



Det utökade uppdraget för barn och unga med psykisk ohälsa i Region Stockholm

Uppföljning av strukturförändringar inom primärvården



Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.


Referera till rapporten enligt: Lalouni M, Sakka L, Gubi E, Dal H, Dalman C. Det utökade uppdraget för barn och unga med psykisk ohälsa i Region Stockholm – uppföljning av strukturförändringar inom primärvården. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm, 2024. Rapport 2024:4

**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**


Box 45436, 104 31 Stockholm




ces.sls@regionstockholm.se



Rapport 2024:4



ISBN 978-91-988022-0-7



Författare: Maria Lalouni, Laura Sakka, Ester Gubi, Henrik Dal, Christina Dalman

Språkgranskning: Charlotta Kjellberg

Layout: Viktoria Jonze

Omslagsfoto: Yanan Li


Stockholm oktober 2024

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,
www.folkhalsoguiden.se

Förord

År 2021 omorganiserades första linjens vård för psykisk ohälsa bland barn och unga inom Region Stockholm. Strukturförändringen innebar att husläkarmottagningarna fick ett obligatoriskt uppdrag att erbjuda vård för mild till måttlig psykisk ohälsa för barn mellan 6–17 år i en så kallad samverkansmodell. Alla vårdcentraler ska erbjuda grundläggande insatser för psykisk ohälsa, som till exempel stödsamtal och krisstöd. De kan därutöver välja att själva erbjuda så kallade utökade insatser eller att ansluta sig till en närliggande vårdcentral som erbjuder detta. De utökade insatserna utförs av ett team med barnkompetens och kan exempelvis bestå av psykologisk behandling vid mild till måttlig ångestproblematik.

Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) har gett Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) i uppdrag att följa upp strukturförändringen och undersöka mottagningarnas förmåga att erbjuda vård enligt kraven som ställs och i enlighet med de mål som strukturförändringen syftade till att uppnå. Slutsatserna från denna rapport bidrar med kunskapsunderlag för framtida justeringar som avser att utveckla vården för barn och unga med mild till måttlig psykisk ohälsa så att den kan bli så lättillgänglig och jämlik som möjligt.



Henna Hasson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	7
Bakgrund	9
Syfte.....	12
Metod	13
Resultat	14
Registerdata.....	14
Tillgänglighet, trösklar och väntetider	14
Andelen barn 0–5 år som får vårdbesök för mild till måttlig ohälsa har ökat sedan Malinamottagningarna öppnades	16
Andelen barn 6–17 år som får vårdbesök för mild till måttlig ohälsa har minskat sedan strukturförändringen.....	17
BUP:s andel besökare bland de yngsta barnen tycks ha minskat, men inte för de äldre barnen.....	17
Stora skillnader i andel besök mellan kommuner och stadsdelar	19
Ju högre andel svenskfödda och högutbildade desto högre andel besök	21
Vårdflöden.....	23
Intervjuer med chefer inom det utökade uppdraget	24
Samverkan beskrevs som centralt men utmanande	24
Samverkan med husläkarmottagningar med basuppdrag och BUP uppfattas som delvis komplicerad	25
Internt samarbete fungerar bra men teamläkarens roll är otydlig	25
God kompetens är avgörande för korrekta bedömningar och optimala patientflöden	25
Patientflödena påverkas av andra vårdnivåer och det finns patientgrupper som riskerar att hamna i kläm	26
Mottagningarna erbjuder god tillgänglighet vad gäller första kontakt men patienterna kan behöva vänta på insatta behandlingar	27
Kompetensen inom teamen är hög men bemanningen upplevs bitvis skör.....	27
Intervjuer med underleverantörer	28
Underleverantörerna finns geografiskt nära patienterna.....	28
Take care används för remisser.....	28
Patienternas kännedom om det utökade uppdraget upplevs som låg	28
Intervjuer med BUP	29
Det utökade uppdraget fungerar olika.....	29
Samverkan och patienter som hamnar mellan stolarna.....	29
Var är vägen in?	30
Viktigt med adekvat kompetens för att den första bedömningen och triageringen ska bli korrekt	30
Enkät till husläkarmottagningar med utökat uppdrag	31
Bemanningen för det utökade uppdraget varierar mellan mottagningar	31

Mottagningarna erbjuder behandlingar enligt kraven	32
De flesta ansåg att kompetenskraven är rimliga men flera respondenter ville se stärkta krav på barnkompetens	32
Nära hälften uppger att ersättningsmodellen fungerar dåligt	33
Samverkan med skolor, husläkarmottagningar med basuppdrag och socialtjänst fungerar väl, samverkan med BUP behöver utvecklas och stärkas.....	34
Låga ersättningsnivåer upplevs försvåra samverkansmöjligheter	35
Tydliga kontaktvägar, regelbundna möten och goda relationer underlättar samverkan	36
Samverkan med BUP bör stärkas	36
Samverkan fungerar bäst på stora mottagningar	37
Förstärkta möjligheter till samverkan efterfrågas	37
Enkät till husläkarmottagningar med basuppdrag	38
Husläkarmottagningar med basuppdrag erbjuder i varierande mån grundläggande insatser för barn och unga med mild till måttlig psykisk ohälsa	38
De flesta husläkarmottagningar med basuppdrag remitterar eller hänvisar ofta till det utökade uppdraget	39
Samarbetet mellan husläkarmottagningarna med basuppdrag och mottagningarna med det utökade uppdraget varierar	40
Enkät till patienter som sökt vård inom det utökade uppdraget eller en Malinamottagning.....	40
Patienter kommer till Malinamottagningen via BVC och till det utökade uppdraget på flera olika sätt.....	41
Diskussion	42
Andelen vårdbesök har ökat bland de yngsta barnen men minskat bland de äldre barnen	42
Resursstarka familjer får mer vård	42
Utvecklingsområden och rekommendationer	43
Bemanning	43
Geografisk spridning och tillgänglighet.....	43
Kompetens för de yngsta barnen	44
Samverkan.....	44
Gränser mellan BUP och det utökade uppdraget.....	44
Kommunikationen bör stärkas	45
Svårigheter för husläkare att bedöma och triagera barn och unga med psykisk ohälsa	45
Referenser	47
Bilagor	48
Bilaga 1. Metod	48
Bilaga 2. Intervjuguide till husläkarmottagningar med det utökade uppdraget	50
Introduktion	50
Intervjuguide.....	50

Bilaga 3. Intervjuguide till BUP.....	53
Bilaga 4. Enkät till husläkarmottagningar med det utökade uppdraget.....	54
Introduktion.....	54
Frågor	54
Bilaga 5. Enkät till husläkarmottagningar utan det utökade uppdraget (mottagningar med basuppdrag)	57
Introduktion.....	57
Frågor	57

Sammanfattning

Primärvården i Stockholm har sedan december 2021 ett *utökad uppdrag* att tillhandahålla vård till barn och unga 6–17 år med lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Vården ska vara *lättillgänglig, med låga trösklar, korta väntetider, finnas geografiskt nära patienterna och ha tydliga vägar in*. Barn 0–5 år får sedan september 2022 vård för lindrig till måttlig psykisk ohälsa vid sex så kallade Malinamottagningar.

Under år 2023 hade 15 816 barn och unga kontakt med en husläkarmottagning inom ramen för det utökade uppdraget eller med en Malinamottagning, vilket utgör tre procent av alla barn och unga i åldrarna 0–17 år i länet. Andelen vårdbesök har ökat bland de yngsta barnen men minskat bland de äldre barnen.

Bland de yngsta barnen är andelen som har kontakt med en Malinamottagning större än andelen som har kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP) sedan år 2022. För barn och unga mellan 6–17 år är andelen som har kontakt med BUP större än andelen som har kontakt med det utökade uppdraget. BUP har därmed inte fått ”avlastning”, vilket kan tyda på att verksamheterna når olika målgrupper.

Trots en god geografisk spridning bland mottagningar med det utökade uppdraget är andelen barn 6–17 år som får vård ojämlig mellan kommuner och stadsdelar. Ju högre utbildningsnivå och ju högre andel svenskfödda invånare en kommun eller stadsdel har, desto fler barn och unga får vård inom det utökade uppdraget. Även för Malinamottagningarna är det relativt stora skillnader i andel barn som får vård mellan olika kommuner och stadsdelar. Dessa observationer tyder på fortsatt ojämlig vårdanvändning och tillgång till vård för psykisk ohälsa, samt att det föreligger risk för icke tillgodosedda vårdbehov bland olika befolkningsgrupper inom regionen.

Små husläkarmottagningar med få listade barn och unga 6–17 år tillhandahåller vård till hälften så stor andel barn per 1000 listade, jämfört med medelstora och stora mottagningar. I intervju- och enkätdata framkommer också att stora mottagningar har bättre möjligheter att bedriva samverkan, vilket i sin tur framhålls som centralt för att erbjuda adekvat vård.

Individer med mild till måttlig psykisk ohälsa i kombination med neuropsykiatriska funktionshinder riskerar att hamna mellan stolarna, då det kan råda delade meningar om var de bäst får hjälp – inom det utökade uppdraget, BUP eller habiliteringen.

För att fler barn ska ges möjlighet till vård och för att vården ska bli mer jämlik rekommenderas följande:

- Utförare av det utökade uppdraget bör vara färre och större samt ha ansvar för ett specifikt geografiskt område, för att på så sätt kunna tillgodose vårdbehov och ha goda förutsättningar för samverkan.
- Bemanningsskraven som ställs i uppdragsbeskrivningen bör specificera minimikrav av både antal och omfattning av anställda.
- Strukturer för samverkan med exempelvis skolor, husläkarmottagningar med basuppdrag och BUP bör stärkas och incitament för samverkan överbägas.
- Tydlig kommunikation i form av ett enkelt namn för det utökade uppdraget bör finnas. Detta är särskilt viktigt för att nå resurssvaga grupper.
- Hög kompetens om psykisk ohälsa hos barn och unga bör finnas hos de som bedömer och triagerar till eller inom det utökade uppdraget. En direkt väg in till det utökade uppdraget bör överbägas.

- Riktlinjerna och ansvarsfördelningen vad gäller patienter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF) och ätstörningar bör tydliggöras.
- Kompetensen för att anpassa behandlingar och informationsmaterial för barn och unga med NPF bör stärkas, exempelvis genom en STEP-UP-utbildning.

Bakgrund

Under senare år har allt fler barn och unga sökt vård för psykisk ohälsa i Sverige. Många av dessa barn har problem på en allvarlighetsnivå som ligger mellan preventiva insatser och den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. De kan få hjälp inom utökade insatser för psykisk hälsa för barn och unga inom primärvården, ofta kallat första linjens psykiatri.

I Region Stockholm var det tidigare barn och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) och husläkarmottagningar som genom ett frivilligt tilläggsuppdrag levererade denna vård. Med rapporten "Uppföljning första linjen – psykisk hälsa barn och unga" från 2018 följde Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (1) upp insatserna inom Region Stockholm. I rapporten identifierades ett antal utvecklingsområden, bland annat att den geografiska spridningen av mottagningar var ojämnt fördelad och att barn och unga i socialt utsatta områden hade en lägre andel besök än barn och unga i andra områden.

Det framkom också att många mottagningar hade bristande rutiner för samverkan och att kompetensen behövde stärkas för att möta de yngsta barnen, 0–3 år. De flesta mottagningar hade endast en eller två psykologer anställda och teamarbete med andra yrkeskategorier förekom sällan. Rapporten påpekade att antalet anställda skulle kunna innefatta fler än 1–2 psykologer. Det framkom också att en större andel av barn och unga sökte vård inom BUP (5,5%) än inom första linjen (2,0%) och att gränsdragningar mellan BUP och primärvårdens psykiatri för barn och unga behövde tydliggöras.

I slutet av 2021 genomfördes en strukturförändring som innebar att BUMM från juni 2022 inte längre har uppdraget, men att samtliga husläkarmottagningar ska tillhandahålla *ett utökat uppdrag för psykisk hälsa för barn och unga*. En samverkansmodell utformades där husläkarmottagningarna antingen själva kan utföra det utökade uppdraget, eller ansluta sig till en mottagning i närområdet som utför det. Husläkarmottagningar som har det utökade uppdraget har möjlighet att anlita en underleverantör och genom underleverantören erbjuda utökade insatser för psykisk hälsa. Samtliga husläkarmottagningar ska dock erbjuda grundläggande insatser vid psykisk ohälsa, för både vuxna och barn, i form av bland annat krisstöd, stödsamtal och psykopedagogiskt stöd. Mottagningar som enbart erbjuder grundläggande insatser benämns i denna rapport som husläkarmottagningar med basuppdrag. Mottagningar som erbjuder utökade insatser i form av till exempel psykologisk behandling benämns som mottagningar med det utökade uppdraget. För dessa mottagningar finns specifika krav på bemanning (se nedan).

För de yngsta barnen 0–5 år samt blivande föräldrar startade i september 2022 sex så kallade Malinamottagningar. Dessa ger psykologiskt stöd och behandling för lindring till måttlig psykisk ohälsa och har områdesansvar för sin del av regionen. För en sammanfattning av organisationsförändringarna vad gäller vårdutbudet för barn och unga med psykisk ohälsa, se vårdgivarguiden (2).

När det gäller husläkarmottagningarna med det utökade uppdraget för barn 6–17 år ska dessa ha minst: en samtalsbehandlare (leg. psykolog) med kompetens i psykiatrisk bedömning av utvecklingsrelaterade tillstånd hos barn och unga, två ytterligare samtalsbehandlare (leg. psykolog, leg. psykoterapeut eller leg. hälso- och sjukvårdspersonal/socionom med lägst basutbildning i psykoterapi), samt en läkare med kompetens i bedömning och behandling av psykisk ohälsa hos barn och unga. Omfattningen i procent av tjänsterna är inte specificerad.

Det nuvarande förfrågningsunderlaget som gäller sedan 2021 har som mål att stärka primärvårdens roll i vården av psykisk ohälsa och att göra husläkarmottagningar till dess nav. Inom ramen för avtalet ska primärvården ta ansvar för mild till måttlig psykisk ohälsa hos barn 6–17 år. Vården ska vara lättillgänglig, med låga trösklar, korta väntetider, finnas geografiskt nära patienterna och ha tydliga vägar in.

Förändringar av vården för psykisk ohälsa bland barn och unga 0–17 år

En ny struktur för vården av barn och unga med psykisk ohälsa har införts inom Region Stockholm. Strukturförändringen startade år 2021 och berör både primärvården och specialistvården. Denna rapport avser förändringar som gäller primärvården.

