

## En samordnad eller samlad barn och ungdomshälsa

– en idéskrift om hur vi ska möta ökad psykisk ohälsa hos barn och unga

Vi utreder, föreslår och diskuterar men utan åtgärder och verklig vilja till förändring händer ingenting. Barn och ungas psykiska ohälsa ökar, både den upplevda (Folkhälsomyndigheten 2018) och den diagnosticerade (Socialstyrelsen, 2017), och det är vi medvetna om sedan många år. Många utredningar och rapporter varnar och kommer med olika förslag men de kraftfulla åtgärderna uteblir.

Vi har därför försökt att sammanställa olika analyser och förslag genom åren och sedan beskriva den förändring i praktiken som skulle vara möjlig att genomföra.

Bilden som framträder är att det finns objektiva tecken på en ökad psykisk ohälsa men att det troligen inte är en enda orsak utan en mängd olika faktorer och att orsakssambanden troligen ser olika ut för olika grupper och åldrar. Det är tydligt att det kommer krävas åtgärder på flera olika nivåer och anpassade till barn och ungas skede i livet, situation och individuella förutsättningar. De tre nivåer som behöver omfattas är:

1. Främja psykisk hälsa generellt, det vill säga förändra barn och ungas livsvillkor så att de främjar psykisk hälsa och lära föräldrar, barn och unga hur man skyddar sig mot att överbelasta hjärnan och mot psykisk ohälsa.
2. Lättillgängliga insatser för barn och unga med risk för eller tecken på psykisk ohälsa
3. Effektiva och sammanhållna insatser för barn och unga med psykisk ohälsa som riskerar att bli allvarlig eller som har psykiska sjukdomar eller psykiska funktionsnedsättningar/variationer som behöver behandling och eller stöd och anpassning.

Det är en stor utmaning att skapa en modell, ett erbjudande från välfärdssystemen, som verkligen utgår från barn och unga och utformas efter deras behov. Den vision som ligger till grund för det här förslaget är att det finns ett hälsofrämjande stöd för det lilla barnet från mammas mage upp tills det blivit ung vuxen vid 25 år. Om eller när det uppstår problem är det enkelt att få tidiga insatser av en lättillgänglig första linje om det behövs specialistinsatser kan dessa enkelt knytas till och ge insatser som bygger på en helhetssyn. För barn och familjer med behov av sammansatta insatser under lång tid finns samordnarfunktioner som underlättar och effektiviserar insatserna från olika aktörer och håller fokus på barnet och den unges egna önsknings. Det är samhällets stöd som ska omsluta alla barn under hela deras uppväxt – det är inte barnet som ska skickas mellan olika aktörer.

För att skapa en samlad barn och ungdomshälsa med en sammanhängande verksamhet mellan de olika områdena socialtjänst, skola, arbetsmarknad samt hälso- och sjukvård skulle det krävas lagändringar och tex skapande av en speciell barnlag. Vår bedömning är dock att det även med nuvarande lagstiftning: socialtjänstlag, hälso- och sjukvårdslag samt skollag går att skapa ett betydligt mer lättillgängligt erbjudande om stöd och en mer sammanhållen

insatskedja än den vi har idag. Förändrad lagstiftning tar lång tid och för att ändra och för att sammanföra flera lagstiftningar krävs ofta omfattande utredningar. Situationen med ökad psykisk ohälsa, högt söktryck på socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri, sviktande skolresultat speciellt i vissa grupper gör att förändring i verkligheten inte kan vänta.

***Vi föreslår därför att den första etappen i ett förbättrat stöd till barn och unga är en samordnad barn och ungdomshälsa, det vill säga att de verksamheter som finns redan idag knyts tättare ihop och har sin bas i elevhälsan.***

Med de olika delar av vårt välfärdssystem som har verksamheter som helt eller delvis har uppdrag kring barn och unga kan vi redan idag skapa en samordnad barn och ungdomshälsa. Det viktigaste då kommer att vara att det finns ett gemensamt uppdrag och att det finns överenskommelser om hur olika verksamheter ska bidra och att det finns gemensamma arenor (kommun och landsting/region) för analys av behov och resultat liksom för gemensamma beslut och styrning.

