfyller de krav på mål som årligen sätts upp genom överenskommelser mellan SKL och regeringen [23] [24] [25]. För att ta del av medel krävs att kommuner och landsting uppfyller ett antal grundkrav. För varje prestationsmål fördelas sedan medel till de kommuner och landsting som dels uppfyller grundkraven och dels uppfyller kraven för just det målet. Målen syftar till att dels öka tillgängligheten till vård och stöd och dels till att förbättra samverkan mellan huvudmän. Prestationsmålen för 2012 var gemensamma för kommuner och landsting medan prestationsmålen för åren 2013 och 2014 var uppdelade för kommuner eller landsting. Samtliga grundkrav och prestationsmål har spelat roll för att utveckla första linjen nationellt. Under år 2014 var ett av prestationsmålen specifikt inriktade på att skapa incitament för landstingen att arbeta med tillgängligheten till första linjen genom att data för besök på första linjen rapporterades in i databasen *Väntetider i vården*. I figur 3 visas grafiskt hur den resultat- och prestationsbaserade ersättningen fördelats mellan kommuner och landsting mellan år 2012 och 2014.

Resultat- och prestationsbaserad ersättning

Figur 3

- vård och omsorg till barn och unga med psykisk ohälsa

Medel till kommuner och landsting har sedan år 2012 fördelats enligt en resultat- och prestationsbaserad modell där mål är uppsatta i enlighet med årliga överenskommelser mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting. De kommuner och landsting som uppfyller grundkraven kan få del av medel genom att uppnå ett eller flera prestationsmål. Prestationsmålen för år 2012 var gemensamma för kommuner och landsting medan prestationsmålen för åren 2013 och 2014 var uppdelade att gälla antingen kommuner eller landsting.

2012

Grundkrav 1. Överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting när det gäller personer med psykisk ohälsa, samt överenskomna rutiner för upprättande av individuella planer vid behov av insatser av hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.

Grundkrav 2. I länet skall det finnas ett beslut som tydliggör ansvarsfördelningen inom och mellan kommun och landsting när det gäller barn och unga som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa.

Prestationsmål 1. 100 miljoner kronor fördelas mellan de kommuner och landsting som deltar i utvecklingsarbetet när det gäller individuella samordnade planer för barn och unga.

Prestationsmål 2. 50 miljoner kronor fördelas mellan de kommuner och landsting som deltar i utvecklingsarbetet när det gäller att börja mäta tillgängligheten till första linjen.

2013

Grundkrav 1. Upprättad överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting förtydligas genom att innehålla en tydligt definierad målgrupp, gemensamma mål och rutiner kring upprättande av och ansvarsfördelning vid en samordnad individuell plan. Överenskommelsen ska följas upp och handlingsplaner upprättas samt att företrädare för brukare skall få lämna synpunkter på handlingsplanen.

Grundkrav 2. Landsting och kommuner i länet skall tillhandahålla webbaserad information eller motsvarande som beskriver vart barn och unga och deras familjer kan vända sig för att få vård och stöd på första linjen.

Prestationsmål 1. 80 miljoner kronor fördelas mellan de landsting 1) där minst 90 % av de barn och unga som söker vård hos den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien erbjuds ett första besök inom 30 dagar och 2) som rapporterar in en svarsfrekvens som motsvarar 95 % till databasen Väntetider i Värden.

Prestationsmål 2. 100 miljoner kronor fördelas mellan de landsting 1) där minst 80 % av de barn och unga som har en pågående kontakt med barn- och ungdomspsykiatrien har fått en fördjupad utredning eller en påbörjad behandling inom 30 dagar efter beslut och 2) som rapporterar in en svarsfrekvens som motsvarar 95 % till databasen Väntetider i Värden.

Prestationsmål 3. 100 miljoner kronor fördelas mellan de kommuner som 1) rapporterar in antalet samordnade individuella planer som upprättats enligt SoL för personer under 18 år samt 2) gjort en uppskattning av behovet av samordnade individuella planer enligt SoL för personer under 18 år.

Prestationsmål 4. 50 miljoner kronor fördelas mellan de landsting som 1) rapporterar in antalet samordnade individuella planer som upprättats enligt HSL för personer under 18 år samt 2) gjort en uppskattning av behovet av samordnade individuella planer enligt HSL för personer under 18 år.

2014

Grundkrav 1. Upprättad överenskommelse om samarbete mellan kommun och landsting med en tydligt definierad målgrupp, gemensamma mål och rutiner kring upprättande av och ansvarsfördelning vid en samordnad individuell plan. Överenskommelsen ska följas upp och handlingsplaner upprättas samt att företrädare för brukare ska lämna synpunkter på handlingsplanen.

Grundkrav 2. Landsting och kommuner i länet skall tillhandahålla webbaserad information eller motsvarande som beskriver vart barn och unga och deras familjer kan vända sig för att få vård och stöd.

Prestationsmål 1. 80 miljoner kronor fördelas mellan de landsting 1) där minst 90 % av de barn och unga som söker vård hos den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien erbjuds ett första besök inom 30 dagar och 2) som rapporterar in en svarsfrekvens som motsvarar 95 % till databasen Väntetider i Värden.

Landstinget genomför mätningar av väntetider till anmälda första linjeverksamheter för barn och unga.

Prestationsmål 2. 100 miljoner kronor fördelas mellan de landsting 1) där minst 80 % av de barn och unga som har en pågående kontakt med barn- och ungdomspsykiatrien har fått en fördjupad utredning eller en påbörjad behandling inom 30 dagar efter beslut och 2) som rapporterar in en svarsfrekvens som motsvarar 95 % till databasen Väntetider i Värden.

Landstinget genomför mätningar av väntetider till anmälda första linjeverksamheter för barn och unga.

Prestationsmål 3. 100 miljoner kronor fördelas mellan de kommuner som 1) rapporterar in antalet samordnade individuella planer som upprättats enligt SoL och HLS för personer under 18 år och har gjort en uppskattning av behovet av samordnade individuella planer för barn som är i kontakt med socialtjänsten och 2) rapporterar in antal upprättade samordnade planer för barn och unga som är placerade enligt SoL eller LVU, har gjort en uppskattning av behovet av samordnade individuella planer för målgruppen och tagit fram en handlingsplan för att säkerställa att samordnade individuella planer upprättas vid behov.

Prestationsmål 4. 50 miljoner kronor fördelas mellan de landsting som 1) rapporterar in antalet samordnade individuella planer som upprättas enligt SoL och HSL för barn och unga till och med 24 år, 2) gjort en uppskattning av behovet av samordnade individuella planer för barn och unga som har en kontakt med barn- och ungdomspsykiatrien, den specialiserade vuxen psykiatrien och/eller beroendevården samt 3) tagit fram en handlingsplan för att säkerställa att samordnade planer upprättas vid behov.

Kunskapsstyrning

Parallellt med överenskommelserna med SKL innebär *PRIO-satsningen* även att regeringen givit Socialstyrelsen i uppdrag att arbeta aktivt med barn och ungas psykiska hälsa. Socialstyrelsen fick 2013 i uppdrag att säkerställa och behovsanpassa statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa [26]. När det gäller barn och unga omfattar uppdraget att öka verksamhetens möjlighet att identifiera riskgrupper och ge tidiga insatser. Arbetet ska bygga på det arbete som genomfördes av Utvecklingscentrum för barn och unga (UPP) under tidigare regeringsuppdrag och i nära samarbete med det utvecklingsarbete som bedrivs av SKL. Socialstyrelsen har även i uppdrag att utveckla grunddata och indikatorer för att följa upp och belysa kvalitet och effektivitet i vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa [27].

Upplevelsen av psykisk ohälsa hos unga

Under 2013 fattade regeringen beslut om en ny ungdomspolitisk proposition [28]. Ett av tre prioriterade områden för ungdomspolitiken 2014-2017 är ungas psykiska hälsa. Propositionen pekar på flera områden som kan komma att ha betydelse för utvecklingen av första linjen. Bland annat lyfts behovet av att förstå ungdomars inställning till och upplevelse av psykisk hälsa, elevhälsans roll i arbetet med psykisk hälsa samt behovet av att tillgängliggöra data om ungas levnadsvillkor upp som viktiga områden att fokusera på. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, före detta Ungdomsstyrelsen, fick 2013 i uppdrag att kartlägga upplevelsen av psykisk hälsa bland ungdomar [29]. Uppdraget innefattar att kartlägga hur unga med lättare psykisk ohälsa upplever, beskriver och hanterar sin ohälsa samt vilka insatser som finns i samhället som kan fungera som stöd för att ungdomarna själva kan hanteras sina besvär. Med stöd av forskare, experter och representanter från det civila samhällets organisationer har Myndigheten för ungdoms och civilsamhällesfrågor kartlagt hur unga ser på sina svårigheter och hur de hanterar dem. Hur unga hanterar sitt dåliga mående styrs i stor utsträckning av traditionella könsnormer. Tjejer uppmärksammar och beskriver sin ohälsa medan killar inte pratar om sina problem och inte söker hjälp. Att tjejer har lättare att sätta ord på sitt dåliga mående betyder dock inte alltid att de har konstruktiva sätt att hantera det. Många unga anser att de inte får det stöd de behöver. Många anser dessutom att det som omgivningen uppfattar som lättare besvär inte upplevs så av ungdomarna själva [29]. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor har även till uppgift att ta fram en modell för hur ett stöd till unga med psykisk ohälsa som varken arbetar eller studerar kan organiseras.

Vad är första linjen?

Första linjen är den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att först ta emot barn, ungdomar eller familjer som söker hjälp för att ett barn mår dåligt, oavsett om problemet har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker. Första linjen är dit man i första hand vänder sig när man har problem eller mår dåligt. De verksamheter som har ett ansvar att fungera som första linjen ska kunna:

- identifiera olika former av problematik
- göra basala utredningar av lätt till medelsvår psykisk ohälsa
- behandla lindrigare former och tillstånd av psykisk ohälsa
- identifiera svårare former av psykisk ohälsa och snabbt remittera vidare till rätt instans

Första linjen bygger på ett helhetstänkande, med en förståelse för att psykisk hälsa, medicinska faktorer, psykologiska faktorer, sociala faktorer och skolsituation kan påverka varandra och bildar en helhet. För att klara uppdraget krävs att de funktioner och verksamheter som har ett uppdrag att verka på första linjen är lättillgängliga, heltäckande och kan erbjuda insatser av hög kvalitet.

Lättillgänglig

Första linjen ska vara lätt att hitta till för barn, unga och föräldrar. Det betyder att de lokaler där första linjen finns bör vara lättillgängliga men även att information om var man kan vända sig när barn och unga behöver hjälp ska vara lätt att hitta. Det ska vara enkelt för barn och unga att som själva söker hjälp att komma i kontakt med första linjen, vilket innebär att första linjen behöver finnas där barn och unga finns. Både barn och föräldrar bör kunna söka direkt till första linjen utan att remiss krävs.

Heltäckande

Kommuner och landsting behöver säkerställa att de verksamheter som har ett uppdrag att fungera som första linje täcker alla åldersgrupper. Olika verksamheter riktar sig ofta till olika åldersgrupper och det är viktigt att det inte finns några glapp. Det är även viktigt att säkerställa att första linjen omfattar en bred kompetens för att täcka olika typer av problem som barn och unga behöver hjälp med.

Högkvalitativ

Första linjen bygger på ett helhetstänkande kring barnets situation, där det finns en förståelse för att psykisk hälsa, medicinska faktorer, sociala faktorer och skolsituation kan påverka varandra och bildar en helhet. För att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv krävs samverkan och samarbete mellan olika aktörer som möter barn och unga. Första linjen är även ett nytt sätt att arbeta och en kontinuerlig metodutveckling och uppföljning krävs för att säkerställa att de insatser som finns tillgängliga är effektiva i fråga om att hjälpa barn och unga.