Ålder och allvarlighetsgrad avgör var barnet tas om hand

Ansvar för vården av barn och unga med psykisk ohälsa delas numera mellan husläkarmottagningar, Malinamottagningar och barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Barnets ålder och svårighetsgrad av symtom avgör var barnet ska tas om hand.

Från och med den 1 december 2021 ansvarar husläkarmottagningar för barn och unga 6–17 år med mild till måttlig psykisk ohälsa. För barn i åldern 0–5 år med mild till måttlig psykisk ohälsa ansvarar Malinamottagningar sedan 1 september 2022 (dock kunde husläkarmottagningar ta emot 0–5 åringar under en övergångsperiod fram till december 2022). BUP ansvarar för barn och unga 0–17 år med måttlig till allvarlig psykisk ohälsa. Stöd och behandlingsinsatser erbjuds på respektive vårdnivå.

Husläkarmottagningar kan ha antingen ett basuppdrag eller ge utökade insatser

Alla husläkarmottagningar har ett basuppdrag inom psykisk hälsa. I basuppdraget ingår att bedöma vårdbehov och erbjuda stödsamtal och krisstöd. Om barnet bedöms vara i behov av insatser utöver basuppdragets omfattning, men inte i behov av specialistpsykiatri, hänvisas barnet till en husläkarmottagning som erbjuder utökade insatser. Utökade insatser inkluderar bedömning, psykopedagogisk och psykologisk behandling, stödsamtal och krisstöd. För närvarande finns 78 husläkarmottagningar som erbjuder utökade insatser. Mottagningar med enbart basuppdrag samverkar med mottagningar med det utökade uppdraget.

Utökade insatser

På mottagningar med utökade insatser ska arbetet bedrivas i team med bland annat läkare, psykologer och andra behandlare. Mottagningarna behöver uppfylla specifika krav på kompetens och bemanning. Mottagningarna ansvarar också för samverkan med BUP, skola, elevhälsa och socialtjänst. Mottagningar som har det utökade uppdraget kan välja att anlita underleverantör för att utföra arbetet.

Malinamottagningar

Malinamottagningarna är psykologmottagningar med kompetens att ta hand om de minsta barnen, 0–5 år, med mild till måttlig psykisk ohälsa, samt blivande föräldrar som behöver stöd. Det finns sex Malinamottagningar i länet och dessa har ansvar för samverkan med övriga vård- och omsorgsgivare inom varje geografiskt delområde. På Malinamottagningar erbjuds stödinsatser vid mild till måttlig psykisk ohälsa för barn i åldrarna 0–5 år och deras vårdnadshavare. Därutöver har mottagningarna uppdrag att ge konsultationer till personalen på alla barnmorskemottagningar och barnvårdscentraler.

Syfte

Rapporten följer upp de strukturförändringar som har genomförts inom primärvården för barn och unga med psykisk ohälsa i Region Stockholm. Rapporten har utgått från målbeskrivningen för det utökade uppdraget: *Att erbjuda en lättillgänglig vård, med låga trösklar, korta väntetider, finnas geografiskt nära patienterna och ha tydliga vägar in*. I undersökningen ingår uppföljning av mottagningarnas bemanning och storlek samt samverkansförmåga och kompetens att bedöma barns psykiska vårdbehov. Även vårdflöden mellan specialistpsykiatri och primärvård undersöks liksom vårdkonsumtionstrender över tid.

Med hjälp av olika datakällor undersöker rapporten om strukturförändringarna har bidragit till att vården för mild till måttlig psykisk ohälsa bland barn och unga har blivit mer lättillgänglig och jämlik. Syftet är att identifiera eventuella behov av verksamhetsutveckling samt förbättringsmöjligheter för styrning och stöd, exempelvis i förhållande till utformning av uppdrag, avtal och stöddokument. Genom att identifiera områden där strukturförändringarnas mål inte verkar ha uppnåtts kan rapporten ge rekommendationer som kan stärka förutsättningarna för att optimera vården för barn och unga med mild till måttlig psykisk ohälsa utifrån strukturförändringarnas målsättning.

Metod

Rapporten använder registerdata från Region Stockholms VAL-databaser för att undersöka vårdkonsumtion för psykisk ohälsa bland barn och unga 0–17 år. Vi skickade webbenkäter till samtliga husläkarmottagningar (både med och utan det utökade uppdraget). Intervjuer genomfördes med ett urval av ansvariga för det utökade uppdraget vid husläkarmottagningar, enhetschefer inom BUP och verksamhetschefer för underleverantörer för det utökade uppdraget. Patientperspektivet presenteras genom en enkät som genomförts av Karolinska Institutet vid en vårdcentral och en Malinamottagning inom regionen. Norrtälje kommun har en annan vårdmodell och är därför inte med i rapporten. En beskrivning av vilka metoder som använts finns i tabell 1 och mer detaljerad i bilaga 1.

Tabell 1. Datakällor som använts i rapporten

Datakälla	Typ av data
VAL-databaser	Registerdata
Webenkät till husläkarmottagningar med utökat uppdrag (verksamhetschef)	Enkätdata med flervalssvar och fritextsvar
Webenkät till husläkarmottagningar med basuppdrag (verksamhetschef)	Enkätdata med flervalssvar och fritextsvar
Intervjuer med ansvariga för det utökade uppdraget på husläkarmottagningar	Kvalitativ semistrukturerad intervju
Intervjuer med enhetschefer inom BUP	Kvalitativ semistrukturerad intervju
Intervjuer med verksamhetschefer för underleverantörer till det utökade uppdraget	Kvalitativ semistrukturerad intervju
Enkät till patienter som sökt vård på en husläkarmottagning inom utökade uppdraget eller en Malinamottagning	Enkätdata med flervalssvar och fritextsvar

Resultat

Registerdata

Tillgänglighet, trösklar och väntetider

Under år 2023 hade 15 816 barn och unga kontakt inom det utökade uppdraget eller med en Malinamottagning, vilket utgör 3 procent av alla barn och unga i åldrarna 0–17 år i länet. Sammanlagt gjordes 63 245 besök (tabell 2). Andelen barn och unga med minst ett besök var 3,6 procent i åldersgruppen 6–17 år (det utökade uppdraget) och 2,2 procent bland barn 0–5 år (Malinamottagningarna). Bland de barn och unga som fick vård inom det utökade uppdraget 2023 hade knappt hälften fått en diagnos (48,2 %). Av dessa var ångestdiagnoser vanligast (30% specifika och 23% ospecifika ångestdiagnoser). Den genomsnittliga väntetiden (från bokningsregistrering till genomförd vårdkontakt) var 21,1 dagar för barn 7–17 år. Data för väntetider saknas för barn 0–5 år.

Tabell 2. Antal besök samt antal och andel barn med besök inom det utökade uppdraget i Region Stockholm 2023.

Åldersgrupp	Antal besök	Antal barn med minst ett besök	Andel barn med minst ett besök, %
0–5 år Malinamottagning	8 068	3 501	2,2
6–17 år Husläkarmottagning	55 177	12 315	3,6
Totalt	63 245	15 816	3,0

Under november 2023 utförde 78 av 230 husläkarmottagningar det utökade uppdraget för barn och unga 6–17 år, varav 21 använde en underleverantör. Husläkarmottagningarna som inte använde en underleverantör delades in i tre lika stora grupper utifrån antal listade barn och unga (små, medelstora och stora). Dessa husläkarmottagningar hade i genomsnitt 5 166 listade barn och unga (variationsvidd: 372 – 16 752). Antal patienter per mottagning som hade åtminstone ett besök under november 2023 beräknades i förhållande till 1 000 listade barn och unga (tabell 3). Medelstora och stora husläkarmottagningar hade dubbelt så många barn och unga med minst ett besök per 1000 listade jämfört med små mottagningar.

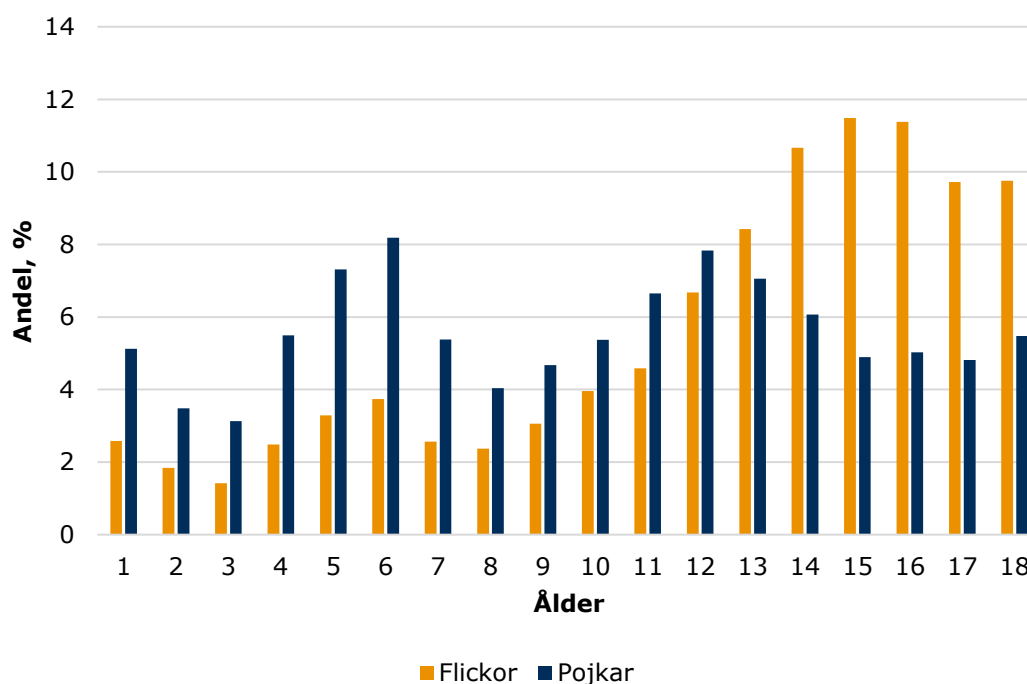
De mottagningar som använde underleverantör för det utökade uppdraget hade i genomsnitt 1941 listade barn och unga (variationsvidd: 39 – 8670). Dessa mottagningar tog i genomsnitt emot 13,9/1000 listade barn och unga för minst ett besök under november 2023 (variationsvidd: 1,3 – 38,5). Dessa delades inte upp utifrån storlek, eftersom de flesta av dessa var små mottagningar.

Tabell 3. Medelvärden av antalet barn och unga med minst ett besök per 1 000 listade under november 2023, för små, medelstora och stora mottagningar, utifrån antalet listade patienter ($n = 55$).

Storlek på mottagning Medelvärde (variationsvidd)	Antal barn och unga med minst ett besök per 1 000 listade Medelvärde (variationsvidd)	Storlek på mottagning Medelvärde (variationsvidd)	Antal barn och unga med minst ett besök per 1 000 listade Medelvärde (variationsvidd)
Små ($n = 18$) 1 009 (372 - 1968)	5,3 (0 - 18,8)	Små ($n = 18$) 1 009 (372 - 1968)	5,3 (0 - 18,8)
Medelstora ($n = 18$) 4 746 (2 682 - 6 904)	11 (3,8 - 19,9)	Medelstora ($n = 18$) 4 746 (2 682 - 6 904)	11 (3,8 - 19,9)
Stora ($n = 19$) 9 503 (7 011 - 16 752)	10 (1,1 - 18,1)	Stora ($n = 19$) 9 503 (7 011 - 16 752)	10 (1,1 - 18,1)

*För att underlätta jämförelsen beräknades antal besök enbart för de mottagningar med det utökade uppdraget som inte använde en underleverantör.

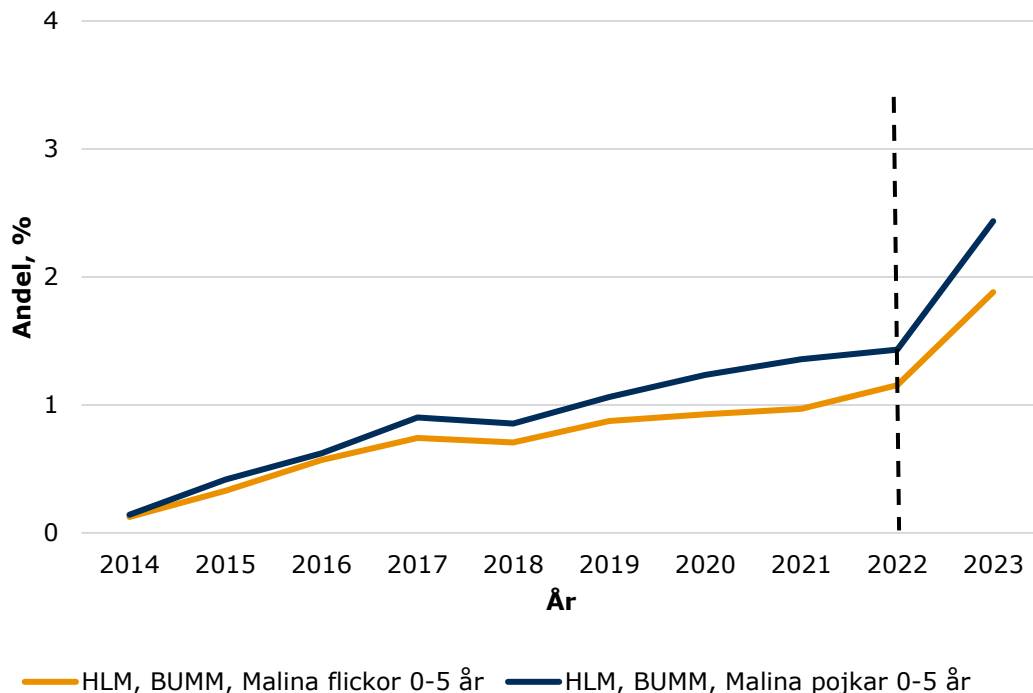
I figur 1 presenteras ålders- och könsfördelning bland barn som haft kontakt med det utökade uppdraget för psykisk ohälsa under år 2023. I åldrarna 0–12 år får en större andel pojkar än flickor vård inom det utökade uppdraget. I åldrarna 13–17 år är förhållandet det motsatta med en större andel vård för flickor jämfört med pojkar.



Figur 1. Flickors och pojkars fördelning (%) bland barn och unga 1–18 år som fått minst ett besök inom det utökade uppdraget år 2023.