## **Bakgrund**

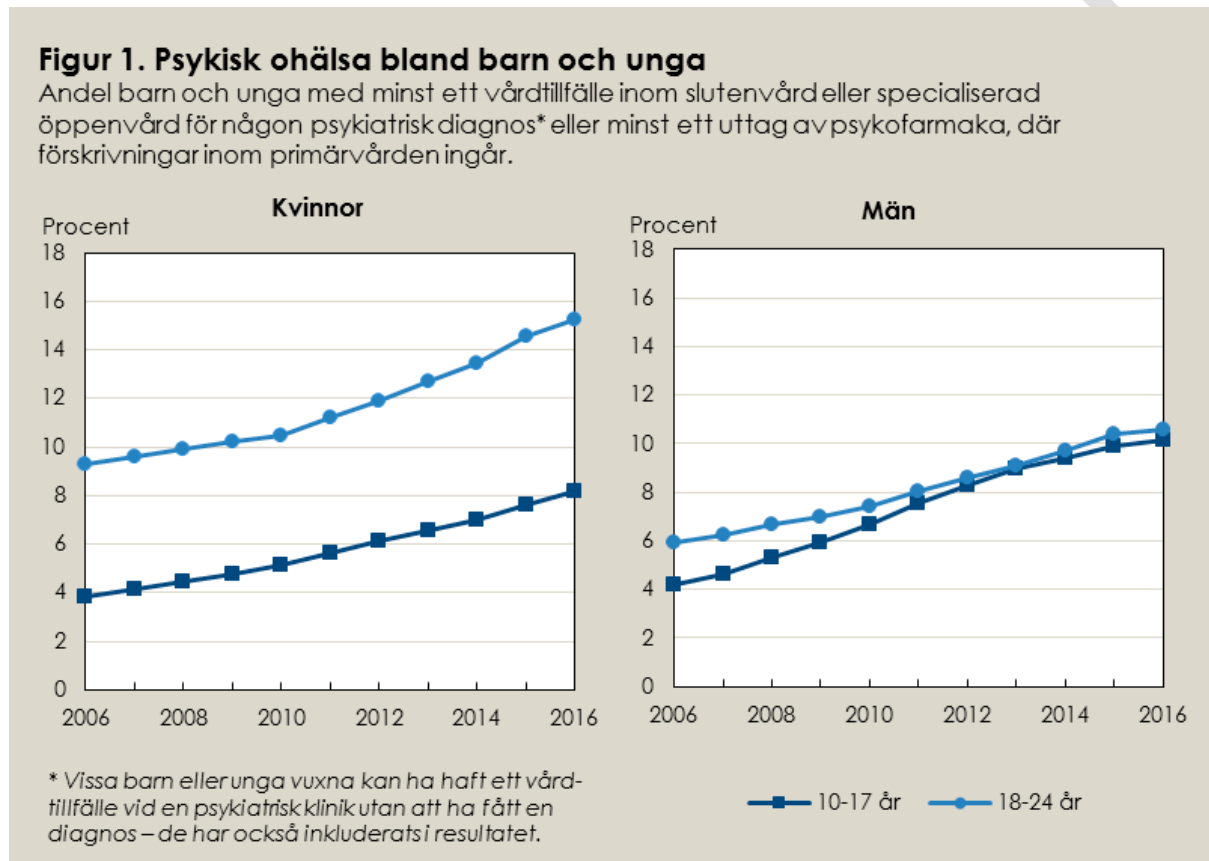
I många diskussioner, debatter och utredningar har svårigheterna med och önskan om förbättrad samverkan mellan aktörer som arbetar med förebyggande, utredande, vårdande och behandlande insatser för barn, elever och ungdomar förts fram. Se till exempel Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande Det gäller livet SOU 1998:31 kap 8 och 9. I Gör jämlikt – gör skillnad (SKL 2013) skriver man att: ”Alla spelar redan en viktig roll för människors hälsa men för att uppnå goda resultat krävs ett gemensamt agerande.” Tankarna kring en samlad barn-, elev- och ungdomshälsovård finns kortfattat beskrivna i slutbetänkandet för Nationella kommissionen för jämlik hälsa, Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa En god och jämlik hälsa (SOU 2017:47) ”Kommissionen ser behov av en sammanhängande barn-, elev- och ungdomshälsovård. I dag finns många aktörer som är inblandade i hälso- och sjukvården för barn vilket ökar risken för en fragmentisering av vårdkedjan och att det förebyggande arbetet förbises. Samhällets olika institutioner som är skapade för att stödja barns hälsa och utveckling är i påfallande grad organisatoriskt och professionellt separerade, både sinsemellan och över barnets liv och utveckling. Det offentliga systemet bör i stället se till helheten med barnet i centrum, och därför menar Kommissionen att det behövs en samlad organisation för hälsoarbetet. En sådan samlad verksamhet skulle också öka förutsättningarna för en mer jämlik vård jämfört med i dag (s. 85)”

Majoriteten av barn i Sverige växer upp under tillräckliga materiella förhållanden men 12 – 14 % av alla barn växer upp under barnfattigdom (Granström et al, 2017). Barnfattigdomen är överrepresenterad i de områden som idag pekats ut som utsatta områden. 2018 är problemen i dessa, ett cirka sextiotal bostadsområden, en av de mest uppmärksammade politiska frågorna i media.

Folkhälsomyndigheten mäter psykiska och somatiska besvär bland skolelever vart fjärde år. Vid den senaste mätningen 2013/2014 uppgav 57 procent av de 15-åriga flickorna och 31 procent av pojkarna frekventa psykiska eller somatiska besvär. Det var en ökning med 9 procentenheter för flickorna och 7 procentenheter för pojkarna sedan den föregående mätningen 2009/2010. Bland 13-åringarna syns också en ökning medan andelen med besvär

bland 11-åringarna var oförändrad. Att ha två eller fler psykiska eller somatiska besvär oftare än en gång i veckan var vanligast bland tonåringar som uppfattar familjens ekonomi som dålig (Folkhälsomyndigheten, 2017).