Arenor för upptäckt

Kommunala och landstingsdrivna verksamheter har olika möjligheter att upptäcka och uppmärksamma barn och unga med risk för, eller indikerad, psykisk ohälsa. Skolan möter dagligen de flesta barn och unga och har på så sätt stora möjligheter att upptäcka och uppmärksamma om ett barn eller ungdom visar tecken på psykisk ohälsa. Socialtjänstens arbete med familjer gör att de snabbt kan identifiera vilka barn och unga som har en förhöjd risk för att utveckla psykisk ohälsa. Hälso- och sjukvården har möjlighet att uppmärksamma de barn och unga som visar tecken på psykisk ohälsa genom psykosomatiska besvär och även de barn som har en förhöjd risk för psykisk ohälsa på grund av en funktionsnedsättning. Gemensamt kan skolan, socialtjänsten och hälso- och sjukvården upptäcka och uppmärksamma en stor del av de barn och unga med psykisk ohälsa.

Vem gör vad på första linjen

Alla verksamheter som arbetar med första linjen har ett gemensamt ansvar att identifiera och möta ett barn eller en ungdom med indikerad eller förhöjd risk för psykisk ohälsa. Det innebär att verksamheter inom skolan, socialtjänsten och hälso- och sjukvården med uppdrag att fungera som första linje ska kunna:

- Identifiera barn med risk för eller indikerad psykisk ohälsa
- Ta reda på mer om varför ett barn eller ungdom mår dåligt
- Göra en första bedömning av problemtyngden
- Undersöka vilket stöd verksamheten kan erbjuda
- Vid behov, hjälpa barnet eller ungdomen vidare till rätt insats

Ansvar är gemensamt även om förutsättningar och arbetsmetoder för att upptäcka, bedöma och ge insatser skiljer sig åt mellan skolan, socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Att upptäcka

Gemensamt för alla verksamheter som har ett uppdrag att fungera som första linjen är att förmåga att identifiera tecken på riskerad eller indikerad psykisk ohälsa hos barn och unga. Vid misstanke om, eller tecken på, psykisk ohälsa hos ett barn eller ungdom ska dessa verksamheter även kunna bedöma om barnet eller ungdomen är i behov av en insats som kan ges inom den egna verksamheten eller om barnet behöver vård eller stöd från en annan verksamhet. För att upptäcka barn och unga med indikerad eller risk för psykisk ohälsa behöver personal i skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård känna till och vara uppmärksam på tecken som kan tyda på problem med den psykiska hälsan. I Figur 4 visas dessa tecken grafiskt för olika åldrar.

Figur 4

Tecken att vara uppmärksam på	
Barn 2-6 år	Barn 6-12 år
<ul style="list-style-type: none">• Låg begåvning• Tal- och språkförsvning• Agerar först och tänker sedan• Koncentrationssvårigheter• Lätt distraherad• Inbunden, social tillbakadragen, lättretlig• Avvisande mot andra barn• Svag utveckling i förskolan• Motoriska, språkliga eller kognitiva funktionsnedsättningar• Huvud-/skallskada	<ul style="list-style-type: none">• Utagerande, sensationsökande• Skolmisslyckanden• Aggressivitet, humörsvängningar• Begränsad impulscontrol• Apati, bristande motivation• Negativa tankar om sig själv och omvärden• Bristande kamratrelationer• Begränsad problemlösningsförmåga• Självrapporterade psykiska symtom skullskada
Unga 12-16 år	Unga 16-18 år
<ul style="list-style-type: none">• Tidig pubertät• Koncentrations svårigheter• Dåligt självförtroende• Ökat behov av uppskattning och stöd• Skolmisslyckanden, skolfrånvaro• Skallskada• Droganvändning• Självrapporterade psykiska problem	<ul style="list-style-type: none">• Inga relationer till vuxna utanför familjen• Negativa tankar• Begränsad social förmåga• Begränsad problemlösningsförmåga• Bristande kamratrelationer• Självrapporterade psykiska problem• Droganvändning

Att bedöma

Alla verksamheter på första linjen ska kunna göra en första bedömning av barn och ungas problemtynghet och behov av stöd och vård. Den verksamhet som först uppmärksammar indikerad eller risk för psykisk ohälsa bör göra en bedömning om den hjälp barn och unga behöver kan erbjudas inom den egna verksamheten. Olika verksamheter har olika manuella och strukturerade metoder för att bedöma den psykisk ohälsa hos barn och unga.

Att erbjuda insatser

Olika verksamheter har olika uppdrag att erbjuda insatser till barn och unga. Alla verksamheter som fungerar som en första linje kan inte erbjuda alla de insatser som barn och unga behöver. När ett barn eller en ungdom behöver stöd eller vård som inte finns hos de verksamheter som identifierar behovet, har den upptäckande verksamheten ett ansvar att hjälpa barnet eller ungdomen till rätt verksamhet. För att en sådan överlämning ska ske effektivt och skyndsamt krävs rutiner och strukturer för samverkan mellan samtliga aktörer med uppdrag inom första linjen. Det innebär dels att förskola, skola, socialtjänst och hälso- sjukvård behöver en gemensam syn på vem som ansvarar för insatser ett barn eller ungdom behöver och även hur barn och unga slussas mellan verksamheter.

Första linjen som den ser ut i dag

Många kommuner och landsting under de senaste åren arbetat med att bygga upp en första linje med ansvar för att ta emot barn med psykisk ohälsa oavsett om problemet har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker. I vissa kommuner och landsting har man byggt upp nya verksamheter med ett specifikt uppdrag att ansvara för första linjen. På andra ställen har man istället valt att utöka uppdraget för befintliga verksamheter att även omfatta första linjen.

Det finns i dagsläget inga nationella register eller databaser som kan ge en samlad bild av hur första linjen i kommuner och landsting ser ut. För att beskriva första linjen i denna rapport används den data som samlas in i samband med att kommuner och landsting rapporterar i enlighet med de årliga överenskommelserna angående prestationsmål som tecknas mellan SKL och regeringen. Även data som samlades in i samband med en kartläggning som Psynkprojektet genomförde under 2014 samt information som samlats in i de kommuner och landsting som deltagit i utvecklingsarbetet av första linjen inom ramen för Psynkprojektet ligger till grund för denna rapport.

Hur är första linjen organiserad

Vem som har ansvaret för första linjen är inte reglerat i lag och det finns inga riktlinjer för hur ansvarsfördelningen inom och mellan kommuner och landsting ska se ut. Det är upp till varje landsting och kommun att fördela ansvaret mellan sig. Det är även upp till enskilda kommuner och landsting att definiera vem som har ansvaret inom den egna organisationen. Det medför att det idag finns en stor variation i hur ansvarsfördelningen ser ut mellan olika kommuner och landsting.

Modeller för första linjen

SKL beskrev år i Modellområdesprojektets slutrapport 2012 sex olika typmodeller som skulle fungera som stöd för kommuner och landsting som ska bygga upp och utveckla sin första linje. Tanken med modellerna var att kommuner och landsting skulle granska sina lokala förutsättningar och välja en modell som passade dessa. Det handlade dels om att titta på vilka behov som fanns och vilka befintliga verksamheter och strukturer som fungerade bra och som man kunde bygga vidare på.

Den första modellen var en så kallad *integrerad verksamhet* där flera verksamheter samlas och integreras i gemensamma lokaler för att tillsammans erbjuda lättillgängliga och enhetliga insatser till barn och unga. Två av typmodellerna utgick från landstinget som huvudman, *Primärvårdsmodellen* och *Specialistvårdsmodellen*. Den *elevhälsobaserade modellen* innebär att man placerar ansvaret för första linjen inom elevhälsan, modellens främsta syfte är att erbjuda stöd där barnen redan finns och på så sätt säkerställa hög tillgänglighet. *Helhetsmodellen* innebar att alla verksamheter med ansvar för barn och ungas psykiska hälsa samlades i samma lokaler för att kunna erbjuda en heltäckande verksamhet medan modellen med *förstärkta vägvisarfunktioner* hjälper barn och unga att hitta rätt mellan separata

verksamheter. Alla modellerna finns beskrivna i guiden *Vänd dig hit!* [4] som togs fram av Psynkprojektet år 2012.

Det finns ingen samlad bild av vilka modeller eller sätt att organisera sig som olika kommuner och landsting har valt. I många kommuner och landsting pågår fortfarande arbetet med att analysera lokala förutsättningar och diskutera vilken eller vilka modeller som passar just den kommunen och landstinget. En del kommuner och landsting har kommit längre och implementerat modeller för första linjen. Under år 2013 genomförde Psynkprojektet en fördjupad beskrivning av fem kommuner och landsting som valt att implementera olika modeller för första linjen. Nedan följer en kort sammanfattning av hur man på olika platser valt olika modeller.

Exempel på primärvårdsmodell

I Uppsala används primärvårdsmodellen. Vårdcentralers kompetens och resurser varierar när det gäller att kunna bedöma, utreda och behandla misstänkt eller konstaterad psykisk ohälsa som inte kräver specialistinsatser. Psykologer och socionomer finns på vårdcentraler men de tar inte emot barn. Barn- och ungdomspsykologer vid Barnspecialistmottagningarna tar emot på vårdcentraler fast de organisatoriskt tillhör specialistvården Kvinno- och Barnhälsa inom Akademiska sjukhuset. Ungdomsmottagningars psykologer sorterar även de under samma verksamhetsområde men deras mottagningar är på vårdcentraler, undantaget Ungdomshälsan. Barn- och ungdomspsykologer på Barnspecialistmottagningarna arbetar med bedömning, rådgivning och korttidsterapi upp till 8 gånger för barn 6-18 år, samt med föräldrastöd. Psykologerna arbetar med lindriga psykiska och psykosomatiska besvär som inte kräver specialistvård (BUP). Remiss krävs från BUP:s telefonrådgivning, vårdcentral eller barnspecialistmottagning i Uppsala län.

Exempel på specialistvårdsmodellen

År 2011 tog landstingsfullmäktige i Kronoberg beslut att skapa en verksamhet som skulle få ansvaret för första linjen i Kronobergs län. Verksamheten, som fick namnet *Barn- och ungdomshälsan*, har ett länsövergripande uppdrag och har ansvar för lätt till medelsvår psykisk ohälsa hos alla barn och unga i åldersgruppen 6-18 år. Landstinget i Kronoberg valde att placera ansvaret för första linjen inom specialistvården men till skillnad från till exempel landstingen i Skåne och på Gotland har man inte givit ansvaret för första linjen till Barn- och ungdomspsykiatri. Barn- och ungdomshälsan organiseras under Barn och ungdomskliniken som bedriver vård på specialistnivå. Samverkansavtal finns mellan Landstinget i Kronoberg och länets social- och skolförvaltningar när det gäller insatser på första linjen.

I Region Skåne fattades 2012 beslut att ge Barn- och ungdomspsykiatri ansvaret för första linjen. Uppdraget innebar att starta verksamheter som kunde ta emot barn och unga 6-18 år med lätt- till medelsvår psykisk ohälsa. Verksamheterna fick inte dela lokal med Barn- och ungdomspsykiatri och skulle spridas ut över hela regionen. Målsättningen är att skapa samverkansavtal med kommunerna.

En farhåga med att organisera första linjen under specialistvården är att den blir mer svårtillgänglig. Både i Kronoberg och i Region Skåne arbetar man aktivt med att säkerställa

att första linjen är tillgänglig för de barn och unga som behöver hjälp. Arbetet med tillgänglighet handlar till exempel om att placera verksamheten så att den är lätt att nå för barn och unga och att skapa rutiner för samverkan med socialtjänsten och elevhälsan. Fördelen med att organisera första linjen inom specialistvården är att det finns befintlig kompetens för att möta barn och unga med psykisk ohälsa.