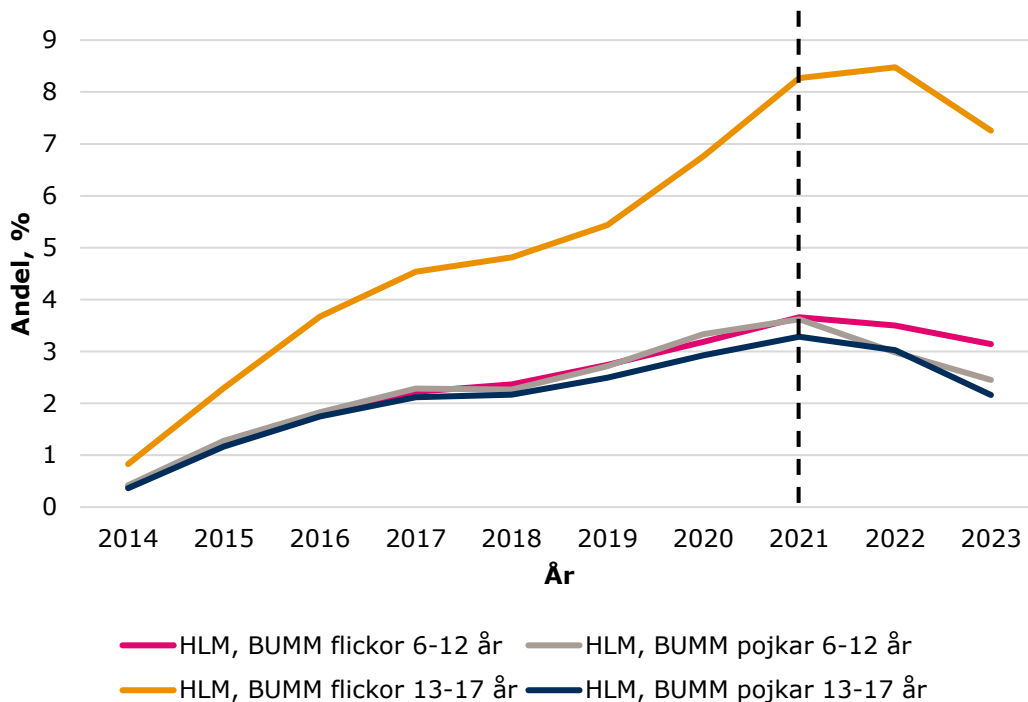
Andelen barn 0–5 år som får vårdbesök för mild till måttlig ohälsa har ökat sedan Malinamottagningarna öppnades

Sedan primärvården började erbjuda vård för psykisk ohälsa hos barn och unga 2014 har andelen barn som erhållit denna vård ökat (BUMM 2014 till juni 2021). Figur 2 visar andel barn 0–5 år under 2014–2023. Andelen pojkar som erhåller vård är större än andelen flickor i den här åldersgruppen. Vården ökar för både flickor och pojkar från 2022 då Malinamottagningarna öppnade och tog över uppdraget för barn i åldrarna 0–5 år från BUMM och husläkarmottagningarna. År 2023 hade 2,4 procent av pojkarna, och 1,9 procent av flickorna i åldrarna 0–5 år kontakt med en Malinamottagning.



Figur 2. Andel barn 0–5 år i Region Stockholm som haft kontakt inom Husläkarmottagningar (HLM), Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) eller Malinamottagningar för psykisk ohälsa åren 2014–2023, uppdelat på kön. Den streckade linjen markerar när Malinamottagningarna tog över uppdraget 2022.

HLM=husläkarmottagningar, BUMM=Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar.



Figur 3. Andel barn 6–17 år i Region Stockholms som haft kontakt för psykisk ohälsa inom HLM eller BUMM år 2014–2023 uppdelat på kön. Den streckade linjen markerar när det utökade uppdraget med enbart HLM startade 2021.

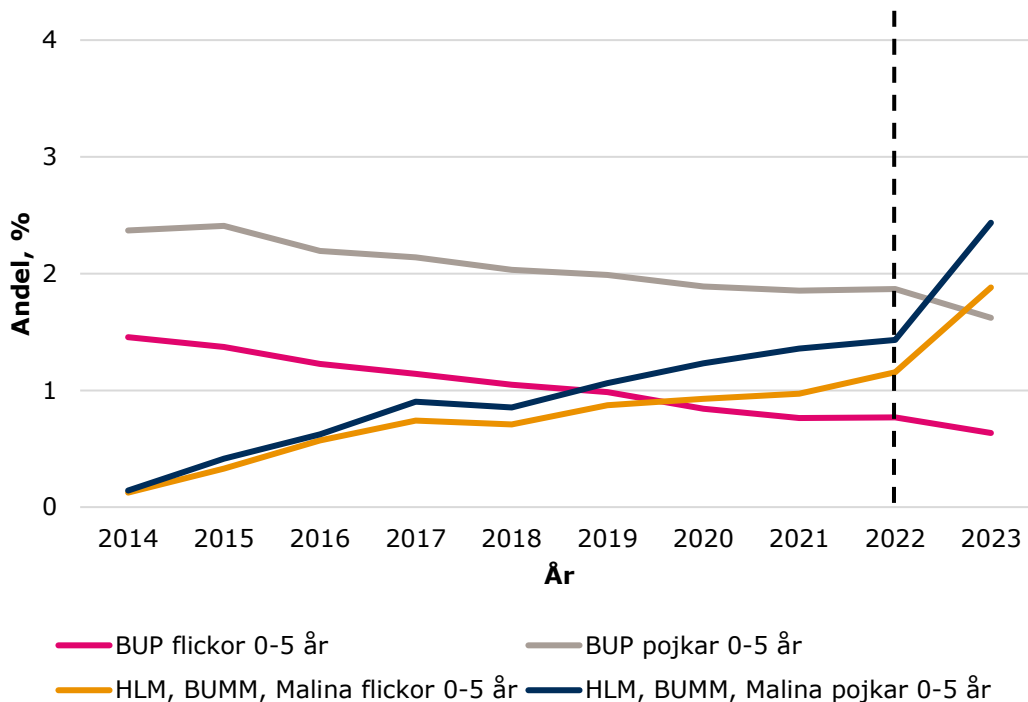
HLM=husläkarmottagningar, BUMM=Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar.

Andelen barn 6–17 år som får vårdbesök för mild till måttlig ohälsa har minskat sedan strukturförändringen

Figur 3 visar andelen barn 6–17 år som haft besök inom det utökade uppdraget under 2014–2023 uppdelat på åldrarna 6–12 och 13–17, samt kön. Den grupp som har högst andel besök är flickor i åldrarna 13–17 år (7,3 procent). Motsvarande andel pojkar är 2,2 procent. För flickor och pojkar i båda åldersgrupperna ses en ökning under åren 2014–2021 och därefter en utplaning och minskning av andelen barn med besök inom det utökade uppdraget.

BUP:s andel besökare bland de yngsta barnen tycks ha minskat, men inte för de äldre barnen

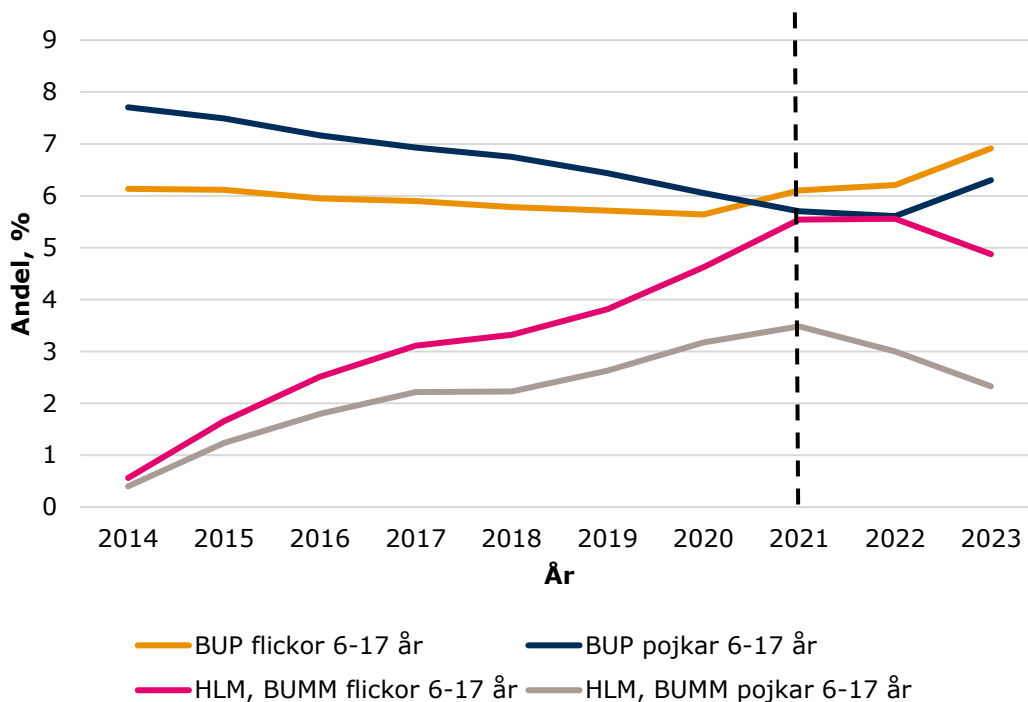
Figur 4 visar andel barn 0–5 år som haft kontakt för psykisk ohälsa inom primärvården (från 2022 Malinamottagningarna) samt BUP under åren 2014–2023. Bland de yngsta barnen inom primärvården sker en gradvis ökning, medan BUP:s andel minskar under observationsperioden. Från år 2019 är andelen flickor större inom primärvården jämfört med inom BUP. För pojkar inträffar detta först år 2022.



Figur 4. Andel barn 0–5 år som haft kontakt med BUP eller HLM/BUMM/Malinamottagning för psykisk ohälsa åren 2014–2023, uppdelat på kön. Den streckade linjen markerar när Malinamottagningarna tog över uppdraget från BUMM och HLM 2022.

BUP=Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar, HLM=husläkarmottagningar, BUMM=Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar.

Figur 5 visar andelen barn 6–17 år som haft kontakt för psykisk ohälsa inom primärvården jämfört med BUP:s andel av barnen i samma åldersgrupp under åren 2014–2023. Bland både flickor och pojkar är andelen som har kontakt med BUP högre än andelen som har kontakt på primärvårdsnivå. Skillnaden är störst för pojkar. Andelen flickor som hade kontakt med BUP har ökat under observationsperioden med cirka en procentenhet och var 6,9 procent år 2023. För pojkar har andelen med kontakt med BUP minskat med drygt en procentenhet och var år 2023 6,3 procent. Motsvarande andelar med kontakt inom det utökade uppdraget var 4,9 procent bland flickor och 2,3 procent bland pojkar samma år.



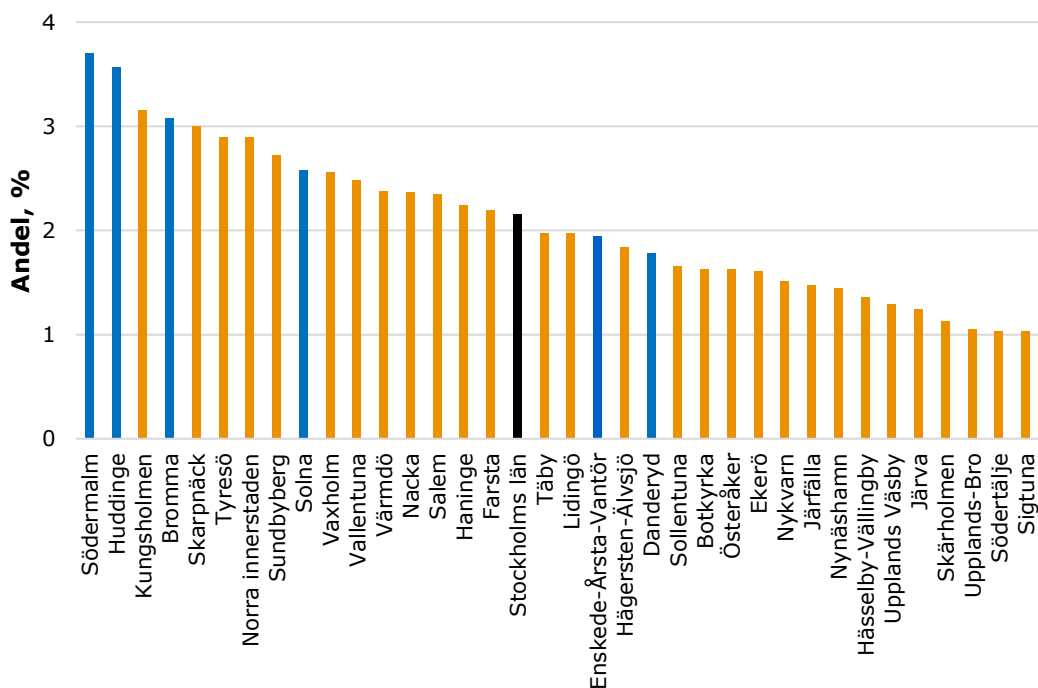
Figur 5. Andel barn 6–17 år som haft kontakt med BUP eller HLM/BUMM för psykisk ohälsa åren 2014–2023, uppdelat på kön. Den streckade linjen markerar när det utökade uppdraget med enbart HLM startade 2021.

BUP=Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar, HLM=husläkarmottagningar, BUMM=Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar.