Enligt Socialstyrelsen hade cirka 10 procent av flickor och pojkar samt unga män psykisk ohälsa år 2016. När det gäller unga kvinnor var motsvarande siffra omkring 15 procent. Detta motsvarar, i totalt antal, ungefär 34 200 flickor respektive 45 300 pojkar i åldersgruppen 10–17 år, och 63 400 unga kvinnor respektive 47 200 unga män i åldersgruppen 18–24 år. I bilden nedan visas även ökningen av psykisk ohälsa över tid.



Den offentliga verksamheten i Sverige är ambitiös och komplex, med en långt driven sektorsindelning som en nödvändig förutsättning för att det offentliga ska kunna arbeta effektivt. Samtidigt riskerar en höggradig specialisering att skapa fler gränser och bidra till kommunikationsproblem och effektivitetsförluster. På motsvarande sätt kan ansvarsfördelningen mellan olika samhällsnivåer, nationell, regional och lokal, skapa friktion. I synnerhet när det gäller tvärssektoriella utmaningar som jämlikhet, jämställdhet och miljöfrågor finns det sannolikt behov av att hitta nya former för styrning, organisation och samverkan” och bekräftar att existerande myndigheter och samverkan dem emellan inte fungerar optimalt (Kap 4): ”Svårigheter i det tvärssektoriella arbetet handlar inte enbart om tekniska problem som måste lösas utan även om intresse- och målkonflikter som måste avvägas inom politiken.” Problematiken diskuteras också i Helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa, Tvärssektoriella politiska arenor (SKL 2017)

Dagens styrsystem bygger på principer som motverkar en helhetssyn i arbetet med barn och ungdomar.” (Se, tolka och agera (SOU 2010:95) kap 5.7 s 221). I utredningen Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa SOU 2017:47 tas detta upp (s 11) ”Brister i välfärdssystemens innehåll kan bero på resursbrist i relation till givet uppdrag, men även på hur verksamheterna organiseras och styrs. I SOU 2017:47 tas svårigheterna med bristande samordning upp i sammanfattningen (s 13): ”Ojämlighet genom olika möjligheter i det tidiga livets villkor medför att barn har skilda förutsättningar att utvecklas. Under de första levnadsåren läggs grunden för barnens fysiska, sociala, psykiska och kognitiva förmågor. Inriktningen för att åstadkomma en god och jämlik hälsa bör därför vara att skapa, stötta och stärka en god start i livet genom att alla barn ges grundläggande förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla sina förmågor. Viktiga förutsättningar för det är en jämlik mödra- och barnhälsovård, en likvärdig förskola av hög kvalitet samt metoder och medel som sätter barnets bästa i centrum.” Tanken på att sätta barns bästa i centrum är dock inte alltid liktydigt med att inta ett barnperspektiv (jämför Det gäller livet SOU 1998:31 kap 10.1.2) ”Med mer likvärdiga livsvillkor och möjligheter till sådant som en god uppväxt, en bra utbildning, ett gott arbete och en rimlig försörjning kommer också en mer jämlik hälsa.” (s 7.)

Förslaget som presenteras här går väl i linje med följande formulering i Minska Hälsoskillnaderna (SKL): ”De resurser, kunskaper och kompetenser som finns inom primärvård, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst når inte alla och behöver därför bättre anpassas och utformas utifrån flickor och pojkar med störst behov. Det är därför viktigt att utveckla elevhälsan på ett sätt så att flickor och pojkar kan få stöd och hjälp i ett tidigt skede och på ett lättillgängligt sätt. Det är inte ovanligt att skolan ser behoven av behandlande insatser men inte har kapacitet eller befogenheter att stå för sådana insatser. Detsamma gäller för elever med hög skolfrånvaro (s.k. hemmasittare). Elevhälsan bör därför i högre grad utgöra en bas i samverkan med relevanta funktioner inom skola, hälso- och sjukvård och socialtjänsten som utifrån sina respektive uppdrag bör finnas tillgängliga i skolmiljön. En sådan samverkansmodell bör testas.” (s 13)

En bidragande orsak till samverkanssvårigheterna är att det saknas en gemensam kunskapsbas hos personalen på fältet. Detta ger ett stort spelrum för konflikter i synsätt och värdering av olika behov, risker, behandlingsinsatser och tidsperspektiv. Vad skall göras först respektive senare och av vem?

Barns behov och orsaken till varför livet är svårt och skolarbetet och/eller den psykiska hälsan sviktar är rimligtvis inte olika bara för att den person man möter kommer från den ena eller den andra organisationen. I praktiken kommer dock barn att förstås och bemötas olika beroende på vem dom får möta. Förklaringen till detta ligger sannolikt i att olika organisationer har olika uppdrag och ett sätt att beskriva problem på ett sätt som ”matchar” uppdraget och den arsenal av insatser man förfogar över.