Exempel på elevhälsobaserad modell

I Umeå användas HLT (Hälsa, Lärande och Trygghetsmöten) som innebär att barn 0-16 år och deras familjer ska få ett så tidigt stöd som möjligt för att behov av mer omfattande insatser senare ska minska. Rent praktiskt betyder det att tvärprofessionella arbetsgrupper mellan för- och grundskola, elevhälsa, individ- och familjeomsorg och hälsocentral utvecklats i Umeås skolområden och har regelbundna träffar, minst en gång per månad. HLT är ingen verksamhet i sig utan en samverkansmodell där skola/elevhälsa, socialtjänst och hälso- och sjukvård utifrån en samsyn om behovet av sammansatta förebyggande och tidiga insatser bygger och utvecklar en struktur i barnens naturliga vardagsmiljö. De 9 geografiska områdena är avgränsade utifrån skol-, elevhälsoteams- och hälsocentralsområden. I varje område finns en lokal operativ arbetsgrupp och en ledningsgrupp.

Exempel på integrerade verksamheter

På ett par platser i Sverige har kommun och landsting gjort en gemensam satsning och startat verksamheter med uppdrag att fungera som en första linje. Gemensamt för dessa är att kommun och landsting är gemensam huvudman, dock kan det skilja sig mellan landsting om ansvaret ligger inom primärvården eller inom specialistvården. I Hagfors, Värmland, har man byggt upp en integrerad verksamhet där Hagfors kommun och Landstinget i Värmland är gemensam huvudman. Inom landstinget organiseras verksamheten under divisionen för psykiatri. Avtal om samverkan finns mellan kommun och landsting på ledningsnivå men det finns även specifika avtal om samverkan med specifika verksamheter som till exempel ungdomsmottagningen och familjecentralen. I Gustavsberg utanför Stockholm finns en integrerad verksamhet med ett samarbete mellan socialtjänsten i Värmdö kommun och en vårdcentral som drivs av landstinget i Stockholm. Till skillnad från mottagningen i Värmland är verksamheten i Gustavsberg organiserad under landstingets primärvård. Även i Jönköping finns en verksamhet som bygger på ett gemensamt huvudmannaskap mellan kommun och primärvård.

Gemensamt ansvar för kommun och landsting

Samverkan mellan kommun och landsting bedöms vara grunden till att organisera en fungerande första linje oavsett vilken modell ett landsting eller kommun väljer att utgå ifrån. För att stimulera ökad samverkan mellan kommun och landsting när det gäller barn och unga med psykisk ohälsa är ett av de två grundkraven för att få ta del av den prestationsbaserade ersättningen att det ska finnas en överenskommelse mellan ett landsting och de kommuner som tillhör respektive landsting. Om någon enstaka kommun inte uppfyller grundkravet kan landsting och övriga kommuner få ta del av prestationsmedlen under förutsättningen att de kommuner som har en överenskommelse med landstinget omfattar minst 80 procent av länets

invånare. Grundkravet om en överenskommelse mellan landsting och kommun har funnits med i samtliga överenskommelser mellan åren 2012 och 2014. År 2012 uppfyllde 19 landsting grundkravet, Landstingen i Kalmar och i Norrbotten saknades vid tidpunkten en överenskommelse med tillhörande kommuner. År 2013 och 2014 uppfyllde samtliga landsting kravet om en överenskommelse med kommunerna. När det gäller kommunerna, uppfyllde år 2012 208 kommuner kravet, år 2013 276 kommuner och år 2014 hade 281 kommuner en överenskommelse med landstingen¹.

Överenskommelser gällande första linjen

Grundkravet om en överenskommelse mellan kommun och landsting gäller samverkan vid psykisk ohälsa hos barn och unga, inget specifikt krav på förtydligande av ansvar för första linjen finns. I de inrapporterade överenskommelserna från år 2014 berörs ansvaret för första linjen i 6 landsting (se tabell 1).

Tabell 1. Landsting där överenskommelsen med kommuner avhandlar första linjen

Landsting
Landstinget Dalarna
Landstinget Västmanland
Region Gotland
Region Jämtland Härjedalen
Region Skåne
Region Östergötland

Överenskommelsen mellan Landstinget Dalarna och kommunerna i länet är den som tydligast talar om ansvaret för första linjen. I avtalet definieras insatser på första linjen som svarar mot ett indikerat problem hos barn och unga. Enligt överenskommelsen har socialtjänstens förebyggande verksamheter, kommunens råd och stöd, primärvårdens samtalsmottagningar för barn och unga med psykisk ohälsa samt ungdomsmottagningarna alla ansvar för att erbjuda insatser på första linjen. Vidare definieras primärvårdens ansvar att tillgodose behovet av rådgivning, bedömning/utredning, diagnostik och behandling, omvårdnad, förebyggande och rehabiliterande åtgärder när barn och unga inte är i behov av insatser på specialistnivån. Även i överenskommelsen mellan Region Jämtland Härjedalen och kommunerna i länet definieras ansvarsfördelningen mellan elevhälsan, individ- och familjeomsorgen och primärvården.

I Landstinget i Västmanland, Region Gotland, Region Skåne och Region Östergötland med kommuner i respektive län omnämns endast landstingets ansvar för första linjen. Det framgår inte om landstinget ensamt har ansvar för första linjen eller om även kommunerna har ett ansvar. I överenskommelsen mellan Landstinget i Västmanland och kommuner i länet definieras primärvårdens ansvar vid mild till måttlig psykisk ohälsa hos barn och unga. Enligt

¹ Antalet kommuner är baserat på socialstyrelsens utbetalningar av prestationsmedel.

överenskommelsen ska vårdcentralen bedöma och ge behandling och ska säkerställa att kompetens finns att tillgå. I avtalet mellan Region Gotland och kommunen samt i Region Skåne och kommuner i länet specificeras Barn- och ungdomspsykiatrians ansvar för första linjen. I överenskommelsen mellan Region Östergötland och kommunerna i länet berörs tillgängligheten till första linjen, där både kommuner och landsting ska sträva efter en hög tillgänglighet.

Ansvarsfördelning inom landsting

Under de senaste åren har flertalet landsting förtydligat gränstragningen mellan vilken problematik och vilka insatser som ska hanteras på första linjen respektive inom Barn- och ungdomspsykiatri. Många landsting har även fattat ett beslut om huruvida det är primärvården eller specialistvården som är ansvarig för första linjen. Skåne, Gotland och Kronoberg är tre tydliga exempel på när huvudansvaret för första linjen ligger inom specialistvården. I Skåne och på Gotland har man valt en modell där Barn- och ungdomspsykiatri är huvudansvarig för första linjen medan man i Kronoberg har placerat ansvaret för första linjen under Barn- och Ungdomskliniken. I Västragötalandsregionen och i Stockholms län har man valt att istället ge ansvaret för första linjen till primärvården. Många landsting har dock verksamheter som fungerar som första linje och som organisatoriskt tillhör både primärvården och specialistvården. För fullständig lista av fördelningen av huvudansvar för första linjen inom landstingen, se tabell 2.

Tabell 2. Fördelning av huvudansvar för första linjen inom landstingen.

Landsting	Huvudansvar för första linjen
Landstinget Blekinge	Primärvården
Landstinget Dalarna	Primärvården
Landstinget i Kalmar län	Primärvården
Landstinget i Uppsala län	Primärvården
Landstinget i Värmland	Specialistvården
Landstinget Sörmland	Ännu inte beslutat.
Landstinget Västernorrland	Primärvården
Landstinget Västmanland	Primärvården
Norrbottnens läns landsting	Primärvården
Region Gotland (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen)	Specialistvården
Region Gävleborg	Primärvården
Region Halland	Primärvård
Region Jämtland Härjedalen	Specialistvården

Region Jönköpings län	Specialistvården
Region Kronoberg	Specialistvården
Region Skåne	Specialistvården
Region Örebro län	Primärvård
Region Östergötland	Både primärvården och specialistvården.
Stockholms läns landsting	Primärvården
Västerbottens läns landsting	Primärvården
Västra Götalandsregionen	Primärvården

Verksamheter inom landsting med ansvar för första linjen

År 2012 fanns det i 20 landsting en dokumenterad överenskommelse för hur ansvarsfördelningen för barn och unga med psykisk ohälsa fördelades inom organisationen. När det gällde ansvaret för första linjen hade primärvården ett ansvar i 20 landsting, barnhälsovården ett ansvar i 16 landsting, barnmedicin ett ansvar i 5 landsting, Barn- och ungdomspsykiatri ett ansvar i 7 landsting, familjecentraler ett ansvar i 11 landsting, ungdomsmottagningen ett ansvar i 15 landsting och integrerade specialenheter mellan kommun och landsting ett ansvar i 4 kommuner. Landstingens verksamheter med första linje-ansvar finns listade i tabell 3.

Tabell 3. Verksamheter med ett första linje-ansvar i landstingen år 2012.

Landsting	Verksamheter
Landstinget Blekinge	Primärvård, Barnhälsovård, Barn- och ungdomspsykiatri, Ungdomsmottagning
Landstinget Dalarna	Primärvård, Barnhälsovård, Barnmedicin, Barn- och ungdomspsykiatri, Familjecentral, Ungdomsmottagning, Integrerade specialenheter mellan kommun och landsting
Landstinget i Kalmar län	Information saknas
Landstinget i Uppsala län	Primärvård, Barnhälsovård, Familjecentral, Ungdomsmottagning, Integrerade specialenheter mellan kommun och landsting
Landstinget i Värmland	Barn- och ungdomspsykiatri
Landstinget Sörmland	Primärvård, Barnhälsovård, Barnmedicin, Barn- och ungdomspsykiatri, Familjecentral, Integrerade specialenheter

	mellan kommun och landsting
Landstinget Västernorrland	Primärvård, Barnhälsovård, Familjecentral, Ungdomsmottagningar
Landstinget Västmanland	Primärvård, Barnhälsovård, Barn- och ungdomspsykiatri, Ungdomsmottagning, Integrerade specialenheter mellan kommun och landsting
Norrbottnens läns landsting	Primärvård, Ungdomsmottagning
Region Gotland (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen)	Barn- och ungdomspsykiatri
Region Gävleborg	Primärvård, Barnhälsovård, Familjecentral, Ungdomsmottagning,
Region Halland	Barn- och ungdomspsykiatri
Region Jämtland Härjedalen	Primärvård, Barnhälsovård, Barn- och ungdomspsykiatri, Ungdomsmottagning
Region Jönköpings län	Primärvård, Barnhälsovård, Barnmedicin, Familjecentral, Ungdomsmottagning, Integrerade specialenheter mellan kommun och landsting
Region Kronoberg	Primärvård, Barnhälsovård, Barnmedicin, Familjecentral, Ungdomsmottagning, Integrerade specialenheter mellan kommun och landsting
Region Skåne	Primärvård, Barnhälsovård, Familjecentral, Ungdomsmottagning
Region Örebro län	Primärvård, Barnhälsovård, Familjecentral, Ungdomsmottagning
Region Östergötland	Primärvård, Barnhälsovård, Familjecentral, Ungdomsmottagning, Integrerade specialenheter mellan kommun och landsting
Stockholms läns landsting	Primärvård, Barnhälsovård, Barnmedicin
Västerbottens läns landsting	Primärvård, Barnhälsovård, Familjecentral, Ungdomsmottagning
Västerbottens läns landsting	Primärvård, Barnhälsovård, Familjecentral, Ungdomsmottagning
Västra Götalandsregionen	Primärvård, Barnhälsovård, Ungdomsmottagning

Verksamheter dit barn och unga hänvisas

Utöver en överenskommelse mellan kommun och landsting innehåller modellen för prestationsbaserad ersättning för åren 2013 och 2014 även ett grundkrav om att landsting och kommuner ska tillhandahålla webbaserad information, eller motsvarande, om var barn och unga med psykisk ohälsa ska vända sig för att få hjälp. Informationen om vem som har ansvar att hjälpa barn och unga ska vara specifik för olika symptom och problem som är vanliga vid psykisk ohälsa. För landstingen finns krav på att det tydligt ska framgå vem man ska vända sig till vid 24 olika symptom eller problem. Tre av dessa symptom eller problem; barn och unga som är deprimerade, barn och unga som är nedstämda och barn och unga som är oroliga är vanliga orsaker till varför man söker hjälp på första linjen. Genom att titta på samtliga landstings hemsidor är den samlade bilden att ansvaret för dessa symptom framför allt ligger på Barn- och ungdomspsykiatri (BUP), barnvårdscentralen (BVC), elevhälsan (EH), vårdcentralen (VC) och ungdomsmottagningen (UM). I de flesta landsting har fler än en verksamhet ansvar för att ta emot barn och unga med depression, nedstämdhet och oro. I tabell 4 presenteras en översikt över i hur många landsting BUP, BVC, elevhälsan, vårdcentralen och ungdomsmottagningen har ett ansvar för barn och unga med depression, nedstämdhet och oro.