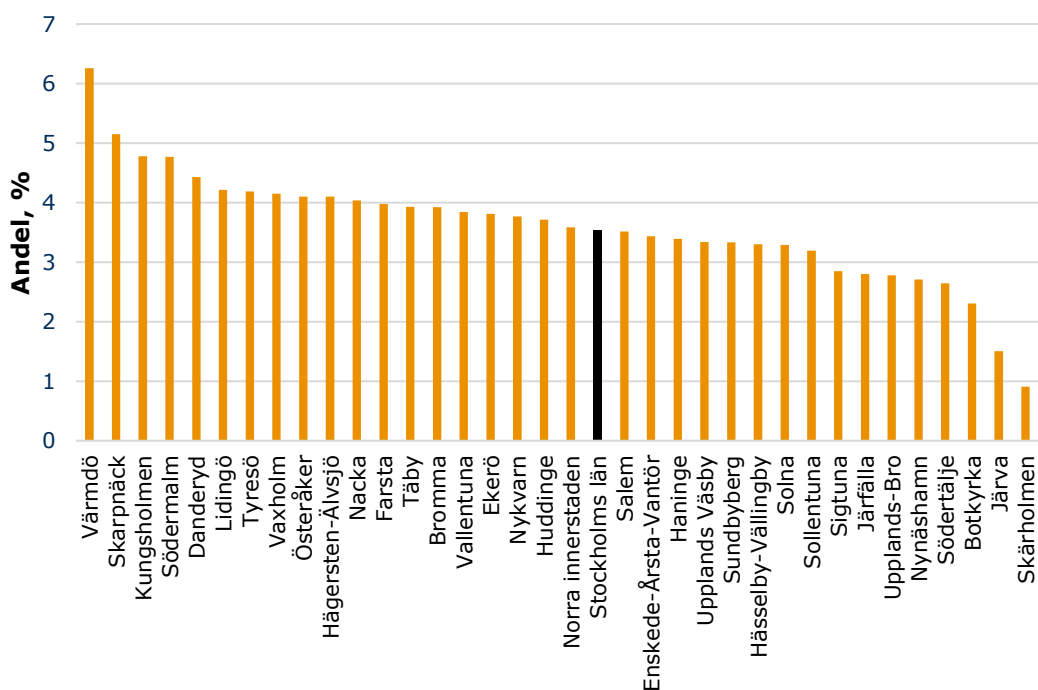
Stora skillnader i andel besök mellan kommuner och stadsdelar

Figur 6 visar andelen barn 0–5 år som besökt Malinamottagningar år 2023 i länets olika stadsdelar och kommuner. Andelen barn varierar mellan 3,7 procent på Södermalm till 1,0 procent i Södertälje och Sigtuna. Snittet för Stockholms län är 2,2 procent. De sex Malinamottagningarna är placerade på Södermalm, i Huddinge, Bromma, Solna, Enskede-Årsta-Vantör och Danderyd (markerade med som blå staplar i figur 6). Fyra av dessa sex områden har besöksandelar över snittet i Stockholm. Mottagningen i Danderyd flyttade från Östermalm i september 2023 (Östermalm tillhör Norra Innerstaden som också ligger över besöksgenomsnittet).

Figur 7 visar andelen barn och unga 6–17 år med besök inom det utökade uppdraget år 2023 i länets olika stadsdelar och kommuner. Variationen är avsevärd med högst andel (6,3%) på Värmdö och lägst (0,9%) i Skärholmen. Snittet för Stockholms län är 3,6 procent.



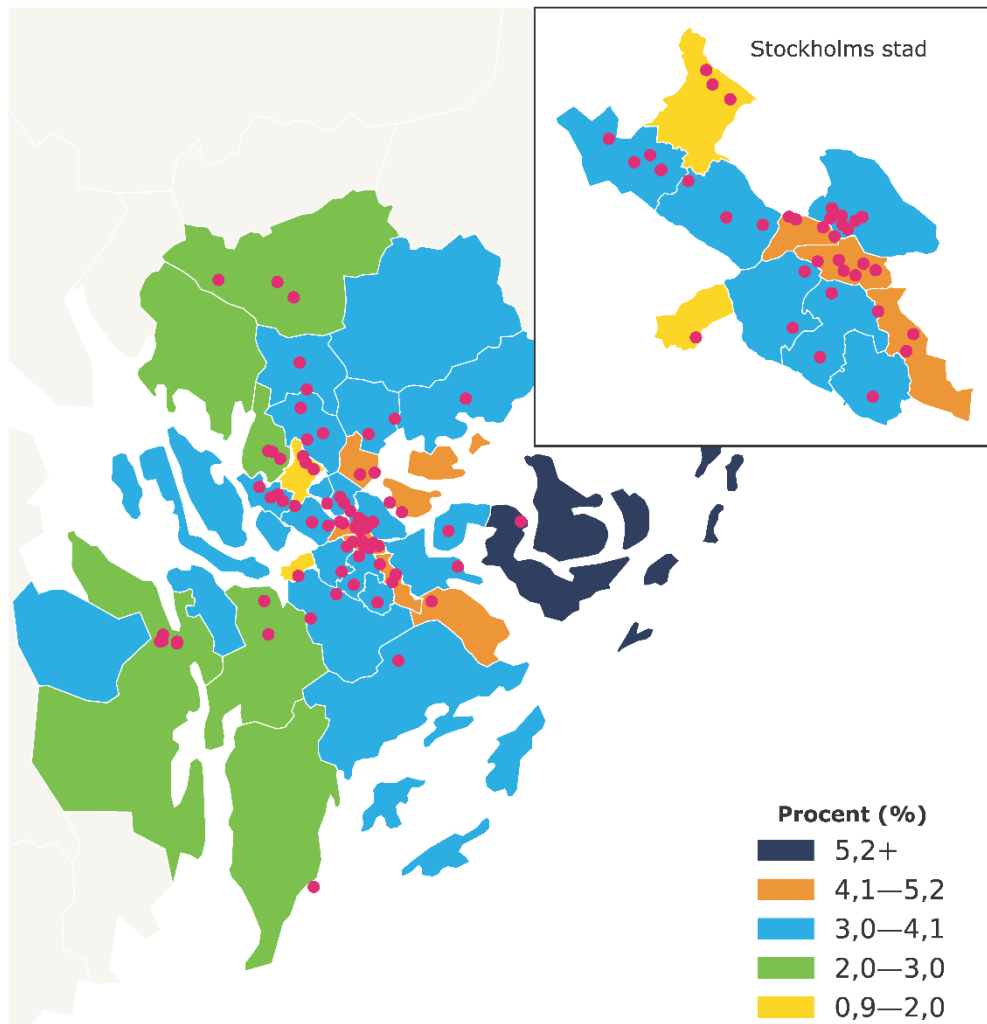
Figur 6. Andel barn 0–5 år som haft kontakt med en Malinamottagning 2023 uppdelat på stadsdelar och kommuner. De blå staplarna markerar var de sex Malinamottagningarna ligger. Den svarta stapeln markerar den genomsnittliga andelen barn som haft minst ett på en Malinamottagning i Stockholms län.



Figur 7. Andel barn 6–17 år som haft minst ett besök inom det utökade uppdraget uppdelat på stadsdelar och kommuner. Den svarta stapeln markerar den genomsnittliga andelen besök till det utökade uppdraget för Stockholms län.

Figur 8 visar en karta som är färgkodad utifrån andelen besökare inom det utökade uppdraget år 2023 för barn och unga 6–17 år i kommuner och stadsdelar i Stockholm

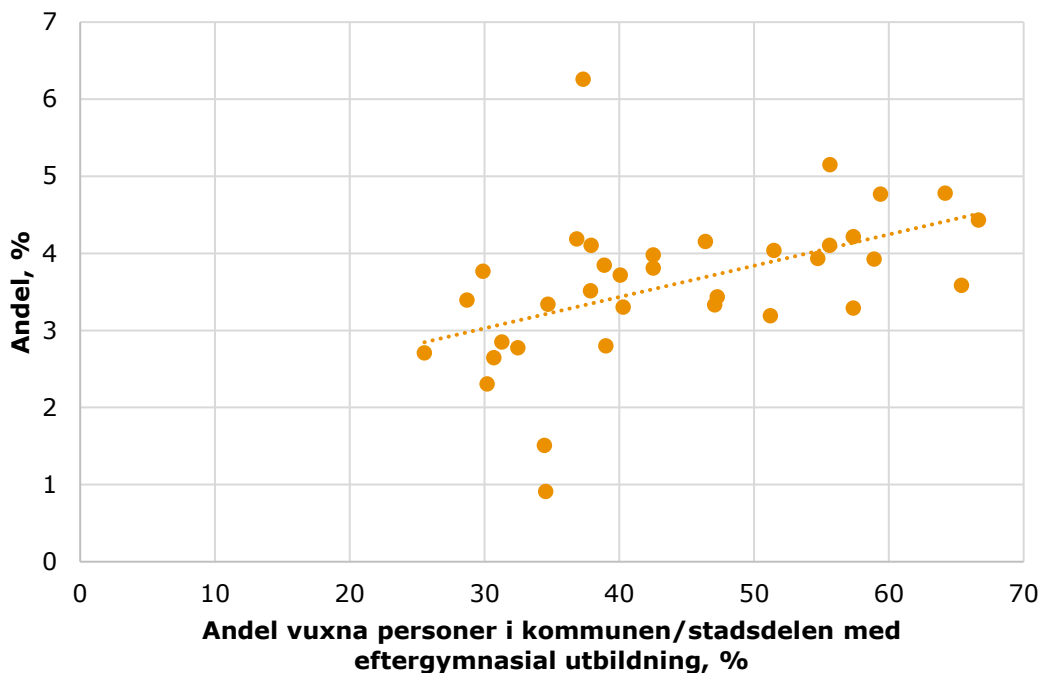
län. Den markerar också var mottagningarna med det utökade uppdraget finns. Kartan visar att det finns mottagningar i de flesta kommuner och i samtliga stadsdelar.



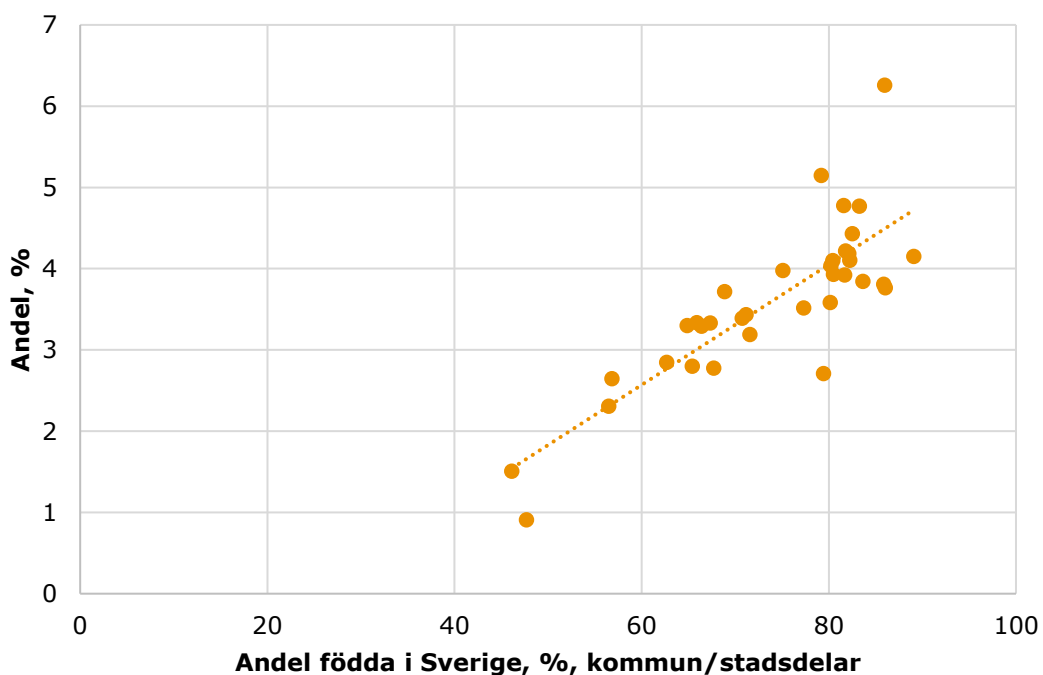
Figur 8. Andelen barn och unga 6–17 år som haft besök för psykisk ohälsa inom det utökade uppdraget uppdelat på kommuner och stadsdelar (Stockholms stad) i Stockholms län. De röda markeringarna visar mottagningar med det utökade uppdraget. Se bilaga 6 för namn på kommunerna och stadsdelarna.

Ju högre andel svenskfödda och högutbildade desto högre andel besök

Andelen barn och unga 6–17 år med besök inom det utökade uppdraget är högre inom kommuner och stadsdelar med en högre utbildningsnivå (figur 9) och en högre andel invånare som är födda i Sverige (figur 10).



Figur 9. Andel barn och unga 6–17 år som har haft kontakt för psykisk ohälsa inom det utökade uppdraget 2023 i relation till andel vuxna personer med eftergymnasial utbildning i den kommun eller stadsdel där de bor.



Figur 10. Andel barn och unga 6–17 år som har haft kontakt för psykisk ohälsa inom det utökade uppdraget 2023 i relation till andel svenskfödda i kommunen eller stadsdelen där de bor.

Vårdflöden

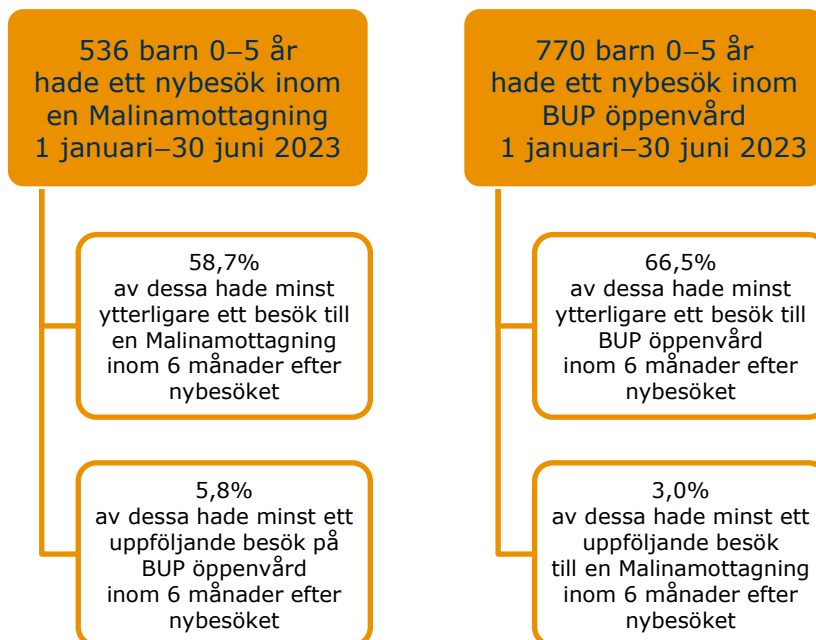
Totalt fick 9 899 barn och unga vård enligt det utökade uppdraget eller på en Malinamottagning under perioden 1 januari – 30 juni 2023. De flesta av dessa besök var nybesök (n=6634, 67,0%). Totalt fick 18 248 patienter vård inom BUP:s öppenvård under perioden 1 januari till och med den 30 juni 2023 och av dessa besök var knappt hälften nybesök (n=8123, 44,5%). Ett besök definierades som ett nybesök om patienten inte hade haft något besök på den aktuella vårdnivån sex månader (1–182 dagar) innan besöket.