Förutom detta har personalen ofta olika utbildningsbakgrund vilket bidrar till att man arbetar med terminologier som inte matchar varandra. I Det gäller livet (SOU 1998:31) kap 10.1.4 skrivs: ”Kännedomen om varandra brister också yrkeskategorier emellan. Högskoleutbildningarna till socionom, läkare, sjuksköterska, psykolog, förskollärare och lärare är sinsemellan tydligt specialiserade och bedrivs åtskilda från varandra.

SKL (2013) skriver : ”Säkra kunskapsnivån och kompetensen bland personal och förtroendevalda om barns och ungas ojämlika villkor. Organisationer med verksamheter som direkt eller indirekt berör barn bör säkra personalens och förtroendevaldas kunskapsnivå och kompetens om barns och ungas ojämlika villkor. Det är också viktigt att professionella kompetenser finns att tillgå, oavsett var barnen och deras föräldrar är bosatta eller vilka sociala och ekonomiska förutsättningar de lever under. Det handlar exempelvis om professionella kompetenser inom hälso- och sjukvården, förskola och skola, elevhälsa samt inom verksamheter som arbetar med vuxna som kan vara föräldrar inom exempelvis kriminalvård och sjukvård (s.28).”

Idéerna och förslagen om en sammanhållen verksamhet för barn och unga är alltså inte ny och det nedanstående förslaget är helt i linje med tankarna i Barnpsykiatri utredningen SOU:1998:31 och Nationell psykiatrisamordning SOU 2006:100. I flera utredningar och i Socialstyrelsens i rapport med uppdrag att stärka barnkompetensen (S 97/6801/S) föreslogs försöksverksamhet där barnhälsovård och skolhälsovård samordnas och i SKL:s *Rapport S2007/5696/HS* överlämnad till regeringen i december 2008 drogs följande slutsatser:

- Arbetet med barn och ungas psykiska hälsa måste omfatta ett brett hälsofrämjande arbete, tidiga insatser för att möta psykisk ohälsa, utredning, behandling, habilitering och rehabilitering för allt från lindrig ohälsa till allvarliga psykiska sjukdomar.
- Utveckling av generella hälsofrämjande insatser, tidiga insatser till riskgrupper och insatser vid indikerade problem ska ske parallellt.
- För att få en god tillgänglighet till rätt insatser behöver det finnas en specialiserad nivå för allvarliga och eller komplicerade tillstånd, en första linje för lindriga tillstånd och tidiga insatser samt en baslinje med generella insatser som når alla.

I utvecklingsarbetet kring psykisk hälsa för barn och unga har ofta framkommit att skolsköterskor och elevhälsan i stort har svårt att hinna med det främjande arbetet på grund av behov av att göra individinsatser. En samordnad barn och ungdomshälsa ska därför också ha som mål att freda det främjande och förebyggande arbetet och att stödja skolans mål. Den aktuella utmaningen är inte att producera någon ny modell utan att hitta sätt att i praktiken omsätta den kunskap och de förslag som redan presenterats och som det finns ett brett stöd för. För att öka möjligheterna att förslagen blir verklighet vill vi med denna skrift inbjuda och uppmana alla att beskriva alla hinder men för att detta ska kunna förverkliga förslaget. Självklart är även förslag på sätta att möjliggöra det välkomna.

## **Förslag:**

### **Vad ska en samlad barn- och ungdomshälsa kännetecknas av och kunna leverera.**

1. Generella hälsofrämjande insatser till alla barn och unga från ”mammans mage och fortsatt upp under utveckling och vuxenblivandet. Det främjande arbetet ska ha en tydlig plats, omfatta även psykisk hälsa och vara klart vad som ingår för olika åldrar för barn och för föräldrar.