Tabell 4. Antal landsting som ger respektive verksamhet ett ansvar för områdena depression, nedstämdhet och oro hos barn och unga.

	Depression	Barn som är ledsna	Barn som är oroliga
Barn- och ungdomspsykiatri	17	13	13
Barnvårdscentralen	12	14	15
Elevhälsan	14	16	17
Vårdcentralen	11	13	13
Ungdomsmottagningen	16	18	20

Genomgången visar att det finns stora skillnader mellan landsting gällande till vilken/vilka verksamhet/er olika landsting hänvisar barn och unga. Samma symptom/problemområde kan i vissa landsting vara Barn- och ungdomspsykiatrians ansvar medan det i andra landsting är ett gemensamt ansvar mellan flera verksamheter. I sex landsting, i Uppsala, Jönköping, Blekinge, Gotland, Halland och Västernorrland, har samtliga verksamheter ett gemensamt ansvar för att ta emot barn och unga som söker hjälp för depression. I Stockholm och i Södermanland hänvisas barn och unga med depression endast till Barn- och ungdomspsykiatri. I 17 av 21 landsting hänvisas barn och unga med depression till Elevhälsan.

När det gäller barn och unga som är ledsna har samtliga verksamheter ett gemensamt ansvar i landstingen i Uppsala, Jönköping, Blekinge och Halland. I 16 landsting hänvisar man till

elevhälsan vid nedstämdhet och i 18 landsting till ungdomsmottagningen. När det gäller barn och unga som är oroliga delas ansvaret mellan samtliga verksamheter i landstingen i Uppsala, Jönköping, Gotland, Blekinge, Skåne och Halland. Även när det gäller barn och unga som är oroliga hänvisas det ofta till elevhälsan och ungdomsmottagningen.

Ansvarsfördelning inom kommun

År 2012 fanns det en dokumenterad ansvarsfördelning för första linjen i 121 kommuner. I kommuner är det ofta elevhälsan och socialtjänstens verksamheter som får uppdraget att fungera som en första linje.

Elevhälsan

År 2012 definierade 154 kommuner elevhälsan som en del av sin första linje. Av dessa var elevhälsans uppdrag i 92 kommuner att upptäcka och kartlägga medan uppdraget i 62 kommuner förutom att upptäcka och kartlägga även innebar att erbjuda viss behandling. I 44 kommuner hade elevhälsan inte ett uppdrag att arbeta på första linjen. Statistik saknades för 101 kommuner². Det innebär att av de kommuner som rapporterat in data har elevhälsan ett uppdrag fungera som första linjen genom att upptäcka och kartlägga psykisk ohälsa hos barn och unga i 47 procent av kommunerna. I 22 procent av kommunerna saknar elevhälsan ett uppdrag att fungera som första linje.

Socialtjänsten

I 128 kommuner fanns år 2012 en verksamhet som hade i uppdrag att fungera som en första linje för barn i åldrarna 0-6 år, vilket motsvarar 44 procent av kommunerna. I 117 kommuner fanns en eller flera verksamheter inom socialtjänsten som hade i uppdrag att fungera som en första linje med målgruppen 7-12 år och i 123 kommuner fanns en eller flera verksamheter som riktar sig till målgruppen unga i åldern 13-17 år, vilket motsvarar 40 procent respektive 42 procent av kommunerna. I 65 kommuner saknades verksamheter inom socialtjänsten som hade ett uppdrag att fungera som en första linje³.

Verksamheter dit barn och unga hänvisas

Enligt grundkrav 2 i överenskommelsen mellan SKL och regeringen från 2014 ska kommunerna på sina hemsidor tydligt visa vart barn och unga kan vända sig vid 17 områden som är vanliga vid psykisk ohälsa hos barn. Kris i livet, ilska och utbrott och stress är tre av vanliga orsaker till varför man som barn, ungdom eller förälder söker hjälp på första linjen. Vid en granskning av samtliga kommuners hemsidor hänvisade de flesta kommuner vid alla tre områdena till Barn- och ungdomspsykiatri, elevhälsan, ungdomsmottagningen, 1177 och till socialtjänstens verksamheter (se tabell 5). Socialtjänstens verksamheter hade i 88

² Totalt rapporterade 243 kommuner in data i enlighet med 2012 års överenskommelse. Information om elevhälsan saknas för 45 av dessa.

³ Totalt rapporterade 243 kommuner in data i enlighet med 2012 års överenskommelse. Information om socialtjänsten saknades för 12 av dessa.

kommuner ett ansvar för området kris i livet, i 98 kommuner ett ansvar för området ilska och utbrott och i 46 kommuner för området stress. Elevhälsan hade i 95 kommuner ett ansvar för barn och unga med kris i livet, i 45 kommuner ett ansvar för barn och unga med ilska och utbrott och i 88 kommuner ett ansvar för barn och unga med stress. På samma sätt som för landstingen, är det tydligt att ansvaret för symptom/problemområden som är vanliga orsaker till att man söker hjälp på första linjen ser olika ut i olika kommuner.

Tabell 5. Antal kommuner som ger respektive verksamhet ansvar för områdena *Kris i livet, Ilska och utbrott och stress*⁴

	Kris i livet	Ilska och utbrott	Stress
BUP	45	73	31
BVC	14	38	10
Elevhälsa	113	107	139
Vårdcentral	17	15	22
Ungdomsmottagning	95	45	88
Hälsocentral	7	5	4
Barnhälsovård	0	4	1
Familjecentral	12	15	8
Första linjen	4	6	4
Vårdguiden (1177), UMO, BRIS eller liknande	166	164	171
Socialtjänsten (olika typer av verksamheter)	88	98	46
Svenska kyrkan	30	0	0

Vilka barn och unga söker hjälp inom första linjen

Det finns inga nationella register över insatser som ges på första linjen. Ofta saknar även kommuner och landsting en samlad bild av vilka insatser som givits på första linjen inom den egna organisationen. Det finns heller ingen forskning på området. För att få en bild av hur det ser ut i första linjen runt om i Sverige genomfördes en kartläggning inom ramen för Psynkprojektet under 2014. Kartläggningen syftade till skapa ett underlag för att beskriva vilka barn och unga som söker hjälp på första linjen, varför de söker hjälp och vilken hjälp de får. Kartläggningen genomfördes i 26 verksamheter inom socialtjänsten, elevhälsan, verksamheter inom hälso- och sjukvården och integrerade verksamheter som alla har ett uppdrag att erbjuda insatser på första linjen. Kartläggningen beskriver lite drygt 2600 insatser

⁴ Totalt antal kommuner inkluderade: 229 av 290 (79 procent)

på första linjen i de 26 verksamheter som deltog. En fullständig beskrivning av hur kartläggningen genomfördes och vilka slutsatser man kan dra av materialet finns i rapporten *Kartläggningsrapport: första linje för barn och ungas psykiska hälsa – en kvantitativ beskrivning utifrån data insamlad mars-september 2014* [30]. Nedan presenteras en sammanfattning av vilka barn och unga som sökte hjälp, varför de sökte hjälp och vilken hjälp de fick. Underlaget är begränsat till att kunna beskriva hur första linjen ser ut i de verksamheter som deltog i kartläggningen, men dessa kan sägas vara representativa för de verksamheter som kommun och landsting oftast anser har ansvar för första linjen. Resultaten för kartläggningen kan därför ses som en indikation för hur det kan se ut i andra verksamheter med liknande uppdrag och på aggregerad nivå.

Ålder och kön

När man tittar på verksamheterna som har en målgrupp 0-18 år eller 6-18 år så är det ungefär lika många flickor som pojkar i åldrarna 0-12 år som fick en insats medan flickor 13-18 år är betydligt fler än pojkar i samma åldersgrupp. När man tittar på fördelning mellan könen på ungdomsmottagningarna är det betydligt fler flickor/kvinnor som fick en insats vid psykisk ohälsa än pojkar/män. Av resultatet finns ett tydligt mönster att i åldersgruppen 0-12 år fördelningen mellan pojkar och flickor relativt jämn med något fler flickor medan flickor/kvinnor i åldersgrupperna 13-18 och 19-24 år betydligt fler än gruppen pojkar/män. Kartläggningen visar tydligt att pojkar i tonåren och unga män inte söker stöd hos de första linje-verksamheter som deltagit i kartläggningen. Det mönstret går igen oberoende om man tittar på de verksamheter som har målgruppen 0-18 år eller 6-18 år, ungdomsmottagningarna eller elevhälsan.

Kontaktorsak

Den vanligaste orsaken till varför barn och unga sökte kontakt med de deltagande första linje-verksamheterna var oro/ångest och nedstämdhet/depression. För hälften av alla barn och unga var detta angiven kontaktorsak. Även skolrelaterad problematik, familjerelaterad problematik och relationsrelaterad problematik var vanliga orsaker till varför man sökte kontakt med första linjen.

Tittar man på flickor och pojkar i olika åldrar separat ser man att för bägge grupperna i åldern 0-12 år är oro/ångest den vanligaste orsaken till att man sökte kontakt med första linjen. Även familjerelaterad problematik, aggressivitet och relationsrelaterad problematik är vanliga kontaktorsaker. Det är något vanligare att man söker stöd för pojkar som är aggressiva än flickor som är aggressiva. Även koncentrationssvårigheter/överaktivitet är en vanligare orsak till att söka stöd för hos pojkar än hos flickor. I gruppen unga 13-18 år är den vanligaste kontaktorsaken nedstämdheten/depression för flickor och oro/ångest för pojkar. Flickor och pojkar i gruppen 13-18 år söker även stöd för familjerelaterad problematik, skolrelaterad problematik och relationsrelaterad problematik.

Problemtyngd

I detta avsnitt vill vi ge en bild av problemtyngden hos de ungdomar som deltagit i kartläggningen i jämförelse med referensvärden. Kartläggningen har använt två välkända instrument för att studera de barn och ungdomar som söker hjälp på första linje-verksamheter. Det är Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) och Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM).

Hela materialet består av information om 2616 barn och ungdomar och kommer från 23 verksamheter. Medelåldern är 13,1 år. Av ungdomarna är 57,7 procent flickor och 41,3 procent pojkar. Flickorna är äldre än pojkarna (13,9 år mot 12,0 år).

SDQ

SDQ är ett mycket utprövat och validerat självskattningsformulär som har använts i en rad studier internationellt och i Sverige [31]. Som självskattningsinstrument används det huvudsakligen i åldersgruppen 11 till 16 år men har visat goda mätegenskaper även för några år äldre ungdomar [32]. SDQ finns i tre versioner: för föräldrar, för lärare och för barn. De flesta studier har gällt föräldraversionen men det finns ett relativt stort antal studier som har använt självskattningsversionen.