Figur 11 visar vårdflöden under de påföljande sex månaderna för patienter 0–5 år som hade ett nybesök under första halvåret 2023 inom en Malinamottagning eller BUP. Bland barnen som hade ett nybesök inom en Malinamottagning hade 58,7 procent ytterligare minst ett besök inom Malinamottagningarna inom sex månader efter nybesöket, medan 5,8 procent hade minst ett besök på BUP under samma tidsperiod. Bland barn som haft nybesök på BUP första halvåret 2023 hade 66,5 procent ytterligare minst ett besök på BUP inom sex månader efter nybesöket och 3 procent hade minst ett besök inom Malinamottagningarna under samma tidsperiod.

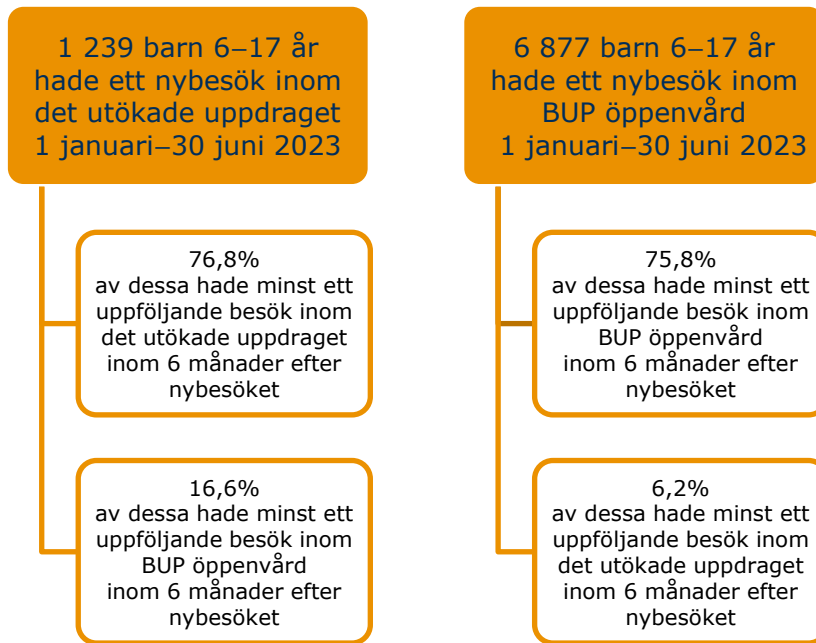
Figur 12 visar på motsvarande sätt vårdflöden under de kommande sex månaderna för patienter 6–17 år som haft ett nybesök inom det utökade uppdraget eller BUP under första halvåret 2023.

Bland barn och unga i åldrarna 6–17 år som hade ett nybesök inom det utökade hade 76,8 procent minst ett uppföljande besök inom det utökade uppdraget, medan 16,6 procent hade ett besök på BUP inom sex månader efter nybesöket. Bland barn och unga med nybesök inom BUP hade 75,8 procent uppföljning inom BUP och 6,2 procent ett besök inom det utökade uppdraget inom sex månader.

Sammantaget ser man att en större andel patienter har uppföljande besök på BUP efter nybesök inom det utökade uppdraget jämfört med andelen som efter nybesök på BUP har uppföljning inom det utökade uppdraget.



Figur 11. Vårdflöden mellan Malinamottagningar och BUP av barn som haft nybesök under första halvåret 2023 och följts upp under sex månader efter sitt nybesök.



Figur 12. Vårdflöden mellan det utökade uppdraget och BUP av barn och unga 6–17 år som haft nybesök under första halvåret 2023 och följts upp under sex månader efter sitt nybesök.

Intervjuer med chefer inom det utökade uppdraget

Åtta intervjuer genomfördes med enhetschefer för mottagningar med det utökade uppdraget eller ansvarig psykolog eller psykoterapeut. Intervjuerna analyserades för att identifiera gemensamma teman och resulterade i fyra övergripande teman som berörde: 1) samverkan, 2) triagering, patientflöden och patientgrupper som hamnar i kläm, 3) tillgänglighet och 4) bemanning och vårdkvalitet. Inom respektive områden framkom utvecklingsmöjligheter, framgångsfaktorer och hinder.

Samverkan beskrevs som centralt men utmanande

Respondenterna beskriver samverkan som viktig, men i viss mån utmanande. De största utmaningarna rör möjligheten att avsätta tid för samverkan i och med upplevd otillräcklig ersättning, låg kännedom om det utökade uppdraget hos andra aktörer samt brist på upparbetade kontaktvägar. Samverkan med skolan lyfts som central. Flera mottagningar har regelbundna samverkansmöten med elevhälsopersonal, men beskriver samtidigt att samverkan delvis blir lidande på grund av resursbrist:

”Samverkan med skolor är någonting vi oftast får klämma in emellan våra besök och det tycker jag inte alltid blir bra” – Informant 4

Samverkan med skolor är också avhängigt etablerade kontaktvägar och i brist på sådana behöver föräldrar ofta förmedla kontakt, uppger respondenterna. Många respondenter påtalar att det över lag är svårt att samverka i önskvärd grad, på grund av ersättningsystemet, trots att samverkan upplevs som grundläggande för att kunna erbjuda god vård. Den ersättning som finns för viss samverkan (840 kr/timme) nämndes inte och kan antas vara okänd för respondenterna.

”En ökad samverkan är ju ... väldigt svårt alltså. Vi får ju inga ersättningar. Vi får ju ingenting när vi har skolbesök eller socialtjänstbesök. Det tar ju väldigt många timmar” – Informant 2

Strukturerade samverkansrutiner, avsatt tid och mandat att ägna sig åt samverkan framkommer som viktiga aspekter för att optimera samverkansmöjligheter. En enhetschef berättar att hens mottagning satsat på samverkan. De prioriterar och avsätter tid till samverkan vilket minskar risken att den behöver ske på bekostnad av patientbesök.

Samverkan med husläkarmottagningar med basuppdrag och BUP uppfattas som delvis komplicerad

Samverkan med anslutna husläkarmottagningar med basuppdrag, det vill säga de mottagningar som enbart erbjuder grundläggande insatser, varierar avsevärt. En del mottagningar har välutvecklade rutiner för att samverka, med regelbundna konsultationer och möten, medan andra beskriver brist på kontakter och rutiner. Respondenterna uppfattning om vad basuppdraget innebär varierar, liksom dessa mottagningars förmåga att ge grundläggande vård. Vissa anser att dessa mottagningar ger adekvata grundläggande insatser, medan andra beskriver att mottagningarna ofta hänvisar patienter utan att ge några egna insatser:

”Vi har ju möten med verksamhetscheferna [på husläkarmottagningarna med basuppdrag] för att se till att deras grundläggande uppdrag ska genomföras, annars skapar det ju problem för vårt utökade uppdrag.”

– Informant 1

”Den [samverkan med husläkarmottagningarna med basuppdrag] är lite dålig. Där har vi faktiskt pratat om att vi skulle åka ut och presentera oss. Det har inte riktigt funnits något system för det.” – Informant 6

Respondenterna beskriver samverkan med BUP som delvis problematisk. Flera berättar att förändringen till centraliserat remissintag har försvårat samverkansmöjligheter med färre möjligheter till direkta konsultationer och samarbeten med lokala mottagningar. Centraliserat remissintag gäller de mottagningar som drivs av BUP Stockholm SLSO. I två geografiska områden, Haninge och Barkarby-Jakobsberg, bedrivs barn- och ungdomspsykiatri av det privata vårdföretaget Prima. En del mottagningar har stående möten med lokala BUP, vilket de anser är fördelaktigt. Andra mottagningar inom det utökade uppdraget saknar rutiner för möten, och ytterligare några har flera BUP-mottagningar i sitt upptagningsområde och goda samverkansrutiner endast med somliga.

Internt samarbete fungerar bra men teamläkarens roll är otydlig

De flesta respondenter upplever att samarbetet inom mottagningen fungerar väl, med etablerade rutiner. Två mottagningar har ett integrerat samarbete med kommunen (samlokalisering med familjebehandlare) och samarbetet är mycket värdefullt för verksamheten och för de berörda familjerna, enligt respondenterna. Tvärprofessionellt samarbete inom mottagningen uppges samtidigt vara begränsat och flera respondenter anser att läkarens roll mestadels är passiv och konsultativ. En informant uppger att det inte finns någon fast läkare anknuten till uppdraget, på grund av svårigheter att hitta läkare med barnkompetens.

God kompetens är avgörande för korrekta bedömningar och optimala patientflöden

Respondenterna berättar att patienterna kommer till det utökade uppdraget på remiss från bland annat skola och husläkarmottagning med basuppdrag eller på egenanmälan. Triageringen sker via telefonsamtal, videosamtal eller chatt. De flesta respondenter uppger att de inte använder något specifikt verktyg, som exempelvis STEP-UP:s triageringsverktyg. Den första bedömningen rör barnets funktionsnivå,

symtomsvårighet och eventuell självskada eller suicidrisk. Detta första triagerings- eller bedömningsamtal utförs av olika professioner på olika mottagningar, inklusive sjuksköterskor, psykoterapeuter och psykologer. Flera respondenter lyfter att välfungerande triagering kräver hög kompetens i bedömning av psykisk ohälsa och att detta är angeläget eftersom korrekt triagering leder till att patienten utan onödiga dröjsmål hänvisas till rätt aktör. Enligt respondenterna finns risk att husläkarmottagningar med basuppdrag saknar såväl resurser som kompetens för att kunna bedöma psykisk ohälsa hos barn och unga och att personalen där behöver mer stöd, kontinuerlig konsultation och fortbildning för att kunna utföra uppdraget adekvat.

Respondenterna beskriver att välfungerande patientflöden förutsätter god samverkan och kännedom om verksamheterna mellan remitterande och hänvisande aktörer. Ett par respondenter berättar att de arbetar aktivt med konsultationer och utbildningar. Det upplevs långsiktigt avlasta mottagningarna med det utökade uppdraget genom korrekta hänvisningar och dessutom bidra till att säkerställa att patienterna snabbt hamnar inom rätt instans.

Patientflödena påverkas av andra vårdnivåer och det finns patientgrupper som riskerar att hamna i kläm

Patienter remitteras från det utökade uppdraget huvudsakligen till BUP, men även till Stockholms Centrum för ätstörningar (SCÅ) och BUMM. Hänvisningar görs ofta till elevhälsovården och ungdomsmottagningen. Vad gäller remisser till BUP framkommer varierade upplevelser av BUP:s kapacitet att ta emot dessa. Respondenterna lyfter vikten av god kompetens i både remisskrivande och vårdnivåbedömning för att flödet ska fungera väl, liksom av behovet av adekvat kännedom om aktörernas respektive uppdrag. Utbildning och konsultationer mellan olika aktörer anses kunna ge effektiva och gynnsamma hänvisningar, remisser och patientflöden.

Flera respondenter beskriver att patientflödet till viss del avgörs av hur pressad barn- och ungdomspsykiatri är. Här framkommer en gemensam upplevelse av att mottagningar inom det utökade uppdraget ofta behöver hantera patienter med komplexa symtom, som egentligen är i behov av mer omfattande vård än vad verksamheterna själva kan erbjuda. De patientgrupper som i synnerhet lyfts fram är hemmasittare, patienter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och patienter med ätstörningar, samt till viss del patienter med svår ångest. Dessa patientgrupper hamnar ofta i kläm, bland annat på grund av långa väntetider till BUP och SCÅ, enligt respondenterna. Det i sin tur påverkar andra patientgrupper. I väntan på specialistvården behöver mottagningar inom det utökade uppdraget ta hand om patienter som kräver långa och täta kontakter, med risk att andra patientgrupper trängs undan. Dessutom uppger flera respondenter att remisser till ätstörningsvården ofta får avslag och att mottagningar inom det utökade uppdraget förväntas ta hand om denna patientgrupp:

”Ätstörningsvården [har] inte riktigt hängt med och det får ju effekter. Dels hamnar de [patienterna] hos oss, dels så tränger de ut patienter på BUP så att det blir andra patienter som egentligen skulle gå på BUP som blir **våra** patienter.” – Informant 3

Även gruppen med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar beskrivs som en grupp som riskerar att hamna mellan stolarna och inte få sina vårdbehov tillgodosedda:

”Det görs inte tillräckligt mycket för de här barnen alltså. Det blir på något vis [att] adhd-diagnos ... blir slutstationen, medan jag tänker att den egentligen borde vara porten för att få mer insatser.” – Informant 6

Mottagningarna erbjuder god tillgänglighet vad gäller första kontakt men patienterna kan behöva vänta på insatta behandlingar

Respondenterna anser att patienterna har god tillgänglighet till att få en första kontakt med mottagningarna. Mottagningarna jobbar generellt aktivt med att erbjuda ett första bedömningsamtal kort tid efter anmälan. Vissa mottagningar erbjuder även psykoedukativt material eller föreläsningar direkt efter första kontakten.

Respondenterna uppger dock att det är relativt vanligt att patienter tackar nej till ett första bedömningsamtal kort efter anmälan (t.ex. via drop-in-tider) och hellre bokar in en senare tid med större framförhållning.

Flera respondenter lyfter samtidigt att det, efter den första kontakten eller bedömningen, kan dröja innan patienterna får tid för ett första besök eller innan behandlingar påbörjas. Om den första kontakten eller bedömningen initieras direkt eller inom ett par dagar efter inkommen remiss eller egenanmälan, kan det dröja flera veckor innan insatser sätts in (bortom psykoedukativt material som skickas hem eller föreläsningar). Respondenterna påpekar också att det råder viss motsättning mellan att kunna erbjuda snabba första bedömningar å ena sidan, och längre behandlingar och återbesök å den andra:

”Vi behöver ju ta emot alla som söker och erbjuda dem en tid. Och det blir ju ganska ofta på bekostnad av återbesök så att vi kan starta upp många behandlingar.” – Informant 4

Tillgängligheten kan på så vis bli högre för dem med mildare problem som kan bli hjälpta med enstaka besök, än för dem med mer komplexa vårdbehov som skulle gynnas av längre och mer intensiva insatser. De flesta anser ändå att kravet på lättillgänglig vård i stort uppfylls, men att insatserna inte blir så omfattande som skulle vara önskvärt. Enbart en informant uppger att det inte föreligger några problem med att tillgodose vårdbehoven i målgruppen.

Respondenterna beskriver även att tillgängligheten påverkas av olika aktörers och allmänhetens kännedom om det utökade uppdraget, liksom av periodvisa variationer i remisstryck. Vidare framkommer att förmågan att erbjuda gruppbehandlingar, som en del mottagningar erbjöd, upplevs öka tillgängligheten avsevärt eftersom gruppbehandlingar kan vara effektiva och resurssparande jämfört med individuella kontakter.