2. För att skapa en jämlik hälsa kommer det hälsofrämjande arbetet att behöva utformas olika. Begreppet proportionell universalism innebär att insatserna utformas utifrån individernas behov även när det handlar om generella hälsofrämjande insatser som ska ges till alla som vaccinationer, stöd för goda levnadsvanor och språkutveckling osv. Särskilda insatser på grupp nivå kan behövas för utsatta grupper ex extra hembesök av BVC, extra och anpassat föräldrastöd och extraläxhjälp i socioekonomiskt utsatta områden eller till barn i riskmiljöer.
3. Vara lättillgängligt för alla barn. Verksamheterna ska lokaliseras och utformas så att alla barn så tidigt som möjligt i ålder själv ska kunna ta del av hälsofrämjande insatser och på egen hand kunna söka hjälp vid behov. Viktigt för att öka jämlikheten att barn inte är beroende av sina föräldrars resurser för att få hjälp utan att det finns inbyggt i systemet att om ett behov identifieras hos ett barn ska aktuell verksamhet se till att andra nödvändiga aktörer kopplas in. Verksamheterna ska utformas tillsammans med barn och ungdomar så att deras behov motsvaras av insatser som stämmer med deras behov
4. Utgå från det enskilda barnets behov oavsett kronologisk ålder och fästa stor vikt vid barnets beskrivning av sin situation och sina behov. Prioritera att skapa verksamheter som lyssnar på barn och unga själva och ger dem möjlighet att utifrån sina förutsättningar vara med i alla beslut om deras liv. Kontinuitet och förutsägbarhet utifrån barn och ungas och deras familjers perspektiv ska säkerställas.
5. Kunna erbjuda förstalinjesinsatser för sociala, psykologiska och medicinska behov i barnets närmiljö. Eftersom alla barn och unga finns i förskola, skola är det en naturlig arena att erbjuda insatser på men det behöver också finnas andra dörrar in om föräldrar, barnet eller den unge vill välja en annan kontakt väg och arena för insatser.
6. Kunna erbjuda långsiktiga insatser när det finns behov av detta och då kunna följa barnet och den unge under hela uppväxten. Kunna variera mellan vidmakthållande och aktiva insatser efter behov utan att släppa taget och tillse att insatserna ”växer med barnet” så att riskfyllda övergångar i ålder eller mellan verksamheter undviks.
7. Mål för insatserna till barnet och den unge är att stödja den att bli en trygg och självständig individ med god hälsa och framtidstro som klarar skola och att komma in i arbetslivet utifrån sina förutsättningar och bästa potential.
8. Kompetens att tidigt identifiera barn och unga som behöver extra stöd och kunna initiera anpassning av förskola, skola och föräldrastöd efter detta och att kunna initiera insatser på specialistnivå när det behövs
9. Upparbetade kontaktvägar och tydliga samarbetsformer för barn med allvarliga tillstånd som kräver utredning och behandling på specialistnivå.
10. Valfungerande samverkan kring enskilda individer och familjer med tydliga rutiner kring SIP (Samordnad Individuell Plan) och möjlighet att erbjuda personlig samordnare i situationer där det krävs omfattande samordning eller när barnet ungdomen saknar nätverk som kan ge stöd och delta i samordning.
11. Rutiner och metoder för att säkerställa och bidra till att även barn med tillstånd som kräver specialistinsatser får del av de generella hälsofrämjande insatserna och att de får möjlighet att klara sin skolgång.
12. Erbjuder lättillgängliga föräldraskapsstödsinsatser anpassade efter familjens behov och förutsättningar för att på detta sätt hjälpa barn och unga.

## **Vad innebär det för barn, unga och deras familjer:**

Det här förslaget innebär inte någon radikal förändring av nuvarande verksamheter. Det innebär främst att man knyter dem tydligare till varandra och arbetar mer med att de tar ett gemensamt ansvar för att inga barn tappas bort och för att främjande och förbyggande insatser inte prioriteras bort när trycket och efterfrågan på insatser ökar. Barn och unga och deras familjer kommer att möta de verksamheter de är vana vid men mer insatser kommer kunna ske i skolans lokaler.

### **Mödrahälsovård**

Det lilla barnet kommer i första kontakt med samhällets stödsystem vid föräldrarnas besök på Mödrahälsovården. Att få växa och utvecklas under en graviditet med goda levnadsförhållanden utan att exponeras för tobak och alkohol, droger och våld är främjande och förebyggande liksom att föräldrarna känner sig trygga i sin roll. Mödrahälsovården kan identifiera föräldrar som behöver extra stöd, som har psykisk eller fysisk ohälsa, riskgraviditeter och initiera stöd från andra aktörer om deras egen insats inte är tillräcklig. Information och kontakt med nästa stödaktör kan ske före förlossning ex grupp för sköra mammor/föräldrar (kommun och landsting) och extra hembesök från Barnhälsovården mm

### **Barnhälsovård**

Barnhälsovården är den andra aktör som möter barnet och föräldrarna. En tidig och god anknytning mellan barn och föräldrar är viktigt för den psykiska hälsan liksom tillväxt och utveckling hos barnet. Barnhälsovården har tydliga program som ska erbjudas alla barn vaccinationer, kontroll av tillväxt, rådgivning om uppfödning mm kan även stödja och främja språkutveckling, fysisk aktivitet, social interaktion, värna även föräldrarnas hälsa. Föräldrautbildning och föräldragrupper ordnas ofta av Barnhälsovården. Samverkan med Förskolan viktig både för att stödja föräldrar och förskolans personal. Allvarliga tillstånd som Autismspektrumstörningar och utvecklingsstörningar kan och bör identifieras så tidigt som möjligt för att rätt stödinsatser ska sättas in. Barnhälsovården har en viktig roll i identifiering och vidare kontakt med specialist för utredning. (Riktlinjer för Barnhälsovården finns i Rikshandboken)

### **Familjecentraler**

Familjecentraler där Barnhälsovård, Socialtjänst, Öppna förskolan med flera aktörer samlokaliserade är en verksamhet där det redan finns ett samarbete mellan olika aktörer. Detta blir en naturlig fortsättning för barn och föräldrar särskilt innan barnet börjar förskolan. Om det finns Familjecentraler att inkludera är det verksamhet som redan har erfarenhet av att möta barn som en generell insats men också att kunna fånga upp dem med extra behov och under odramatiska former erbjuda insatser.