Testet består av fem delskalor (emotionella problem, uppförandeproblem, hyperaktivitet, kamratproblem samt prosocialt beteende (omvända poäng)) samt en totalskala.

I en studie av 14- och 15-åringar fann Lundh, Wångby-Lundh och Bjärehed [33] att instrumentet har god konvergent och diskriminant validitet även om den interna konsistensen och test-retest reliabiliteten var svag för några av delskalorna. En faktoranalys visade att man fick tillbaka de faktorer som testets grundare antagit.

I den första svenska valideringen deltog föräldrar till barn i åldrarna 7 och 10 år (Smedje et al., 1999). Det vanliga sättet att identifiera problem med SDQ är att använda den nittionde percentilen i normalurval som cutoff för kliniska problem. Man menar alltså att tio procent i ett urval av ungdomar utan kända problem har så allvarliga problem att de har sökt eller skulle behöva söka hjälp. I föräldrastudien från 1999 fann man att detta cutoff-värde motsvarade 14 poäng på hela skalan, 4 poäng på uppförandeproblem och kamratproblem, 5 poäng på emotionella problem och prosocialt beteende samt 7 poäng på hyperaktivitet.

Ungdomarna

Det finns flera stora populationsstudier internationellt, i Norden och i Sverige där självskattningsversionen av SDQ använts. I en stor studie med 3265 ungdomar från Norge [34] fann man följande värden: SDQ totalt medelvärde 11,1, emotionella problem 2,7, uppförandeproblem 2,3, hyperaktivitet 4,3, kamratproblem 2,0, och prosocialt beteende 7,0.

Ungdomarnas skattningar från kartläggningen av första linje-verksamheter visar att de hade fler problem än ett normalmaterial av svenska ungdomar. I tabell 6 visas jämförelser mellan det aktuella materialet och data från en svensk studie [33] där data från årskurs valts för jämförelsen.

Tabell 6. Jämförelse mellan de första skattningarna på SDQ i kartläggningen av första linje-verksamheter (Första linjen) och värdena för normalgrupper (Lundh) [33] med flickor (n = 263) och pojkar (n = 241) i årskurs 7.

	Första linjen (n = 582)	Lundh	T (p)	Första linjen (n = 326)	Lundh	T(p)
	Flickor			Pojkar		
SDQ total	14.45 (5.5)	10.39 (5.6)	9.9 (< .001)	13.2 (5.3)	9.93 (4.8)	7.6 (< .001)
Emotionella problem	5.51 (2.4)	3.31 (2.4)	12.3 (< .001)	3.85 (2.2)	1.96 (1.8)	10.9 (< .001)
Uppförandeproblem	2.21 (1.6)	1.59 (1.5)	9.9 (< .001)	2.41 (1.8)	1.91 (1.7)	3.3 (< .001)
Hyperaktivitet	4.32 (2.4)	3.69 (2.1)	3.7 (< .001)	4.43 (2.3)	3.90 (2.2)	2.8 (< .01)
Kamratproblem	2.41 (1.8)	1.79 (1.7)	4.7 (< .001)	2.49 (1.9)	2.15 (1.6)	2.3 (< .05)
Prosocialt beteende	8.40 (1.7)	8.16 (1.8)	1.9 (ns)	7.89 (1.7)	6.92 (1.7)	6.7 (< .001)

I jämförelse med ett normalurval av svenska ungdomar i sjunde klass skattar ungdomarna från första linje-verksamheterna att de har fler problem på de flesta delskalorna och på den totala skalan. Det gäller särskilt emotionella problem och för flickorna uppförandeproblem. Däremot är det för flickorna ingen skillnad när det gäller prosocialt beteende och pojkarna på första linje-verksamheterna ligger högre än normalmaterialiet.

Det finns inte några svenska cutoff-värden men det finns från flera andra länder. I en finsk studie [35] med ett normalurval av ungdomar med genomsnittsålder 14,1 år fann man de cutoff-värden som anges i tabellen. Dessa gäller ett normalurval av ungdomar.

Tabell 7. Cutoff-gränser i finsk studie [35] med andel över cutoff i kartläggningen av första linje-verksamheter (Första linjen)

	Finskt normalurval (n =)	Andel över/under cutoff i första linjen Flickor (n = 582)	Antal över/under cutoff i första linjen Pojkar (n = 326)
SDQ total	18	29.6	19.9
Emotionella problem	5	65.8	38.7
Uppförandeproblem	4	17.7	22.7
Hyperaktivitet	6	32	32.2
Kamratproblem	4	23.7	27.6
Prosocialt beteende	4	2.9	0.9

Det är en något större andel flickor än pojkarna som hamnar ovanför cutoff-gränsen för hela SDQ. När det gäller de enskilda delskalorna är emotionella problem tydligt mest frekvent hos flickorna medan övervikten för dessa problem inte är så tydlig bland pojkarna.

Det fanns 917 SDQ-formulär som hade fyllts i av ungdomarna före interventionen. Av dessa kom 63,5 procent från flickor och 35,7 procent från pojkar. Genomsnittsåldern var 14,0 år. Efter interventionen hade 142 ungdomar fyllt i självskattningsformuläret. Bortfallet innebar alltså 775 ungdomar inte hade fyllt i formuläret efter interventionen.

Föräldrarna

Föräldrarna fyllde i olika formulär beroende på hur gamla deras barn var. I den yngre gruppen var barnen i genomsnitt 11,3 år. Femtiofyra procent var flickor och fyrtiosex procent pojkar. I denna grupp hade 1531 föräldrar fyllt i formuläret före behandlingen och 224 efter interventionen. I tabell 8 anges andelen ungdomar som skattades över/under cutoff-gränsen. Cutoff-värdena är de som anges i en svensk studie [36].

Tabell 8. Cutoff-gränser i svensk studie [36] med andel över cutoff i kartläggningen av första linje-verksamheter (Första linjen)

	Smedje et al. (n = 900)	Andel över/under cutoff i Första linjen Flickor (n = 825)	Antal över/under cutoff i Första linjen Pojkar (n = 693)	P
SDQ total	14	40.2	49.2	< .01
Emotionella problem	5	54.5	41.8	< .01
Uppförandeproblem	4	20.5	30.3	< .01
Hyperaktivitet	7	13.2	25.0	
Kamratproblem	4	23.3	26.8	
Prosocialt beteende	5	4.1	16.0	

Alla skillnader i procent mellan pojkar och flickor är signifikanta med $p < .01$ utom den för kamratproblem. I föräldraskattningarna är det färre flickor som kommer över cutoff-gränsen än pojkar. Flickorna anses även av föräldrarna främst ha emotionella problem, men skillnaden mellan pojkar och flickor är mindre än i deras egna skattningar.

Dessa föräldraskattningar hade kommit från 17 verksamheter. Alla verksamheter som bidrog med föreskattningar hade också fått in efterskattningar. Det var i genomsnitt 90,1 formulär före interventionen och 13,2 efter interventionen. De verksamheter som lyckades bäst fick in 44 procent (7 av 16) och 27 procent (27 av 99) av skattningarna både före och efter. Fem verksamheter fick inte in någon skattning efter interventionen.

CORE-OM

CORE-OM är ett formulär som används för att mäta psykisk hälsa genom att personen svarar på ett antal frågor. Syftet med formuläret är att göra en bedömning av en persons beteende och utifrån denna bedömning få en uppfattning om personens psykiska hälsa. I kartläggningen har CORE-OM används från 16 år och uppåt eftersom det är för den åldersgruppen som

verktyget är validerat för svenska förhållanden. Formuläret består av 34 frågor indelade i fyra huvudkategorier: risk, problem, funktion och subjektivt välmående.

De fanns 443 CORE-OM formulär från före insatsen och 98 efter. Ungdomarna som lämnade in CORE-formulär var i genomsnitt 18,8 år. Flickorna var i majoritet (330; 75,7 procent mot 105; 24,1 procent). Det fanns data från sex verksamheter. Antalet inlämnade före-mätningar från dessa sex enheter varierade mellan 267 och 10, genomsnittet var 73,8.

Det finns inga stora svenska material med skattningar från ungdomar. Det finns däremot en studie med ett normalmaterial med vuxna [37]. Medelåldern för de 229 deltagarna i denna studie var 28 år.

Tabell 9. Kartläggningen av första linje-verksamheter (Första linjen) jämfört med normalurval [37]

	Första linjen	Normalurval	t	p	ES
Hela CORE OM	1.62 (.59)	.90 (.52)	15.60	< .001	
Subjektivt välmående	2.11 (.84)	1.15 (.75)	14.6	< .001	
Problem	2.11 (.75)	1.15 (.71)	16.0	< .001	
Funktion	1.56 (.58)	.94 (.60)	13.0	< .001	
Risk	.37 (.49)	.14 (.32)	6.4	< .001	

Ungdomarna från första linje-verksamheterna har alltså betydligt mer problem på alla delskalor än vad studentgruppen rapporterade. Det finns ett svenskt cutoff-värde för gränsen mellan att problemen har en klinisk natur och att de inte har det. Den är 13,0 [38]. Med denna cutoff var det 73,5procent av flickorna och 63,8procent av pojkarna som hade kliniska problem.

Jämförelser med engelska material på CORE-OM har när det gäller vuxna personer med psykiatriska problem antytt att de inte bör jämföras. I tabell 10 visas en jämförelse mellan ungdomarna i kartläggningen och ett svenskt primärvårdsmaterial med vuxna patienter (n = 667) med en medelålder av 37 år.

Tabell 10. Jämförelse mellan kartläggning av första linje-verksamheter (Första linjen) och svenskt primärvårdsmaterial.

	Första linjen	Primärvård	t	p	ES
Hela CORE OM	1.62 (.59)	1.93 (.41)	10.3	< .001	
Subjektivt välmående	2.11 (.84)	2.34 (.78)	4.7	< .001	
Problem	2.11 (.75)	2.56 (.54)	11.6	< .001	
Funktion	1.56 (.58)	1.82 (.50)	8.0	< .001	
Risk	.37 (.49)	.24 (.41)	4.9	< .001	

Det visar sig alltså att patienterna i primärvården rapporterade betydligt mer problem än ungdomarna på första linje-verksamheterna, bortsett från delskalan Risk, där ungdomarna hade ett högre genomsnittsvärde än primärvårds-patienterna. Riskfrågorna gäller alltså suicidtankar, tankar på att skada sig själv och tankar på att skada någon annan.

I tabell 11 visas värdena för materialet indelat i tre åldersgrupper (upp till 18, 18-21, och över 21) och för pojkar och flickor separat.

Tabell 11. Resultat efter kön och åldergrupp

	Flickor				Pojkar			
	-17 (n = 104)	18-21 (n = 180)	22- (n = 45)	T (p)	-17 (n = 27)	18-21 (n = 62)	22- (n = 16)	T (p)
CORE-OM	1.67	1.70	1.72	.15 (ns)	1.34	1.60	1.62	1.81 (ns)
Subjektivt välmående	2-2	2.2	2.3	.48 (ns)	1.56	2.03	1.97	3.18 (<.05)
Problem	2.1	2.3	2.4	1.96 (ns)	1.73	2.03	2.16	1.72 (ns)
Funktion	1.57	1.60	1.59	.05 (ns)	1.23	1.53	1.48	2.22 (ns)
Risk	.53	.37	.27	5.07 (<.01)	.59	.43	.52	.79 (ns)

De skillnader som finns mellan åldersgrupperna rör för flickorna delskalan Risk. Det är sannolikt att det är tankar på självskadande som är starkare i den yngre åldersgruppen. Bland pojkarna är det på skalan Subjektivt välmående som de yngre pojkarna rapporterar färre problem än de äldre.