Kompetensen inom teamen är hög men bemanningen upplevs bitvis skör

Respondenterna har olika uppfattningar om bemanningsläget. Vissa uppger att mottagningen är tillräckligt bemannad för att kunna utföra uppdraget medan andra menar att bemanningen inte räcker för att möta kraven för antal nybesök per anställd. Flera respondenter berättar att tillgängligheten påverkas av bemanningen, som i händelse av sjukfrånvaro bland personal blir otillräcklig.

Vad gäller utvärdering eller kvalitetsgranskning av vården uppger flera respondenter att det saknas systematik kring detta. En del respondenter har aktivt försökt få till system för att kunna utvärdera vården på verksamhetsnivå, men stött på svårigheter:

”Det saknas det ju på regional nivå, eller på SLSO-nivå, en lösning för att ... ta ut data på gruppnivå och på verksamhetsnivå [...] Det skulle man egentligen behöva utveckla. Och gärna ... centralt och gemensamt för det där är ju tufft för mottagningar att lösa på egen hand.” – Informant 3

Andra uppger att enskilda utvärderingar med patienter görs regelbundet, till exempel med hjälp av olika frågeinstrument som SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire),

men att detta inte alltid sker när insatserna är begränsade eller patienten avslutar vårdkontakten i förväg.

Respondenterna anser generellt att kompetensen inom teamen är hög och att det finns möjligheter till vidareutbildning. Brist på relevanta utbildningar, givet att evidensbaserade behandlingar för psykisk ohälsa inom primärvården är relativt obeforskade, lyfts också. Flera respondenter beskriver samtidigt att kompetensen inom teamen är god tack vare bredd i erfarenheter och stark barnkompetens hos de anställda. Mottagningarna arbetar med kompetenshöjning på olika vis. STEP-UP-utbildningarna (kurser och stödmaterial i arbetet med psykisk ohälsa på husläkarmottagningen) är väletablerade. Men en del respondenter uttrycker att innehållet i STEP-UP är relativt grundläggande och mest relevant för husläkarmottagningar med basuppdrag.

Intervjuer med underleverantörer

Vi intervjuade verksamhetschefer eller enhetschefer för fyra olika underleverantörer. Särskilt fokus för dessa intervjuer var underleverantörernas förutsättningar att bedriva vård inom det utökade uppdraget.

Underleverantörerna finns geografiskt nära patienterna

Samtliga underleverantörer som intervjuades bedriver vård i samma eller närliggande stadsdel som husläkarmottagningen som har anlitat dem. En underleverantör har områdesansvar för en hel stadsdel. Där upplever underleverantören att samverkan med vårdcentralerna som har det utökade uppdraget, skolor och BUP är välfungerande, jämfört med en annan stadsdel där underleverantören också driver en mottagning, men utan områdesansvar.

”Utifrån patienternas perspektiv, om en patient bor i stadsdelen, då kan alla skolor säga: det är dit ni går. Noder, med ansvar för en geografi, underlättar för patienten att hitta rätt.” – Verksamhetschef för underleverantör 1

Ingen av de intervjuade underleverantörerna är med i nätverket för mottagningar inom det utökade uppdraget, även kallat Första linje-nätverket (initierat av personal vid Gustavsbergs VC med syfte att bland annat dela erfarenheter, material och arbetssätt mellan mottagningar). Vissa har fått information om detta nätverk från husläkarmottagningen med det utökade uppdraget, andra känner inte till nätverket. Samtliga underleverantörer uppger att de samverkar med BUP. Alla underleverantörer utom den med områdesansvar för en stadsdel uppger att samverkan med skolor är svår. Två underleverantörer uppger att det är svårt att verka på ett litet geografiskt område där det också finns flera andra underleverantörer.

Take care används för remisser

Take care används för remisshantering av samtliga mottagningar som intervjuades. Några av mottagningarna uppger att de använder Take care för journalföring, andra att de använder sig av ett annat journalsystem.

Underleverantörerna uppger att de har mellan 0,8 och 2,5 heltidstjänster för det utökade uppdraget. Samtliga uppger att de skulle kunna skala upp och ta emot fler patienter.

Patienternas kännedom om det utökade uppdraget upplevs som låg

De intervjuade upplever att vissa vårdcentraler skickar väldigt få remisser och att det borde finnas fler hjälpsökande familjer. En genomgående fundering är om familjerna känner till att de här insatserna finns. Det finns en oro att enbart de barn som har föräldrar som kan hitta rätt i systemet får tillgång till rätt vård.

”Kontaktvägarna – bör vara så tydliga som möjligt. Barn och unga som har föräldrar som har det svårare, får också svårare att veta vilken hjälp de kan få och hur de kan söka sig till den. Jag tror att många barn kan hamna mellan stolarna.” – Verksamhetschef för underleverantör 2

Intervjuer med BUP

Tre intervjuer genomfördes med enhetschefer inom BUP. Både BUP SLSO och Prima BUP var representerade bland dessa, se bilaga 1 för mer information om urvalet. Fokus för intervjuerna var samarbetet med mottagningar inom det utökade uppdraget.

Det utökade uppdraget fungerar olika

Inom BUP uppfattar man att det finns relativt stora skillnader i hur olika mottagningar som utför det utökade uppdraget fungerar. I många fall är upplevelsen att mottagningarna har rustat upp, tar större ansvar för sina patienter, tar fler ärenden och behåller dem längre. Även kvaliteten på remisser är generellt god och STEP-UP projektet (digitala kurser och stödmaterial i arbetet med psykisk ohälsa på husläkarmottagningar), lyfts fram som ett gott exempel. BUP uppfattar att vissa mottagningar inom det utökade uppdraget fungerar särskilt bra, till exempel genom att utbilda de anslutna husläkarmottagningar så att de kan avlasta mottagningarna med det utökade uppdraget och ge lågtröskelstöd till sina listade barn och unga. Det finns också exempel där BUP upplever att mottagningarna med det utökade uppdraget inte maktar med sitt uppdrag, har långa köer och därmed inte fungerar utifrån sitt uppdrag att ge snabb och lättillgänglig vård. Ibland är det inte heller lätt att avgöra om en patient ska få vård inom det utökade uppdraget eller inom BUP.

”Det är ju svårt att skilja en måttlig depression från en svår och vilken behöver medicinsk behandling och inte? Och när man dessutom har två aktörer med egna agendor som ska samsas om det här, det är ju som det är ju som gjort för att man ska tycka olika.” – Enhetschef 1 inom BUP

Det finns en uppfattning att det utökade uppdraget fungerar sämre i områden där också skolhälsovården har stora utmaningar och att en del mottagningar inte lever upp till uppsatta krav på personalens kompetens. När det gäller BUP:s belastning så upplever BUP att deras flöde av patienter med medelsvår till svår psykiatrisk problematik är konstant och inte har påverkats av arbetet inom det utökade uppdraget.

Samverkan och patienter som hamnar mellan stolarna

BUP upplever att mottagningar med det utökade uppdraget tolkar sitt uppdrag på olika sätt i förhållande till BUP:s uppdrag. Vissa mottagningar kan tänka sig att ge stöd till patienter som får medicin eller väntar på utredning inom BUP. Andra anser att det är viktigare att patienten får en sammanhållen vård och om patienten medicineras eller står i kö till utredning på BUP bör insatsen ges där. BUP å sin sida uppger att de i vissa fall har svårt att prioritera patienten, på grund av att de har svårare patienter som behöver insatsen mer. Det här innebär att en del patienter hamnar mellan stolarna.

”Barn med neuropsykiatriska diagnoser, framför allt autism som också har mildare psykiatrisk problematik. Då kan det också vara svårt att hitta naturlig plats... vi kanske inte kan prioritera för att det är ändå ganska lindrigt och det är också kanske symptom som är mer habilitering i sin natur. Att de liksom är varaktiga över tid. Habiliteringen kanske inte anser att det är deras uppdrag för att det ändå är psykisk ohälsa och första linjen

kan anse att det är lite för tungt om det är liksom neuropsykiatriska diagnoser.” – Enhetschef 1 inom BUP

Även mellan Malinamottagningarna och BUP finns det delvis olika syn på varandras uppdrag. BUP uppfattar att Malinamottagningarna mest gör konsultationer och inte så mycket behandling och att familjer som inte har så svår problematik snabbt remitteras till BUP (Malinamottagningarnas uppdrag är att ge kortare stödinsatser till föräldrar och blivande föräldrar samt konsultationer till barnavårdscentraler och barnmorskemottagningar, författarnas kommentar). BUP i sin tur kan anse att symtomen är för lindriga för att patienten ska behandlas inom där.

En väg in, som är BUP SLSO:s gemensamma ingång för en första kontakt, arrangerar samverkansmöten med mottagningar som har det utökade uppdraget för att dela erfarenheter och diskutera samverkan. Till dessa möten brukar 30–40 av mottagningarna komma, vilket är cirka hälften av alla mottagningar. Även öppenvårdsmottagningarna inom BUP som intervjuades har samverkansmöten med mottagningarna med utökat uppdrag som finns i deras upptagningsområden. Mötena sker oftast hos BUP. Samtliga intervjuade anser att dessa möten är av stort värde för samverkan mellan BUP och mottagningar med det utökade uppdraget.

Var är vägen in?

BUP upplever att både patienter och de själva har svårt att förstå vilken mottagning för det utökade uppdraget ett barn tillhör.

”Ett väldigt stort, väldigt stort hinder som jag tycker är också ett stort problem. Det är otydligheten i vart patienten ska vända sig, alltså när det gäller första linjen-mottagningar...och jag förstår att man kan vända sig till vårdcentralen där man är listad och de hjälper en vidare och så vidare. Men det är ju ganska ineffektivt och blir liksom ett ytterligare steg.” Enhetschef 1 inom BUP

”Det som vi som vi tog upp på senaste mötet som vi har funderat lite över, det är ju ja. Hur marknadsför sig de här mottagningarna? Hur vet man att det är dit man ska vända sig?” – Enhetschef 2 inom BUP

Respondenterna efterfrågar en översikt av mottagningarna med det utökade uppdraget. När BUP har bedömt att en patient bör få vård på nivå för det utökade uppdraget, upplevs det ineffektivt att remittera till en husläkarmottagning med basuppdrag där patienten är listad (vilken framgår av journalen). När BUP inte hittar rätt mottagare för remissen finns det risk att remissen skickas fel eller inte alls blir skickad.

Viktigt med adekvat kompetens för att den första bedömningen och triageringen ska bli korrekt

Triagering inom BUP är en uppgift som kräver gedigen erfarenhet av barnpsykiatriska patienter och som lägger grunden för vilken vård ett barn senare får. Inom de BUP-mottagningar som drivs av Region Stockholm sker triagering vid specialmottagningen En väg in, där både en psykolog och en läkare bedömer om en individ ska få komma till BUP eller inte. En synpunkt som framkommer i intervjuerna är att det kan vara svårt för en läkare på en husläkarmottagning att under ett kort möte bedöma vilken vårdnivå som är lämplig för en patient.

”Jag tycker egentligen inte att man ska gå via att man måste träffa en husläkare som kan ganska lite om det här, som på tio minuters tid ska avgöra om barnet behöver någonting. Jag tycker att det är en konstig omväg, speciellt då de varit här och vi har gjort en bedömning så tänker jag att det

borde gå att skicka remiss och direkt till sin förstalinjemottagning.” –
Enhetschef 3 inom BUP

Digitala formulär, som vissa mottagningar med det utökade uppdraget använder, upplevs kunna bidra till felaktiga bedömningar, som att patienter flaggas för problem som de visar sig inte ha (t.ex. bipolaritet eller schizofreni), medan bedömningsförfaranden där klinikern träffar patienten upplevs som mer gedigna. Sammanfattningsvis upplever respondenterna inom BUP att det är stora skillnader i hur barn och unga som söker vård inom Region Stockholm för psykisk ohälsa bedöms.

Enkät till husläkarmottagningar med utökat uppdrag

Vid tidpunkten för datainsamlingen (mellan december 2023 och februari 2024) utförde 78 husläkarmottagningar det utökade uppdraget, varav 21 använde en underleverantör.

Enkäten (Bilaga 4) skickades till verksamhetschefer vid samtliga 78 husläkarmottagningar och 66 (85%) av mottagningarna besvarade enkäten. Av de som besvarade enkäten använde 16 en underleverantör för uppdraget. De flesta som fyllde i enkäten var verksamhetschefer (58%). Övriga respondenter var psykologer och samtalsbehandlare (17%), enhetschefer och samordnare för det utökande uppdraget (12%), läkare (8%), eller tillhörde en annan yrkeskategori (3%, ex. sjuksköterskor).

Bemanningen för det utökade uppdraget varierar mellan mottagningar

Granskning av samtliga svar visar att mottagningar som använder underleverantörer har svårt att svara på frågor om bemanning. Vi presenterar således resultat för frågorna om bemanning enbart för husläkarmottagningarna utan underleverantör (n = 50).

Husläkarmottagningarna uppger att de i genomsnitt har 2,6 tjänster för det utökade uppdraget (variationsvidd: 0,7 – 6,3 tjänster). Antal tjänster för legitimerade psykologer varierar från 0 till 3,8 tjänster, med ett medelvärde på 1,6 tjänster per mottagning. Antal tjänster för läkare varierar från 0 till 2 tjänster, med ett medelvärde på 0,3 tjänster (se tabell 4).

Det nuvarande förfrågningsunderlaget specificerar att varje mottagning med det utökade uppdraget ska ha minst en legitimerad psykolog, minst två ytterligare samtalsbehandlare (d.v.s. tre samtalsbehandlare sammantaget) och minst en läkare. En respondent uppger att de inte har legitimerad psykolog (2%), 24 (48%) respondenter uppger att de inte har läkare, och 9 (18%) respondenter uppger att de har mindre än tre samtalsbehandlare. Tjugoåtta mottagningar (56%) uppfyller inte bemanningskraven på någon av dessa tre specifikationer (en läkare, en leg. psykolog, tre samtalsbehandlare).