Förskolan är en del i de flesta barns liv. 83 procent av alla 1–5-åringar är idag inskrivna i förskolan. För tio år sedan var andelen 72 procent och för femton år sedan 59 procent. I åldersgruppen 3–5 år är nästan 95 procent inskrivna i förskolan (Skolverket, 2018). I en rapport från vetenskapsrådet beskrivs att ”förskolan har som störst betydelse för barn från missgynnade förhållanden, för minoritetsgrupper och barn från migrantfamiljer. En likvärdig förskola är kopplad till dess möjlighet att kompensera för ojämlika förhållanden.” Förskolan har möjlighet att verka kompenserande för barnen om det finns hög kvalitet i de pedagogiska relationerna och stödjande strukturer för dessa. En bra förskola är en av de viktigaste

kompensatoriska aktiviteterna som samhället har för att stödja barn i en utsatt situation och för att kompensera för socioekonomiska skillnader (Vetenskapsrådet, 2015). Förskolans personal har möjlighet att identifiera barn och föräldrar som behöver extra stöd. En del av detta kan ges inom förskolans ram men ofta kan insatser från socialtjänst eller Barnhälsovården behövas. I en samordnad barn och ungdomshälsa ska det finnas väl utarbetade kontaktvägar och möjlighet till samarbete för att upptäcka och kartlägga och ge tidigt stöd men också vägar för kontakt med specialistnivån.

### **Tandhälsan**

Tandhälsovården möter nästan alla barn och är en av våra viktiga generella hälsoaktörer. Där finns en unik möjlighet att uppmärksamma barn som har icke tillgodosedda behov, kunna arbeta förebyggande men också vara ett skyddsnät som fångar upp barn och unga som inte uppmärksammats.

### **Elevhälsan**

Elevhälsan är den del av skolan som skulle vara en del av den samordnade barn och ungdomshälsan. Alla barn träffar elevhälsans personal från förskoleklass och sedan hela skoltiden. Många barn anger skolsköterskan som den självklara kontaktpersonen och i diskussioner med barn och unga är det en förstärkt elevhälsa som ofta lyfts fram. Elevhälsans uppdrag är idag i första hand främjande och med inriktning på att eleverna ska klara målen i skolan. En viktig del är att stödja skolans övriga personal. Samtidigt ser vi att elevhälsan i stor utsträckning ägnar sig åt att individuella stödinsatser och delta i åtgärdsprogram för elever med stora problem. Det finns elevhälsor som tar ett bredare ansvar och erbjuder insatser för elevernas hela livssituation och ser att den psykiska hälsan är viktig inte bara för skolresultaten. I den samordnade barn och ungdomshälsan skulle elevhälsan utöver sitt främjande uppdrag även vara arenan för insatser som ges av andra aktörer. Om elevhälsan är där man kan söka all slags hjälp kan det skapas en lättillgänglighet som gör att alla barn kan söka hjälp på egen hand. Elevhälsans personal kommer även fortsättningsvis att vara mest ute på olika skolor men behöver organiseras i en central elevhälsa så att alla elever oavsett skola har tillgång till samma resurser. Den samordningen av elevhälsan kan möjliggöra att elevhälsan finns under hela skoltiden. I yngre åldrar är det ett nära samarbete med Barnhälsovården, och senare med primärvård och Ungdomsmottagningar. (Metodstöd för elevhälsan är under utveckling liksom kvalitetsregister)

### **Ungdomsmottagningar**

Ungdomsmottagningarna har kontakt med en stor andel av ungdomarna 13 år och uppåt men i större utsträckning flickor och har svårare att nå pojkar. Uppdragen och bemanning av Ungdomsmottagningarna skiftar över landet. En del har möjlighet att ge samtalsstöd och insatser för psykisk ohälsa andra inte. Sexuellhälsa är en viktig faktor för psykisk hälsa. I en samordnad barn och ungdomshälsa är det viktigt att det finns andra ingångar än elevhälsan och ungdomsmottagningarna blir en viktig dörr in.

### **Socialtjänsten**

Socialnämnden har ett ansvar att i sin uppsökande verksamhet att upplysa om socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp.



Socialtjänstens råd och stöd finns tillgängligt i form av rådgivning och stöd till individer i form av allmänna erbjudanden som är lika för alla. Så fort insatsen eller tjänsten som kommunen tillhandahåller behovsprövas eller utformas efter individens behov ska insatsen föregås av en prövning och bedömning göras. Det förekommer att kortare insatser även ges utan biståndsbedömning.

Socialsekreterare på plats i skolan/elevhälsan kan underlätta samverkan och avdramatisera biståndsansökan om stöd både för barn och föräldrar. Om barn eller ungdom lever i familjer i behov av ekonomiskt stöd, social problematik, psykisk sjukdom eller missbruk kan barnet komma att behöva extra stöd i skola och från en barn och ungdomshälsa.