Vilken hjälp finns tillgänglig

Det saknas riktlinjer för vilka insatser som bör finnas tillgängliga för barn och unga på första linjen och det är därför svårt att följa upp vilken hjälp som finns tillgänglig. Den kartläggning som genomfördes inom ramen för Psynkprojektet under 2014 ger ett underlag för att beskriva vilka insatser som är vanliga i de 26 deltagande första linje-verksamheterna. För att få ett bredare underlag kan man även titta på vilka insatser som finns tillgängliga vid psykisk ohälsa hos barn och unga i de verksamheter som ofta har ett ansvar för att ta emot barn och unga med psykisk ohälsa. Socialstyrelsen och folkhälsoinstitutet har båda haft i uppdrag att inventera vilka metoder som används för att upptäcka och ge insatser vid psykisk ohälsa hos barn och unga.

Metoder för tidig upptäckt och tidiga insatser

I den kartläggning som genomfördes i 26 verksamheter inom ramen för Psynkprojektet var den vanligaste insatsen stödjande samtal till barn eller förälder. I 29 procent av insatserna som inkluderades i kartläggningen gavs stödjande samtal till barn och unga, i 21 procent till förälder och i 13 procent till familj. Det var även vanligt att insatsen på första linjen innebar kartläggning/utredning.

Socialstyrelsens *Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa* (UPP-centrum) genomförde under 2008-2010 en inventering av vilka metoder som användes när det gäller tidig upptäckt och tidiga insatser för barn och unga med risk för eller indikerad psykisk ohälsa.

Inventeringen genomfördes i barnhälsovården, elevhälsan och i skolan/förskolan, socialtjänstens öppna verksamheter, på barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, ungdomsmottagningar mödrahälsovården, barn- och ungdomshabiliteringen samt Barn- och ungdomspsykiatri (se tabell 12). Barn- och ungdomspsykiatri är den verksamhet som oftast använder strukturerade eller manualbaserade metoder vid insatser som erbjuds barn och unga vid psykisk ohälsa. Även socialtjänstens öppna verksamheter och ungdomsmottagningar använder ett flertal olika metoder för att upptäcka och ge insatser.

Tabell 12. Antal inrapporterade metoder för tidig upptäckt och tidiga insatser för olika verksamheter

	Metod för tidig upptäckt	Metod för tidiga insatser
Förskolan	0	10
Skolan	0	26
Elevhälsan	5	17
Mödrhälsovården	4	2
Barnhälsovården	2	9
Ungdomsmottagning	13	35
Socialtjänsten	6	57
Barn- och ungdoms medicinska mottagning	3	1
Barnhabiliteringen	17	19
Barn- och ungdomspsykiatri	84	44

Många av de metoder som användes vid insatser vid risk för eller indikerad psykisk ohälsa är gemensamma för verksamheter som ofta har ett ansvar för första linjen. Vanliga metoder i elevhälsan, socialtjänstens öppna verksamheter och hälso- och sjukvårdens insatser är olika program för föräldrastöd och olika former av stödjande samtal. I tabell 13 finns en lista med metoder och vilka verksamheter med första linjen-ansvar som använder metoderna.

Tabell 13. Metoder som används i flera olika verksamheter som ofta har ett ansvar för första linjen

Metod	Verksamheter
KOMET (Kommunikationsmetod)	skola/elevhälsa, barnhälsovården, ungdomsmottagningar, socialtjänsten, Barn- och ungdomspsykiatri
COPE (Community Parent Education Program)	skola/elevhälsa, barnhälsovården, ungdomsmottagningar, socialtjänsten, Barn- och ungdomspsykiatri
ART (Aggression Replacement Training)	skola/elevhälsa, barnhälsovården, ungdomsmottagningar, socialtjänsten, Barn- och ungdomspsykiatri
MI (Motivational Interview)	skola/elevhälsa, barnhälsovården, ungdomsmottagningar, socialtjänsten
Vägledande samspel (International Child Development Program, ICPD)	skola/elevhälsa, barnhälsovården, ungdomsmottagningar, socialtjänsten
MarteMeo	skola/elevhälsa, barnhälsovården, ungdomsmottagningar, socialtjänsten
De otroliga åren	skola/elevhälsa, socialtjänsten, Barn- och ungdomspsykiatri
Aktivt föräldraskap	skola/elevhälsa, barnhälsovården, ungdomsmottagningar, socialtjänsten

Kognitiv beteendeterapi	ungdomsmottagningar, socialtjänsten, Barn- och ungdomspsykiatri
rePulse	ungdomsmottagningar, socialtjänsten, Barn- och ungdomspsykiatri
Stödsamtal	ungdomsmottagningar, socialtjänsten, Barn- och ungdomspsykiatri
DISA (Depression in Swedish Adolescents)	skola/elevhälsa, ungdomsmottagningar, socialtjänsten
Psykodynamisk korttidsterapi	socialtjänsten, Barn- och ungdomspsykiatri
SET (Social emotionell träning)	skola/elevhälsa, socialtjänsten
Systematisk/interaktionistisk familjeterapi	ungdomsmottagningar, socialtjänsten, Barn- och ungdomspsykiatri

Hur tillgänglig är första linjen

Att tidigt upptäcka och erbjuda insatser kräver att första linjen är lättillgänglig. Hög tillgänglighet innebär inte bara korta väntetider utan även att information om var man kan vända sig för att få hjälp är lätt att hitta och att förstå. Det innebär också att hjälp bör finnas där barn och unga finns.

Att mäta tillgänglighet

Under år 2013 bjöds ett 50-tal kommuner och landsting in till en dialog om förutsättningar för att mäta tillgänglighet till första linjen. Dialogen följdes av ett arbete för att ta fram mätpunkter för ledtider i verksamheter inom landstinget och kommun med ett ansvar för första linjen. Under 2014 var ett av prestationsmålen för landstingen att rapportera in data för ledtider för första linjen. För att kunna ta del av prestationsmålen krävdes att landstingen rapporterade in antal nybesök i minst en verksamhet/enhet med ett ansvar för första linjen. Även kommuner bjöds in att rapportera in ledtider till första linjen. Luleå var den enda kommunen som rapporterade in ledtider, även om en del landsting rapporterade in ledtider för verksamheter där man delar huvudmannskapet med kommunen. Se tabell 14 för antal inrapporterade barn per landsting under år 2014.

De obligatoriska mätpunkterna 2014 var det datum då beslut att acceptera kontakt fattades och det datum då start av första aktivitet inleddes. Flertalet landsting rapporterade även in datum för avslutad kontakt även om det inte var obligatoriskt för att uppnå prestationsmålet. Samtliga landsting uppfyllde prestationsmålet för år 2014 och totalt rapporterade 31 verksamheter/enheter in ledtider för tillgänglighet till första linjen till väntetidsdatabasen. Totalt rapporterades 4349 och 4529 (två olika sätt att rapportera, troligen kan samma barn vara inkluderade i båda så de kan inte adderas) insatser in för 2014. Av dessa finns datum för avslut i 4529 insatser (eftersom den ena mätte utifrån avslut och den andra utifrån påbörjade kontakter). Det genomsnittliga antalet dagar

mellan det att kontakt accepterades och avslut var 78,5 dagar. Den genomsnittliga tiden mellan det att kontakt accepterades och start av aktivitet var 13,1 dagar och 64,6 dagar mellan start av aktivitet och avslut av insats.

Tabell 14. Verksamheter/enheter som rapporterade in ledtider för tillgängligheten till första linjen under 2014.

Landsting	Verksamhet	Antal inrapporterade barn 2014	
		Start av första aktivitet under året	Avslutat kontakt under året
Landstinget Blekinge	Ungdomsmottagningen i Karlskrona	91	77
Landstinget Dalarna	Samtalsmottagningen Barn och unga i Falun	138	141
	Samtalsmottagningen Barn och unga i Ludvika/Smedjebacken	173	137
Landstinget i Kalmar län	Barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning i Vimmerby	6	1
Landstinget i Uppsala län	Telefonrådgivningen	-	1155
	VITS team	10	182
	Ungdomshälsan	107	-
Landstinget i Värmland	VISIT i Hagfors	44	42
Landstinget Sörmland	Barnhälsovårdsenheten i Eskilstuna	124	143
Landstinget Västernorrland	Ungdomsmottagningen i Sundsvall	105	32
Landstinget Västmanland	Barn- och ungdomshälsan i Västerås	517	394
	Barn- och ungdomspsykiatri	-	-
Norrbottnens läns landsting	Ungdomsmottagningen i Piteå	27	13

Luleå kommun	Behandlingsteamet, Barn- och ungdomsenheten, Luleå	-	420
Region Gotland (Hälso- och sjukvårdsförvaltningen)	PrimBUP	110	47
Landstinget Gävleborg	Familjehälsan i västra Gästrikland	150	60
	Familjehälsan i Gävle	525	177
	Familjehälsan Norra Hälsingland	171	39
	Familjehälsan i södra Hälsingland	197	35
Region Halland	Vårdcentralen i Hyltebruk	10	9
	Vårdcentralen i Laholm	2	-
Region Jämtland Härjedalen	Barn- och ungdomspsykiatri i Östersund	193	51
Region Jönköpings län	Barn- och ungdomshälsan i Huskvarna	-	477
Region Kronoberg	Barn- och ungdomshälsan i Växjö	638	637
Region Skåne	Barn- och ungdomspsykiatriens första linje-mottagning i Lund	398	199
Region Örebro län	Vårdcentralen i Storå	-	-
Region Östergötland	Ungdomshälsan i Motala	45	35
Stockholms läns landsting	Gustavsbergs vårdcentral på Värmdö	506	-
Västerbottens läns landsting	Mariehems hälsocentral i Umeå	40	18
	Hälsa, lärande och trygghets team i Mariehem, Umeå	6	7

	Hälsa, lärande och trygghets team i Hörnefors	7	1
Västra Götalandsregionen	Vara vårdcentral	9	-

Tillgänglig webbinformation

Att säkerställa att medborgarna har tillgänglighet till information om psykisk ohälsa och var man kan vända sig för att få hjälp är en del av arbetet av att tidigt upptäcka och erbjuda insatser. Under åren 2013 och 2014 genomfördes med hjälp av barnpaneler en genomgång av den information som finns på kommuners och landsting hemsidor. Genomlysningen av webbplatser visar att det finns mycket att förbättra när det gäller hur tillgänglig och användbar den information som kommuner och landsting har på sina hemsidor gällande barn och ungas psykiska hälsa.

Många barn och unga använder webben för att söka information om de mår dåligt eller behöver hjälp. Barnpanelen visade att det vanligaste sättet att söka information är att söka på www.google.se och det var ovanligt att direkt söka sig till kommun- eller landstings hemsidor. Tillgängligheten till information via kommuners och landstings hemsidor är på så sätt begränsad.

De flesta landsting använder sig av www.1177.se för att ge information på webben. När deltagarna i barnpanelen fick titta på ett urval av kommuner och landstings hemsidor framkom att det upplevdes som lite lättare att hitta rätt information på landstingens hemsidor än på kommunernas men att båda upplevdes som krångliga och svåra att använda. Barnpanelen efterfrågade en mycket enklare struktur med huvudrubriker som barn och unga kan förstå till exempel: familj och föräldrar, skolan, kompisar och relationer och hur man själv mår. Även språket på hemsidorna upplevdes som svårt att förstå [39].

Slutsatser

Det senaste årens arbete med att utveckla en första linje för barn och unga med psykisk ohälsa har lett till att det idag finns en samsyn mellan och inom kommuner och landsting när det gäller behovet av en lättillgänglig första linje för barn och unga vid psykisk ohälsa och att verksamheter som har ett uppdrag att fungera som första linjen ska kunna identifiera, kartlägga och ge vissa stöd- och behandlings insatser vid psykisk ohälsa. Arbetet har även resulterat i att det idag finns flera exempel på fungerande modeller för första linjen.