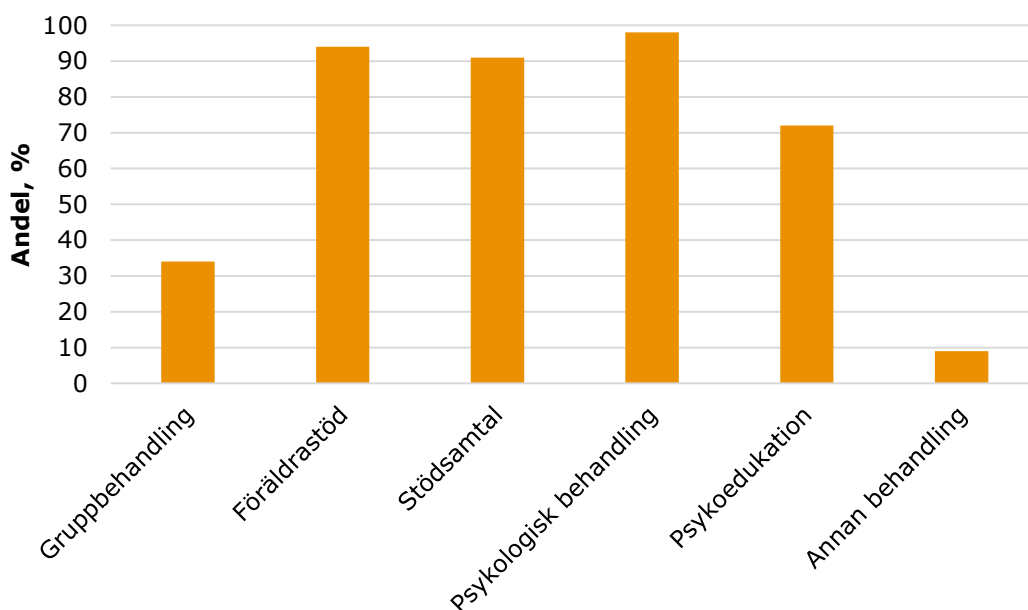
Tabell 4 Angiven bemanning (100% = en heltidstjänst) för det utökade uppdraget på husläkarmottagningar utan underleverantör (n = 50).

	Medel	Variationsvidd
Totala tjänster %	255	65 – 630
Leg. psykolog %	157	0 – 375
Läkare %	26	0 – 200
PTP-psykolog %	12	0 – 150
Leg. psykoterapeut %	23	0 – 100

I genomsnitt uppger mottagningarna en bemanning som motsvarar 2289 listade barn och ungdomar per heltidstjänst, med en variation mellan 96 och 6 366 patienter per heltidstjänst.

Mottagningarna erbjuder behandlingar enligt kraven

De flesta husläkarmottagningar som utför det utökade uppdraget uppger att de erbjuder psykologisk behandling (98%), föräldrastöd (94%), stödsamtal (91%), och psykoedukation (72%). Ungefär en tredjedel (34%) erbjuder gruppbehandling. En mindre andel (9%) erbjuder även andra insatser förutom ovanstående, såsom föräldrautbildning och internetbaserad KBT (figur 13).

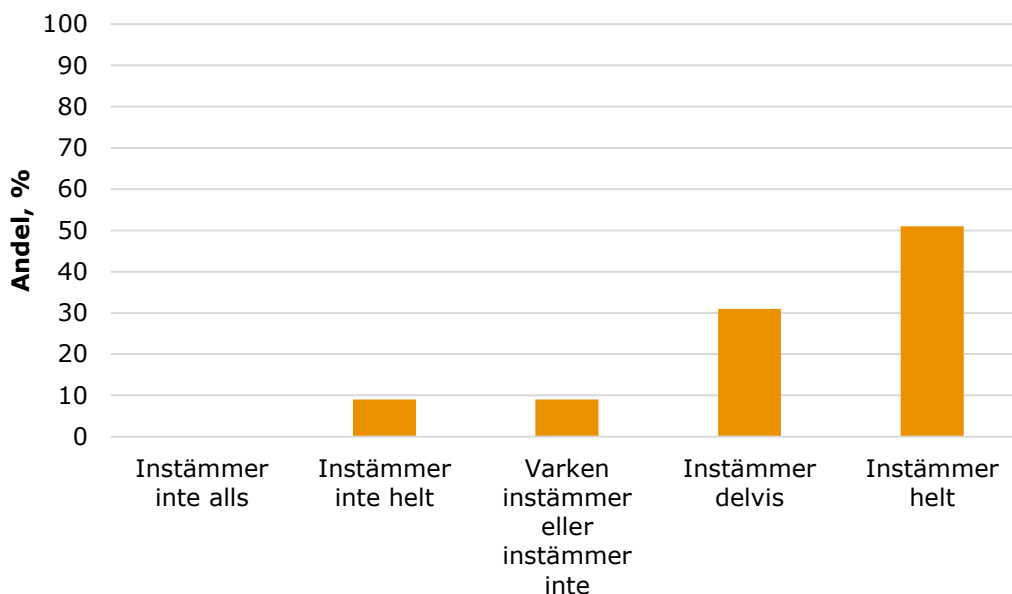


Figur 13. Andel respondenter som uppger att mottagningen erbjuder specifika behandlingsinsatser.

Respondenterna fick möjlighet att i fritext beskriva eventuella insatser som de skulle vilja erbjuda men saknar förutsättningar för. Bland de 27 respondenter som lämnade fritextsvar på denna fråga uppger 11 (40 procent) att de skulle vilja erbjuda gruppbehandlingar. De främsta skälen som anges till att inte erbjuda gruppbehandlingar rör brist på lokaler och patientunderlag. Fem respondenter uppger att de skulle vilja erbjuda internetbaserad KBT. Övriga önskemål är att kunna erbjuda fler gemensamma insatser med kommunen samt ökad kapacitet att erbjuda föreläsningar och gruppbehandlingar för föräldrar.

De flesta ansåg att kompetenskraven är rimliga men flera respondenter ville se stärkta krav på barnkompetens

För att undersöka respondenternas uppfattning om kompetenskraven tillfrågades de hur mycket de instämde med påståendet: "Kompetenskraven är rimliga för att kunna erbjuda vård enligt det utökade uppdraget". Majoriteten (82%) instämmer helt eller delvis med påståendet (figur 14).



Figur 14. Andel respondenter som instämmer med påståendet "Kompetenskraven är rimliga för att kunna erbjuda vård enligt det utökade uppdraget".

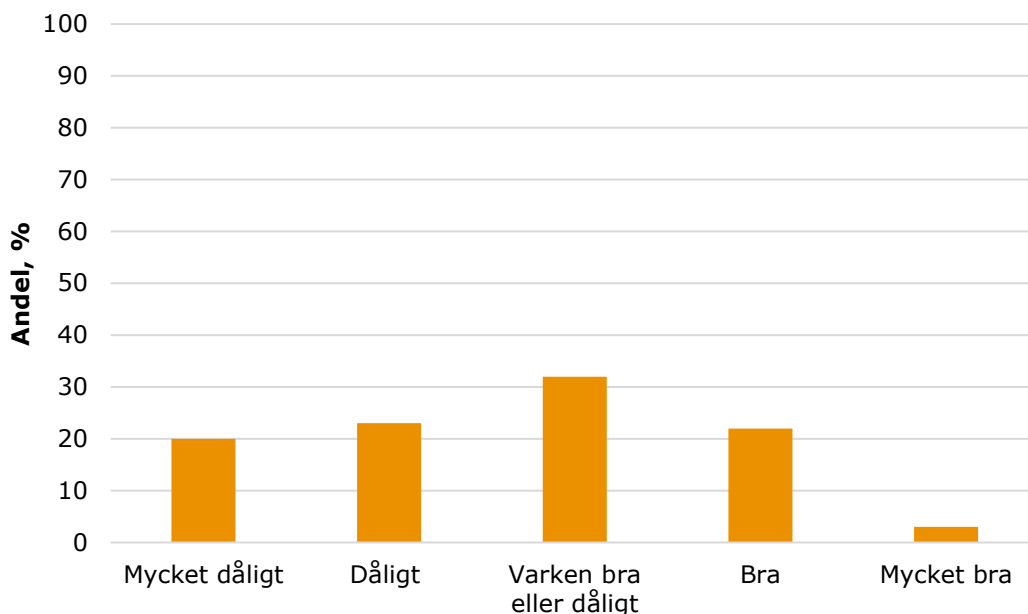
Det råder delvis delade uppfattningar gällande kompetenskraven bland de 27 respondenter som lämnade fritextsvar på frågan ifall de anser att kompetenskraven bör ändras och i så fall hur. Ungefär en femtedel uppger att barnkompetenskravet bör stärkas, bland annat genom att öka bemanningskraven så att minst två psykologer med barnkompetens ska finnas per mottagning. Ett par respondenter uppger att omfattningen av tjänsterna bör specificeras, antingen med krav på heltid eller i proportion till antalet listade barn och unga.

Närmare en tredjedel av respondenterna uppger att kraven bör anpassas efter mottagningens storlek eller att kraven som de är formulerade idag gör det svårt att rekrytera rätt kompetenser. Här framförs att små mottagningar har svårt att uppfylla bemanningskraven; att det är svårt att hitta barnkompetens bland psykologer; att kraven föranlett avtal med underleverantör på grund av bemanningssvårigheter på den egna mottagningen; samt att tillgängligheten kan öka ifall kravet på antal behandlare skulle bli mer flexibelt.

Två respondenter uppger att kravet på läkare är överflödigt, medan tre respondenter anser att det bör finnas ett specificerat krav på att psykologen med barnkompetens ska vara legitimerad.

Nära hälften uppger att ersättningsmodellen fungerar dåligt

För att undersöka hur respondenterna upplever dagens ersättningsmodell fick de besvara frågan hur väl de tycker att ersättningsmodellen fungerar med avseende på tillgänglighet och bemanning. Nästan hälften av respondenterna (43%) svarar att de tycker att ersättningsmodellen fungerar dåligt (23%) eller mycket dåligt (20%). Närmare en tredjedel är neutrala (32%) och en fjärdedel av respondenterna (25%) tycker att ersättningsmodellen fungerar bra (22%) eller mycket bra (3%, figur 15).



Figur 15. Andel respondenter som upplever att ersättningsmodellen fungerar bra, dåligt, varken bra eller dåligt eller bra och mycket bra.

Respondenterna kunde utveckla sina tankar i fritext genom att svara på frågan ”På vilket sätt?” och 40 personer lämnade svar på denna fråga. En majoritet (cirka 70%) av dessa anser att ersättningsmodellen är för låg i förhållande till uppdragets utformning och krav. Flera respondenter uppger att ersättningsmodellen inte räcker för att bekosta bemanningen som krävs för att möta kompetenskraven. Enligt respondenterna påverkades såväl kvaliteten som tillgängligheten negativt när ersättningsmodellen förändrades 2021. Några respondenter anser att ersättningen för digitala besök skulle behöva höjas och att det skulle behövas en specifik ersättning för telefonkontakter, för att öka tillgängligheten. Ytterligare synpunkter som framförs är att små mottagningar missgynnas av ersättningsmodellen, har svårt att bemanna enligt kompetenskraven och riskerar att inte kunna driva verksamheten.

Ungefär en tredjedel av de som lämnade fritextsvar uppger att ersättningsnivåerna är för låga för att kunna erbjuda de omfattande och förebyggande insatser, inklusive samverkan med andra aktörer. Här framkommer att många respondenter uppfattar barnuppdraget som komplext, utmanande och viktigt, med en tydlig önskan att kunna erbjuda ett brett utbud av insatser. Men ersättningen premierar korta insatser framför mer omfattande och samordnade insatser, enligt respondenterna.

Samverkan med skolor, husläkarmottagningar med basuppdrag och socialtjänst fungerar väl, samverkan med BUP behöver utvecklas och stärkas

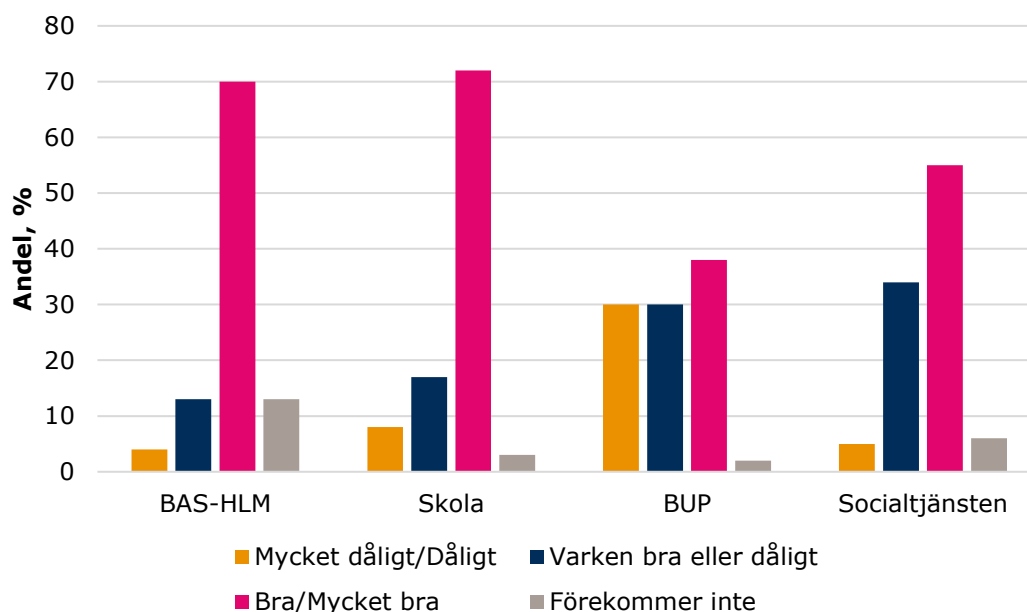
För att undersöka hur samverkan med andra aktörer upplevs, tillfrågades respondenterna hur de ansåg samverkan fungerar med olika vårdgrannar (se figur 16).

Husläkarmottagningar med basuppdrag: De flesta (70%) tycker att samverkan med BAS-mottagningarna fungerar bra eller mycket bra. Bara 4 procent tycker att det fungerar dåligt eller mycket dåligt. 13 procent uppger att samverkan med husläkarmottagningarna med basuppdrag inte förekommer.

Skola: De flesta (72%) tycker att samverkan med skolan fungerar bra eller mycket bra. Det finns dock vissa (8%) som tycker att den fungerar dåligt.

BUP: Mer än en tredjedel (38%) tycker att samverkan med BUP fungerar bra eller mycket bra, medan nästan en tredjedel (30%) tycker att samverkan med BUP fungerar dåligt eller mycket dåligt. Nästan en tredjedel (30%) är neutrala och tycker att den fungerar varken bra eller dåligt.

Socialtjänsten: Mer än hälften (55%) tycker att samverkan med socialtjänsten fungerar bra eller mycket bra. En tredjedel (34%) är neutrala och tycker att den fungerar varken bra eller dåligt. Bara ett fåtal tycker att samverkan med socialtjänsten fungerar dåligt eller mycket dåligt (5%). Sex procent uppger att samverkan med socialtjänsten inte förekommer.