### **Primärvården**

Primärvården har uppdrag att erbjuda hälso- och sjukvård för alla åldrar och alla tillstånd. När det gäller kroppsliga besvär är primärvården den självklara kontakten men inte för psykisk ohälsa. För vuxna finns ofta psykosociala insatser men det är mer sällsynt att insatser för barn och unga finns tillgängliga. I vissa delar av landet har vissa vård/hälsocentraler ett tilläggsuppdrag kring insatser för psykisk ohälsa för barn och unga medan andra landsting har valt att lägga uppdraget att vara första linjen för psykisk ohälsa på andra verksamheter. Oavsett om primärvården har ett smalare eller bredare uppdrag är de en viktig del i en samordnad barn och ungdomshälsa. Att kunna identifiera och skilja mellan kroppsliga och psykiska orsaker är viktigt och psykosomatiska symtom vanligt så tillgång till bred medicinsk kompetens en självklar del. Primärvården är en större del av den samlade barn och ungdomshälsan ju äldre ungdomen blir och är den aktör som tar över efter 25 år.

### **Förstalinjes mottagningar**

Förstalinjes mottagningar med uppdrag psykisk hälsa finns i landsting och/eller kommun på vissa platser i landet. De kan organisatoriskt ha helt olika hemvist men uppdraget är lindrig psykisk ohälsa och nivån före specialistverksamhet. Ofta är det för barn över 6 år.

### **Specialistverksamhet**

Tillgång till specialistnivån för konsultationer, handledning, kunskapsutbyte och nära samarbete för utredningar och behandling som kräver specialistkompetens är en framgångsfaktor. Specialistnivån kan vara myndighetsutövning inom socialtjänsten, BUP, Habiliteringen, specialistverksamheter inom skolan.

### **Samordningsfunktion**

Samordningsfunktioner behöver finnas i den samordnade barn och ungdomshälsan. Dels extra stöd och samordning till barn och unga som har föräldrar som av olika anledningar är resurssvaga. Dels samordning av insatser till familjer med barn med allvarliga funktionshinder och till unga och unga vuxna med behov av sammansatta insatser. Speciella funktioner som koordinerar kan behövas i vissa fall.

### **Områdesansvar**

Den samordnade barn och ungdomshälsan har ett geografiskt områdesansvar för alla barn och unga som bor i området. Det betyder att man också måste ha funktioner som uppmärksammar vilka barn som inte nås av de generella insatserna ex inte vaccineras, kommer till tandvård,

inte är inskrivna i förskolan, har stor skolfrånvaro, varken arbetar eller studerar och som söker upp för att informera och motivera till kontakt. I områdesansvaret ligger också att bevaka jämlikhet i hälsa, jämställdhet och diskriminering. Att skapa ett områdesansvar är extra svårt i dagens samhälle då många väljer skola och vård på annan plats än där man bor. För att säkerställa att alla barn och unga blir uppmärksammade och får de hälsofrämjande och behandlade insatser de behöver är det av stor vikt att återskapa ett områdesansvar.

### **Samarbete med civilsamhället och att ge barn inflytande**

En geografiskt baserad barn och ungdomshälsa har möjlighet att utveckla kontakter med aktörer som organiserar barn och unga liksom med olika frivillig organisationer. Att hitta former för att barn och unga kan vara med och utforma de verksamheter som är till för dem borde vara en självklarhet men kan kräva andra arbetssätt än idag. På samma sätt bör alla samhällets resurser som kan stärka barn och unga tas tillvara.

Dessa verksamheter och andra, exempelvis frivilligorganisationer, kan tillsammans forma en bro med välfärdsinsatser som omsluter varje barn och så långt det är möjligt främjar en god utveckling och förebygger ohälsa. Samordningen i den Nationella modellen innebär att det gemensamma uppdraget ser till att verksamheterna sluter tätt. Det innebär att alla verksamheter måste anstränga sig extra för att skapa likvärdiga livschanser för alla barn.

### **Genomförande nationellt:**

1. Ett förslag till ett gemensamt uppdrag för en sammanhållen barn och ungdomshälsa formuleras som ett Nationellt program som med justeringar för lokala förutsättningar kan användas för att formulera ett lokalt gemensamt uppdrag. I det nationella programmet tydliggörs att det gemensamma uppdraget handlar om såväl främjande, förebyggande insatser som stöd och behandling på första linjen samt samarbetsformer med den specialiserade nivån och alla åldrar
2. Det Nationella programmet för en sammanhållen barn och ungdomshälsa ska anpassas så att det fungerar väl tillsammans med utvecklingen av Nära vård.
3. Strategier och stöd för att genomföra den lokala förändringen beskrivs i det Nationella programmet liksom stöd och nyckel tal för uppföljning.
4. Berörda myndigheter ex Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Skolverket, SPSM, MFoF får uppdrag att tillhandahålla kunskapsstöd för främjande och förebyggande insatser liksom för insatser för fysisk och psykisk ohälsa (inklusive missbruk och beroende) och för behandling av sjukdomstillstånd, anpassning och stöd vid funktionsnedsättningar och sociala problem.
5. Metodstöd och nationella vård och insatsprogram formuleras med utgångspunkt från myndigheternas kunskapsunderlag och nationellt stöd för implementering erbjuds till de Regionala programområdena och de nätverk för kunskapsstyrning som finns på länsnivå..