Trots framgång när det gäller att förankra arbetet med att utveckla första linjen går utvecklingen långsamt och mycket arbete kvarstår innan alla barn och unga har tillgång till insatser på första linjen. För att fortsätta utveckla första linjen krävs

- Ett förtydligande av ansvarsfördelning mellan verksamheter inom kommun och landsting.
- Tydliga riktlinjer för vilka insatser som bör vara tillgängliga och användas inom verksamheter på första linjen
- Utveckla verksamheter som arbetar på första linjen så att de bättre möter flickor och pojkars olika behov i olika åldrar
- Utbyggnad av verksamheter i hela landet för att öka tillgängligheten till första linjen.
- Tillskapande av strukturer för att kunna genomföra tillförlitliga mätningar av tillgänglighet och uppföljning av insatser.
- Förtydligande och eventuellt ändring av lagar och förordningar.

Trots den gemensamma utgångspunkten om att första linjen behövs för att säkerställa att barn och unga inte blir utan hjälp, eller att hjälpen kommer försent, har det på många plaster visat sig vara svårt att organisera en första linje. Det utvecklingsarbetet som bedrivits de senaste åren har bidragit till att fler barn och unga har tillgång till tidiga insatser vid psykisk ohälsa men det återstår mycket arbete innan första linjen är fullt utbyggd, har ett innehåll och en tillgänglighet som motsvarar behoven.

Det utvecklingsarbete som bedrivits de senaste åren har bidragit till en utbredd samsyn kring att det är viktigt att skapa en organisation som kan erbjuda tidiga insatser. Arbetet har också bidragit till att många kommuner och landsting har börjat titta närmare på den egna organisationen och på rutiner för hur man samverkar. Att tidigt upptäcka barn och unga med psykisk ohälsa och att snabbt kunna erbjuda stöd och vård för att på så sätt förhindra en fördjupad problematik är en vedertagen målsättning för arbetet med barn och ungas psykiska hälsa.

Kommuner och landsting delar i stor utsträckning uppfattningen att det bör finnas strukturer som garanterar att barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa ska få den hjälp de

behöver. Samtidigt är upplevelsen i många kommuner och landsting att en sådan struktur saknas eller är otillräckligt utvecklad. Glappet mellan den generell nivå och specialistinsatser är något som de flesta känner igen sig i. Modellen med en tydlig första linje, där en ny nivå för att möta barn och unga med psykisk ohälsa utvecklas, har tagits emot väl i kommuner och landsting.

Trots en bred uppslutning kring behovet av en första linje är utvecklingen långsam. I många kommuner och landsting är det fortfarande otydligt vem som har ansvar för första linjen och vad det ansvaret innebär. Många barn och unga saknar fortfarande tillgång till vård och stöd vid lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Slutsatsen av det arbetet som har genomförts är att första linjen är ett bra sätt att organisera vård och stöd till barn och unga men att det krävs nya metoder för att påskynda utvecklingen. En viktig del i det framtida arbetet med att tillgängliggöra insatser på första linjen är att fundera över hur man på bästa sätt stödjer arbetet med att bygga upp organisationer/strukturer som kan erbjuda insatser till barn och unga.

Vägen framåt

Det senaste decenniets många satsningar har bidragit till att det idag finns en samsyn kring begreppet första linjen och bred uppslutning kring behovet. Det finns en ökad kunskap om vad som krävs för att bygga upp och vidareutveckla första linjen lokalt och nationellt. Baserat på de slutsatser som de senaste årens utvecklingsarbete har genererat presenteras i det här kapitlet förslag på kommande arbete.

Tydligare definition av första linjen

Begreppet *första linjen* har blivit vedertaget och används i olika sammanhang men det saknas en nationell definition. Olika typer av verksamheter, både inom kommun och landsting, har fått i uppdrag att erbjuda insatser på första linjen. En vanlig definition som används är att första linjen ska vara 'dit man i första hand vänder sig när man har problem' det vill säga 'den eller de funktion eller verksamheter som har i uppgift att först ta emot barn, ungdomar eller familjer som söker hjälp för att ett barn mår dåligt, oavsett om problemet har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker'.

Den breda definitionen har fördelen att den ger ett helhetsperspektiv och tar ansvar för alla typer av problem. Nackdelen är att den inte ger en tydlig bild av vad som ska erbjudas inom de verksamheter som är första linjen. I dag finns en stor variationen mellan och inom olika kommuner och landsting gällande vilka insatser som erbjuds barn och unga. I många kommuner och landsting saknas ett tydligt uppdrag för första linjen och ofta saknas även riktlinjer för vilka insatser som ska finnas tillgängliga. Detta gör det svårt att säkerställa att de insatser som barn och unga behöver finns tillgängliga.

Vid utformandet av en första linje måste först klargöras vilken målgrupp man vänder sig till och vilka insatser som kan erbjudas. Vi ser även ett behov av att identifiera olika gruppers specifika behov, exempelvis avseende kön, ålder, bostadsort, tid i Sverige osv.

Verksamheter med ett uppdrag att fungera som en första linjen bör kunna:

- Göra bedömningar och enklare utredningar av den psykisk ohälsa hos barn och unga
- Erbjuda individuellt anpassade insatser vid lätt- till medelsvår psykisk ohälsa
- Följa upp enskilda insatser för att säkerställa att insatsen har haft avsedd effekt
- Upprätt rutiner för att systematisk utveckla verksamheten

Den kartläggning av första linjen-verksamheter som genomfördes under år 2014 är ett första steg i att öka kunskapen kring vilka symptom/problemområden som barn och unga ofta har när de söker hjälp på första linjen. Riktlinjer som beskriver vilka insatser som ska finnas tillgängliga för olika tillstånd behöver tas fram på nationell nivå. Med tanke på dagens otillräckliga situation avseende nationella forskningsunderlag inom området är det sannolikt svårt för socialstyrelsen att ta fram nationella riktlinjer men vi behöver åtminstone skapa någon typ av konsensusdokument av det nationella kunskapsläget.

Barn och unga med en förhöjd risk

Det finns flera grupper av barn och unga med en förhöjd risk för att drabbas av psykisk ohälsa (se figur). En del av arbetet på första linjen behöver vara inriktat på att förebygga och att tidigt fånga upp barn och unga i dessa grupper vid tecken på psykisk ohälsa. Det förebyggande arbetet kan till exempel omfatta konsultationer till verksamheter som ofta möter



barn med en förhöjd risk. I och med denna uppgift kan en väl fungerande första linje även fungera som ett nav för samverkan mellan olika verksamheter. Första linjen kan även arbeta med att sprida kunskap om de tecken på psykisk ohälsa som man bör vara uppmärksam på samt kunskap om kända risk- och skyddsfaktorer.

Framöver ser vi ett behov av att utveckla tydliga rutiner för första linjen som gör att det i praktiken upplever att det finns ett gemensamt ansvar hos alla verksamheter som träffar barn och unga.

Arbetet med modeller för första linjen

Under de senaste årens utvecklingsarbete har kommuner och landsting valt att arbeta med olika modeller för att bygga upp första linjen och det utvecklingsarbete som har bedrivits har fokuserat på att stödja kommuner och landsting i att implementera vald modell. Det går i dagsläget inte att säga om några modeller är bättre eller sämre. Det finns för- och nackdelar med alla modeller. En gemensam nämnare för många områden är att utvecklingen går långsamt. Att utveckla en första linje med bred kompetens och hög tillgänglighet har visat sig vara svårt på många platser, oberoende av modell.

Idén med att låta kommuner och landsting välja sin egen modell har haft flera fördelar men det finns anledning att ställa sig frågan om arbetet gått snabbare med en gemensam nationell modell.

Förslag på en modell för första linjen

Arbetet med Modellområdesprojektet och Psynkprojektet har bidragit till att det idag finns ett bra kunskapsunderlag avseende vilka komponenter som är viktiga för att en första linje ska vara effektiv:

- Vara lättillgänglig
- Möjlighet till tidig upptäckt
- Bred kompetens och kvalitativa insatser
- God samverkan med gränsande aktörer
- Goda strukturer för systematisk uppföljning

Om vi skulle skissa på ett alternativ utifrån de erfarenheter som samlats in under Modellområdesprojektet och Psynkprojektet framstår en modell med BVC/BHV, elevhälsan och ungdomsmottagningen som en modell med potential att fungera som första linje. I en sådan modell skulle BVC ansvara för barn mellan 0-6 år, elevhälsan ansvara för barn mellan 7-12 år och ungdomsmottagningen för unga 13 år och uppåt. Att förstärka verksamheter som har hög tillgänglighet och som redan idag träffar en stor del av barn och unga i Sverige skulle innebära många fördelar. Bland annat skulle det innebära att det stöd som erbjuds kommuner och landsting i utvecklingsarbetet skulle kunna fokusera mer på effektiva insatser till barn och unga och mindre på att stödja organisationsutveckling. Även denna modell, bygd på befintliga verksamheter, kräver teckna tydliga överenskommelser med övriga aktörer både när det gäller gränsdragningar för ansvarsområden och för rutiner för samverkan.

Behovet av att stimulera utvecklingen

Det råder allmän konsensus i kommuner och landsting att första linjen, och de insatser som kan erbjudas barn och unga på den nivån, är något som man vill och bör arbeta med. För att inte tappa fart i utvecklingsarbetet krävs stimulans till forskning inom området. Kommuner och landsting behöver dels utvecklingsstöd i form av metod- och kunskapsstöd samt stöd vid implementering av första linjemodeller.

Den prestations- och ersättningsmodell som under åren 2012-2014 har varit en del av överenskommelserna mellan SKL och regeringen har varit ett betydelsefullt komplement till utvecklingsarbetet. Genom att fördela medel utifrån prestationsmål som kommuner och landsting behöver uppnå, drivs utvecklingen av vård och stöd till barn och unga med psykisk ohälsa framåt. Det gäller även arbetet med att utveckla första linjen.

Ett exempel på alternativ till en prestationsbaserad modell är någon form av certifiering. En certifiering skulle innebära att det fanns en tydlig kravspecifikation på vad BVC, elevhälsa och ungdomsmottagningen förväntas göra på första linjen och att kraven måste uppfyllas för att verksamheten ska kunna få ersättning för insatser på första linjen.

Ytterligare ett sätt att stimulera utvecklingen och säkerställa en utbyggnad av första linjen som gör den tillgänglig för alla barn och unga som behöver stöd, är att systematiskt mäta ledtider till första linjen. Under de senaste åren har ett arbete med att ta fram mätpunkter för att mäta ledtider för första linjen bedrivits som en del av de årliga överenskommelserna mellan regeringen och SKL. Målsättningen har varit att hitta gemensamma mätpunkter för verksamheter inom kommun och landsting. Det kräver att mätpunkterna är relativt enkla och fungerar i ett stort antal verksamheter.

Förutsättningar för att vidareutveckla en modell för första linjen

Samarbete på statlig nivå

Flera modeller för första linjen, särskilt om även skolan ingår, bygger på ett nära samarbete mellan olika sakpolitiska områden och berör flera departement, till exempel socialdepartementet och utbildningsdepartementet. Det skulle troligen krävas en departementsövergripande satsning för att stödja utvecklingen och implementeringen av modellen och förutsätter ett nära samarbete mellan olika myndigheter som till exempel skolverket och socialstyrelsen.

Metod- och kunskapsstöd

Den kartläggning som genomfördes inom ramen för Psynkprojektet visar att det finns indikationer på att oro/ångest och nedstämdhet/depression är vanliga orsaker till varför barn och unga söker hjälp och att den vanligaste insatsen som erbjuds är stödjande samtal. Det befintliga kunskapsstödet kring hur man kan hjälpa barn och unga med dessa symptom är idag begränsat. Erfarenheter från de Modellområdesprojektet och Psynkprojektet visar att kommuner och landsting är i behov av ett omfattande kunskapsstöd för att bygga en modell där effektiva insatser erbjuds. Behovet av stöd handlar om att kunna erbjuda bra insatser till enskilda barn och unga, till grupper och via webben.