## Genomförande lokalt

1. Initieras genom att politiker från de olika huvudmännen ger uppdrag till tjänstemannanivån att ta fram en behovsanalys och resursinventering för det aktuella geografiska området och ett förslag på hur en samordnad barn och ungdomshälsa kan skapas i aktuellt område. Alternativt initieras processen av verksamhetsföreträdare och tjänstemän som sammanställer förslag till den politiska nivån att ge ett gemensamt uppdrag till tjänstemannanivån att göra ovanstående arbete.
2. Ett gemensamt uppdrag formuleras för alla ingående verksamheter och de ingående verksamheternas respektive roller klargörs liksom hur de gemensamma resurserna ska fördelas geografiskt och på olika nivåer utifrån den behovsanalys som är gjord. Här kan det Nationella programmet för en samlad barn och ungdomshälsa vara grunden som sedan anpassas efter lokala förutsättningar och behov.
3. Respektive verksamhets organisationsform ses över och nödvändiga justeringar görs. Ex är det troligen så att elevhälsan måste organiseras centralt och inte vara decentraliserat till varje rektor, liksom att det blir tydligt enligt vilken lagstiftning olika insatser görs och att tex behandlingar som endast kan ges enligt HSL är ett uppdrag till landstingets verksamheter.
4. Kommun och landsting/region fattar beslut om det gemensamma uppdraget och överenskommelse om samarbetsformer och beslutsarenor som skapar kraft och stabilitet för utvecklingen av den sammanhållna barn och ungdomshälsan.
5. Gemensamma och specifika utbildningar genomförs så att den samordnade barn och ungdomshälsans personal och chefer har förutsättningar att möta barn och ungas behov med bästa tillgängliga kunskap men också för att känna till och förstå varandras roller och uppdrag.
6. Omfördelning av resurser görs om uppföljning och analyser visar att resultaten vad gäller hälsa och möjlighet att klara skolan inte är jämlikt fördelade eller när det är tydligt att tidiga insatser kan förhindra eller har förhindrat senare insatser och medföljande kostnader.

## Diskussion:

Det finns många olika sätt att utforma insatser till barn och unga med psykisk ohälsa. Det här är ett försök att ta ett helhetsgrepp för att minska antalet ”övergångar och springor mellan olika verksamheter.

Den här modellen går att genomföra med aktuell lagstiftning och utan att göra stora huvudmannaförändringar. Det kommer kräva att vissa special arrangemang och rutiner används. Det kommer betyda en del dubbelregistrering och extra arbete för personalen. En samlad barn och ungdomshälsa skulle vara ett nästa steg med en gemensam huvudman, vilket skulle förenkla dokumentation och uppföljning liksom styrning.

Det kommer också att kräva ett gemensamt ansvarstagande, tydlig ledning och styrning med behov av beslut, överenskommelser och uppdrag från politisk nivå som sedan genomsyrar hela organisationen samt möjlighet till gemensam uppföljning.

Det finns självklart en massa invändningar mot denna modell och försök att styra utvecklingen. Ett bra sätt att vidareutveckla en tanke skiss är att välkomna alla invändningar och motargument för att uppmärksamma så många perspektiv som möjligt.

Tanken är nu att sprida denna idéskrift till så många som möjligt och be dem hitta alla sina invändningar. Diskussionsdelen kommer sedan att utökas med diskussion kring för och nackdelar.

Synpunkter, idéer och invändningar skickas till:

[ing-marie.wieselgren@skl.se](mailto:ing-marie.wieselgren@skl.se)

Arbetsmaterial

## Referenser

Statistik om förskolan, Skolverket, 2018

Gör jämlikt – gör skillnad SKL, 2014

Det gäller livet. SOU 1998:31

Helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa, Tvärsektoriella politiska arenor SKL 2017

Se, tolka och agera SOU 2010:95

Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa SOU 2017:47

Psykiska och somatiska besvär bland skolelever. Folkhälsomyndigheten, 2017

Granström et al (2017) Economic stress and condescending treatment in childhood and adult self-rated health: results from a population study in Sweden. BMC Public Health

Det gäller livet SOU 1998:31

Gör jämlikt – gör skillnad SKL, 2013

Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016. Socialstyrelsen, 2017

En likvärdig skola för alla barn – innebörder och indikatorer. Vetenskapsrådet, 2015.

Minskade hälsoskillnader. Ett gemensamt ansvar. SKL 2017

Rikshandboken i barnhälsovård, inera.se