Utöver ett metodstöd vid insatser till barn och unga behöver kommuner och landsting även ett stöd för att implementera systematiska metoder för uppföljning. Erfarenheter från arbetet med kartläggningen av första linjen visar att verksamheter inom första linjen behöver bra metoder

som stöd för att följa upp att insatser når uppsatta mål och leder till en förbättrad psykisk hälsa hos barn och unga. Även stöd när det gäller metoder som kan användas för att följa upp brukarupplevelsen behövs. Under arbetet med Psyknoprojektet genomfördes en studie av en metod för att följa upp barn och ungas upplevelse, ChAse. Under arbetet med att testa instrumentet i verksamheter uppfylldes behovet av att rutinmässigt följa upp upplevelsen hos enskilda barn och unga men även på upplevelsen av verksamheten i stort. Kommuner och landsting behöver även implementera system för att samla in data som gör det möjligt att följa upp verksamheter på första linjen. En ökad efterfrågan från politiker gällande effektutvärderingar ställer krav på att verksamheter rutinmässigt börjar samla data som gör det möjligt att göra jämförelser.

Lagen och riktlinjer

De verksamheter som ofta får ansvar för att erbjuda insatser inom första linjen finns inom skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Dessa omfattas av olika lagstiftning; Socialtjänstlagen (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och skollagen. Ansvaret för första linjen regleras inte i någon av dessa lagstiftningar. Det saknas även tydliga och distinkta riktlinjer för vilket ansvar respektive organisation bör ta för insatser på första linjen. Det innebär att det är upp till varje kommun och landsting att dels fördela ansvaret för första linjen inom den egna organisationen men även när det gäller att sätta upp gränser mellan organisationer.

Ett stort antal landsting har förlagt ansvaret för första linjen inom primärvården men det är även relativt vanligt att ansvaret ligger hos specialistvården. I många landsting återstår dock arbetet med att definiera vilka insatser som ska erbjudas inom första linjen och vilka som ska erbjudas inom specialistvården.

De flesta kommuner ser första linjen som en del av de serviceinsatser som erbjuds till barn, unga och till föräldrar. Serviceinsatser regleras i SoL men vilka insatser som kan erbjudas som serviceinsatser och vilka insatser som kräver ett biståndsbeslut tolkas olika i olika kommuner. I en del kommuner har ansvaret för första linjen istället organiserats som en del av de öppna insatser som erbjuds barn, unga och föräldrar efter ett biståndsbeslut. För att barn och unga ska få hjälp så snart som möjligt har man i vissa kommuner tagit fram riktlinjer för att kunna fatta snabba beslut om en insats på första linjen. Den stora skillnaden mellan att organisera första linjen som en del av råd och service och att organisera den utifrån att det finns ett beslut är hur insatserna dokumenteras. En insats som genomförs efter ett beslut måste enligt lag dokumenteras medan något sådant krav inte finns vid en serviceinsats. Det finns inget förbud mot att dokumentera en insats inom råd och service men det kräver ett samtycke från klienten. Att inte dokumentera insatser på första linjen får konsekvensen att det är svårt att utvärdera och vidareutveckla insatser på första linjen. Det är även svårt att samverka med skolan och hälso- och sjukvården utan att dokumentera insatser.

I skolan är det oftast elevhälsan som ansvarar för elevernas psykiska hälsa. Elevhälsans ansvar regleras i skollagen och riktlinjer för elevhälsans arbete finns sedan år 2014. Både lagen och riktlinjerna tolkas dock olika av olika skolor och kommuner. En del skolor tar stort

ansvar för arbetet på första linjen, både genom att uppmärksamma barn och unga med psykisk ohälsa och genom att erbjuda insatser, medan andra inte tolkar det som skolans ansvar att hantera psykisk ohälsa hos barn och unga.

I integrerade verksamheter, där både kommun och landsting är huvudmän för verksamheten, regleras verksamheten av flera lagstiftningar. En tydlig begränsning i dessa verksamheter har varit svårigheten att gemensamt dokumentera insatserna. Genom samtycke kan de som är anställda i kommunen och av landstinget dela information om specifika insatser men möjligheten till gemensam dokumentation saknas ofta.

Ovanstående påvisar det stora behovet av en översyn av gällande regelverk och lagstiftning.

Konsekvenser av en långsam utveckling av första linjen

BUP redan i dag kraftigt belastad på många platser i landet och inom socialtjänsten rapporteras ökat tryck på utredningar och insatser i öppenvård. Om vi inte förmår bygga ut första linjens insatser i takt med den ökade efterfrågan, kommer väntetiderna till specialistnivån öka. Det blir då svårare att möta problem tidigt och därigenom riskerar lindrig problematik att utvecklas till allvarigare tillstånd med ökat lidande och ökade kostnader som följd.

En långsam utveckling av första linjen riskerar även att öka de befintliga hälsoklyftorna. I Psyknoprojektets kartläggning, liksom i många andra undersökningar, verkar pojkar uppmärksammas mer i yngre åldrar medan det i tonåren är en stor majoritet flickor som söker vård. Det finns en ökad risk för allvarlig psykisk ohälsa i socioekonomiskt utsatta områden och mycket tyder på att det är svårare för personer med låg utbildningsbakgrund att hitta rätt i välfärdssystemet och att få tidiga insatser. Den kunskapsuppbyggnad kring hur pojkar och flickor möts och erbjuds insatser för att vi ska skapa en jämlik hälsa, liksom ett brett utbud av tidiga insatser så att det även når barn och unga i utsatta situationer, kräver att det finns en välfungerande aktör före specialistnivån.

En ökande psykisk ohälsa och en samhällsutveckling som fortsatt kommer ställa stora krav på mentalkapacitet och välfungerande socialinteraktion. Detta i kombination med begränsade resurser i samhället - både ekonomiskt och personalmässigt - gör att det ställs ökade krav på att insatserna för att möta psykisk ohälsa organiseras på ett effektivt sätt. I ett makroperspektiv utmanas landets konkurrenskraft och utvecklingsmöjligheter.

Referenser

1. Bremberg S, Dalman C. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – en kunskapsöversikt. Forte, formas, Vetenskapsrådet, Vinnova. Stockholm: 2014.
2. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009
3. Statistiska centralbyrån. Undersökningar av barns levnadsförhållanden. 2014 Access date: Available from www.scb.se
4. Vänd dig hit! Guide för kommuner och landsting att kartlägga och utveckla sin första linjeverksamhet för psykisk hälsa hos barn och unga. Psykisk hälsa barn och unga. Psyk-rapport. 2012
5. Socialstyrelsen 2013. Psykisk ohälsa bland unga - Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. Stockholm: Socialstyrelsen
6. SCB 2010. Förändringar i Undersökningarna av levnadsförhållandena 2006–2008. En studie av jämförbarheten över tid för välfärdsindikatorerna. Befolknings- och välfärdsstatistik 2010:4.
7. S2003:06. Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén. Stockholm: Socialdepartementet.
8. SOU 2005:81. Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. Betänkande av social barn- och ungdomskommittén. Stockholm: Statens offentliga utredningar
9. Kommittédirektiv 2003:133. En nationell psykiatrisamordnare. Stockholm: Socialdepartementet.
10. SOU 2006:100. Ambition och ansvar – nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Stockholm: Statens offentliga utredningar
11. S2007/5696/HS. Överenskommelse mellan staten och SKL om en förstärkt vårdgaranti till Barn- och ungdomspsykiatrin. Stockholm: Socialdepartementet
12. S2007/5550/HS. Uppdrag att utbetala bidrag till landsting för att förbättra kvaliteten i och öka tillgängligheten till verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa. Stockholm: Socialdepartementet.
13. Rätt insatser i rätt tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa –rapport S2007/5696/HS överlämnad till regeringen december 2008. Sveriges Kommuner och Landsting. 2008.
14. S2008/7907/HS. Överenskommelse med SKL om pilotstudie för förändringsarbete avseende första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Stockholm: Socialdepartementet
15. Socialdepartementet 2009. Överenskommelse mellan regeringen och SKL om fortsatt förändringsarbete avseende första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Regeringsbeslut 2009-02-26, 1:3. Stockholm: Socialdepartementet.

16. S2009/10162/HS. Uppdrag att driva nationellt utvecklingscentrum för tidiga insatser till barn och unga som löper risk att drabbas av svårare psykisk ohälsa. Stockholm: Socialdepartementet.
17. Socialstyrelsen. Satsning på landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa 2007. Socialstyrelsen; juni 2008 Socialstyrelsen 2010. Att mäta kvalitet i skolhälsovårdens/elevhälsans arbete med psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen. ISBN 978-91-86585-67-9
18. U2011/5947/S. Uppdrag att genomföra insatser för en förstärkt elevhälsa. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
19. Socialdepartementet 2011. Uppdrag att följa upp och utvärdera regeringens politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning. Regeringsbeslut 2011-06-16, 1:10. Stockholm: Socialdepartementet.
20. Statskontoret 2012. Statens psykiatrisatsning 2007-2011 – slutrapport. 2012:24. Stockholm: Socialdepartementet.
21. S2011/6057/FS. Överenskommelse mellan regeringen och SKL om intensifierat samverkansarbete för barn och ungas psykiska hälsa. Stockholm: Socialdepartementet
22. Socialdepartementet 2012 Socialdepartementet 2012. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012 – överenskommelse mellan staten och SKL. Stockholm
23. Socialdepartementet 2013. Stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2013 – överenskommelse mellan staten och SKL. Stockholm
24. Socialdepartementet 2014
25. S2013/1667/FS. Uppdrag att säkerställa en samordnad och behovsanpassad statslig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa. Stockholm: Socialdepartementet
26. S2012/3905. Uppdrag om insatser inom området psykisk ohälsa. Stockholm: Socialdepartementet
27. Proposition 2013/14:191. Med fokus på unga – en politik för god levnadsvillkor, makt och inflytande. Stockholm: Utbildningsdepartementet
28. S2013/6261/FS. Uppdrag angående ungdomars upplevda psykisk ohälsa.
29. När livet känns fel – ungdomars upplevelser kring psykisk ohälsa. Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor. 2015
30. Kartlägningsrapport: första linje för barn och ungas psykiska hälsa – en kvantitativ beskrivning utifrån data insamlad mars-september 2014. Psykisk hälsa barn och unga. Psyk-rapport. 2015
31. Goodman R, Meltzer H, Bailey V (1998) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130
32. Svedin & Priebe, (2008) Child sexual abuse is largely hidden from the adult society An epidemiological study of adolescents' disclosures

33. Lundh, L.G., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2008). Self-reported emotional and behavioural problems in Swedish 14-15 year olds. A study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 523–532.
34. Obel C, Heiervang E, Rodriguez A, Heyerdahl S, Smedje H, et al. The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Nordic countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(Suppl 2):II32-9.:II32-II39
35. Koskelainen, M., Sourander, A., & Vauras, M. (2001). Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 180 –185
36. Smedje H, Broman J-E, Hetta J, von Knorring A-L (1999) Psychometric properties of a Swedish version of the "Strengths and Difficulties Questionnaire". *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 63-70.
37. Elfström, M., Evans.C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakberg, M., & Carlsson, S. (2012). Validation of the Swedish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). (Elektronisk version). *Clinical Psychology and Psychotherapy*. DOI: 10.1002/cpp.1788
38. Holmqvist, R., Ström, T., & Foldemo, A. (2013). The effects of psychological treatment in primary care in Sweden—A practice-based study. *Nordic Journal Of Psychiatry*, 64,1–9.
39. Bättre webb för barn och unga. Psyk. 2015
<http://www.uppdragpsyiskhalsa.se/bilageforteckning-i-slutrapport-2014/>