Figur 16. Mottagningarna med det utökade uppdragets svar på frågan: Hur fungerar samverkan med omgivande aktörer?

BAS-HLM=Husläkarmottagningar med basuppdrag för barn och ungas psykiska hälsa.

Låga ersättningsnivåer upplevs försvåra samverkansmöjligheter

Respondenterna fick möjlighet att utveckla sin syn på samverkan och 51 respondenter skrev fritextsvar gällande hinder för samverkan.

Majoriteten uppger att den låga ersättningen försvårar samverkansmöjligheter på grund av tids- och resursbrist. Andra strukturella hinder som respondenterna anger är bland annat:

- tidsbrist hos samverkande verksamheter
- upplevd låg kännedom hos andra aktörer om det utökade uppdraget
- svårigheter att upprätta kontakt med relevanta aktörer och personer
- bristfällig struktur för informationsdelning och kontaktvägar
- otillräckliga strukturer för hur samarbete ska genomföras i praktiken
- samt otydliga mål för samverkansarbetet.

Mer än en tredjedel av de som lämnade fritextsvar uppger att samverkan med BUP är problematisk. Respondenterna beskriver frekventa remissavslag, långa väntetider och att patienter med tyngre problematik inte kommer till rätt vårdnivå i tid.

Respondenterna uppger även att samverkan med skolhälsovården innebär utmaningar, bland annat på grund av svårigheter att nå personal samt felställda remisser från elevhälsan. Även kontakten med socialtjänsten beskrivs som problematisk på grund av svårigheter att komma i kontakt med relevant personal. En minoritet av respondenterna (10%) har svårt att svara då uppdraget ligger hos underleverantör.

Tydliga kontaktvägar, regelbundna möten och goda relationer underlättar samverkan

Totalt lämnade 38 respondenter fritextsvar angående underlättande faktorer för samverkan. En majoritet av dessa berör vikten av regelbundna möten, tydliga kontaktvägar, etablerade rutiner och god kännedom bland andra aktörer om den egna verksamheteten för välfungerande samarbeten. Mer specifikt beskriver respondenterna att BUS-möten (samverkansmöten kring barn i behov av särskilt stöd), korta avstämningar, samt nätverksmöten med samverkande parter som elevhälsan och anslutna vårdcentraler underlättade samverkansarbetet. Att vara ansvarig för ett geografiskt område beskrivs av en respondent som en underlättande faktor, tack vare regelbundna klustermöten med andra aktörer.

Flertalet respondenter lyfter vikten av tydliga kontaktvägar och ansvarsområden, liksom goda relationer och väletablerade rutiner. Direktnummer för lätt och snabb kontakt med berörd personal inom olika verksamheter beskrivs som viktigt och önskvärt för framgångsrik samverkan. Ytterligare faktorer som beskrivs som främjande för samverkan är samlokalisering med kommunen.

Flera respondenter lyfter behovet av tydligare gränsdragningar och ansvarsfördelningar gentemot andra aktörer.

Samverkan med BUP bör stärkas

Bland de 37 respondenter som lämnade kommentarer på hur samverkan kunde stärkas uppger närmare en tredjedel att samarbetet med BUP skulle kunna förbättras. Förbättringsförslagen gäller bland annat förstärkta kommunikationsvägar med BUP och möjligheter till telefonkonsultation, samverkansmöten, tätare dialog, behov av samsyn kring verksamheternas olika uppdrag, samt förbättrade patientflöden för att minimera risken att patienter blir kvar inom det utökade uppdraget när specialistvård behövs.

Nästan hälften av respondenterna anser att samverkan generellt skulle kunna stärkas genom förbättrade strukturer, rutiner och prioriteringar. En förbättrad förståelse för olika verksamheters ansvar och uppdrag önskas, gemensamma ronder, frågeremisser, samt stimulans till samlokalisering.

Respondenterna anser att möjligheten att utbyta erfarenheter med andra mottagningar med det utökade uppdraget bör stärkas. Här framkommer också önskemål om fler forum för både formella och informella möten.

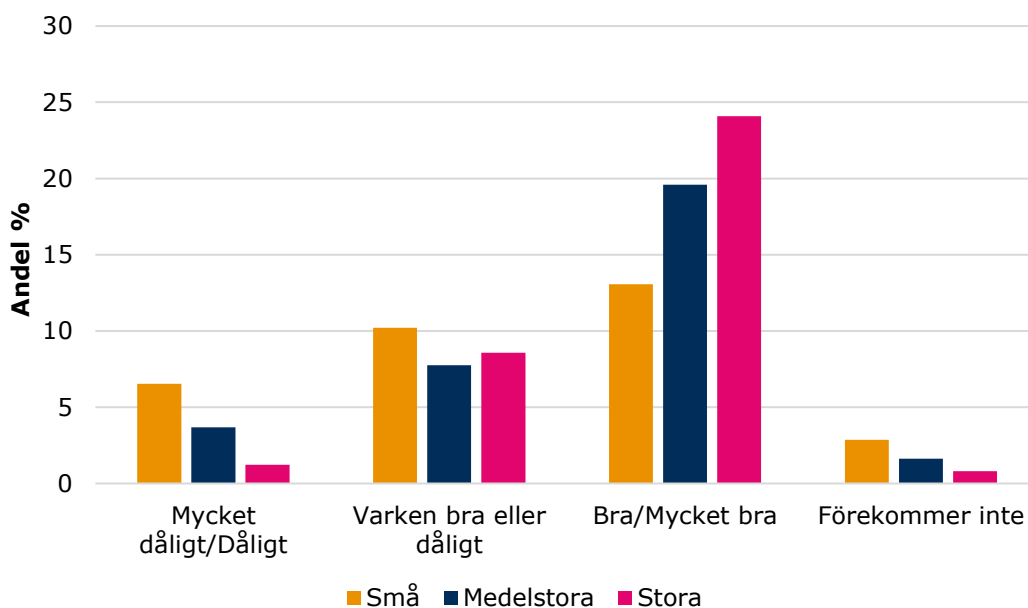
Förenklad kommunikation och stärkt samarbete med skolor är också viktigt, där information om det utökade uppdragets verksamhet behöver nå ut till berörda parter. Cirka en femtedel av respondenterna lyfter behovet av avtalsförändringar med stärkt ersättning för samverkan.

Övriga synpunkter och förslag är att handleda och erbjuda konsultationer till anslutna vårdcentraler med basuppdrag, behovet av granskning av vårdcentraler med basuppdrag, samt förbättrat inflöde till habiliteringen. Tre respondenter uppger positiva samverkanserfarenheter utan behov för förbättringar och två respondenter uppger att de inte kan utveckla sina svar på grund av att de anlitar underleverantörer.

Samverkan fungerar bäst på stora mottagningar

För att undersöka om det finns en skillnad mellan hur respondenterna från mottagningar med olika storlekar upplever samverkan med andra aktörer jämfördes andelen svar på varje svarsalternativ med mottagningens storlek (figur 17). Svarsalternativen sammanfogades till tre kategorier: ”dåligt/mycket dåligt”, ”varken bra eller dåligt”, och ”bra/mycket bra”. Svar för samverkan med olika aktörer (BUP, husläkarmottagningar med basuppdrag, skola, socialtjänsten och övriga aktörer) sammanfogades och presenteras nedan som ett sammanställt index för samverkan med andra aktörer.

Respondenter från små mottagningar utgör majoritet bland dem som tycker att samverkan fungerar dåligt (mycket dåligt/dåligt) och minoriteten som tycker detsamma är respondenter från stora mottagningar. Motsatsen gäller fördelningen för svarsalternativ ”bra/mycket bra”. Bland de respondenter som tycker att samverkan fungerar bra, är de flesta från stora mottagningar och minoriteten från små mottagningar. Sammanfattningsvis visar resultaten att respondenter från små mottagningar tycker att samverkan över lag fungerar sämre i jämförelse med de från medelstora och stora mottagningar, medan de som tycker att det fungerar bäst är respondenterna från stora mottagningarna. De flesta som rapporterar att samverkan inte förekommer är respondenter från små mottagningar.



Figur 17. Sammanställning av hur mottagningarna inom det utökade uppdraget uppger att samverkan med omgivande aktörer fungerar, utifrån mottagningens storlek (antal listade barn och unga): små, medelstora och stora mottagningar.

Förstärkta möjligheter till samverkan efterfrågas

De 31 respondenter som lämnade fritextsvar framför en rad synpunkter som gäller strukturförändringen av det utökade uppdraget. Här framkommer återigen uppfattningen att ersättningssystemet varken är hållbart eller dimensionerat för uppdragets storlek och otillräckligt för att kunna erbjuda adekvata insatser. Flera respondenter påpekar också, liksom i tidigare svar, att samverkan med BUP behöver förbättras.

Vidare uppger några respondenter att systemet med anslutna vårdcentraler inte fungerar optimalt. Respondenterna beskriver att dessa vårdcentraler hänvisar direkt till mottagningarna med det utökade uppdraget utan att erbjuda egna insatser och att

gränsdragningar och ansvar behöver förtydligas. Ytterligare en respondent påpekar att strukturen medför splittring kring patienter när exempelvis somatisk behandling sker på husläkarmottagningen med basuppdraget och psykologisk behandling sker på mottagningen med det utökade uppdraget.

Ett par respondenter uppger att det vore värdefullt med bättre samordning inom det utökade uppdraget. I dagsläget finns risk att mottagningar behöver ”uppfinna hjulet” var för sig i stället för att lära av varandra. Respondenterna efterfrågar regionsövergripande vägledning, till exempel i form av samverkansöverenskommelser, tillgång till behandlingsprotokoll, gemensamma rutiner, vårdinsatser och så vidare.

Respondenterna uppger att vårdbehovet tycks öka i takt med vårdutbudet. De ser också behovet av att evidensbaserade och effektiva behandlingar inom det utökade uppdraget utvecklas. En respondent beskriver att bättre integration i vårdcentralens övriga verksamhet vore önskvärt.

Ett antal respondenter menar att uppdragets utformning i teorin är god, men att uppdraget i kombination med otillräckliga resurser skapar stress och begränsningar i vad som kan erbjudas patienterna i praktiken.

Respondenterna ser också behovet av ökat preventivt arbete för att främja barns motståndskraft och öka deras psykiska välmående, och därigenom stärka tillgängligheten för de patienter som behöver vården mest. Fem respondenter beskriver att strukturförändringen på det stora hela fungerar bra och varit positiv.

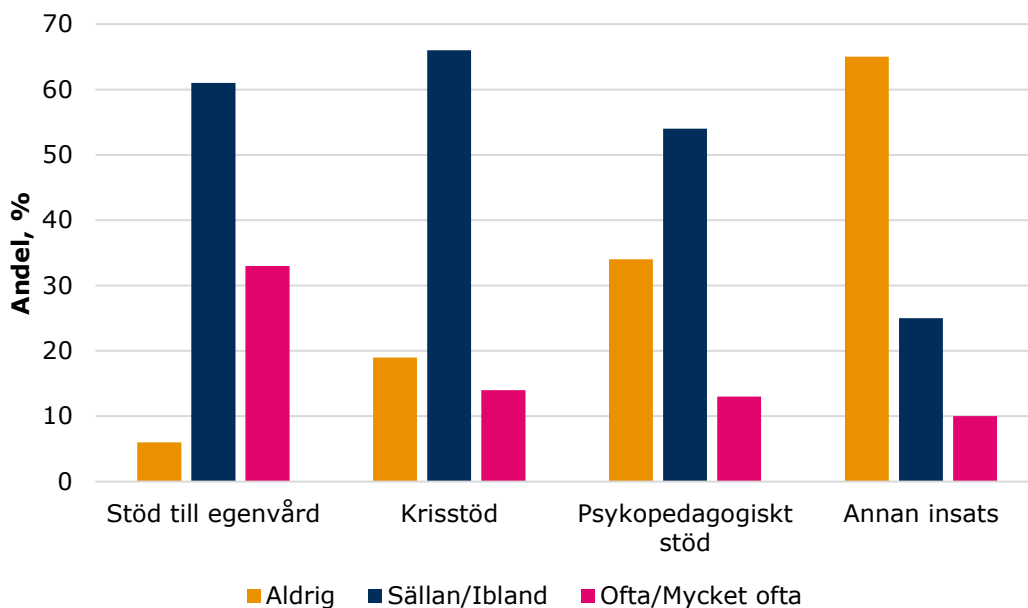
Enkät till husläkarmottagningar med basuppdrag

Vid tidpunkten för datainsamlingen (mellan februari – mars 2024) fanns det 152 husläkarmottagningar i regionen som var anslutna till en annan husläkarmottagning för det utökade uppdraget. Enkäten skickades till verksamhetschef vid samtliga 152 mottagningar och av dessa besvarade 118 (78%) enkäten. Fem svar exkluderades på grund av att respondenterna uppgav att de jobbade på en mottagning med det utökade uppdraget. Resultat nedan presenteras därför för 113 husläkarmottagningar som inte själva utför det utökade uppdraget.

Husläkarmottagningar med basuppdrag erbjuder i varierande mån grundläggande insatser för barn och unga med mild till måttlig psykisk ohälsa

Respondenterna tillfrågades om vilka insatser för barn och unga (6–17 år) med mild till måttlig psykisk ohälsa de själva erbjuder utifrån hur ofta (aldrig, sällan, ibland, ofta, mycket ofta) de erbjuder stöd till egenvård, krisstöd och psykopedagogiskt stöd. De flesta respondenter uppger att de erbjuder grundläggande insatser sällan eller ibland. Enbart en tredjedel av respondenterna uppger att de erbjuder stöd till egenvård ofta eller mycket ofta, medan 13 respektive 14 procent uppger att de erbjuder krisstöd eller psykopedagogisk stöd ofta eller mycket ofta. Mer än en tredjedel uppger att de aldrig erbjuder psykopedagogisk stöd och nästan en femtedel att de aldrig erbjuder krisstöd (se figur 18).

39 respondenter uppger att de erbjuder ”annan insats” till barn och unga med mild till måttlig psykisk ohälsa. Av dessa lämnade 24 respondenter fritextsvar där de beskriver insatserna, vilka inkluderade: (1) föräldrastöd och föräldrautbildning (4 svar); (2) KBT, psykoterapi (3 svar); (3) rådgivning och stödjande samtal (4 svar); (4) remiss eller hänvisning till andra verksamheter, exempelvis mottagningen med det utökade uppdraget, beroendevård, socialtjänsten (9 svar); (5) första kartläggning (2 svar); (6) uppföljning av ätstörningspatienter (2 svar).

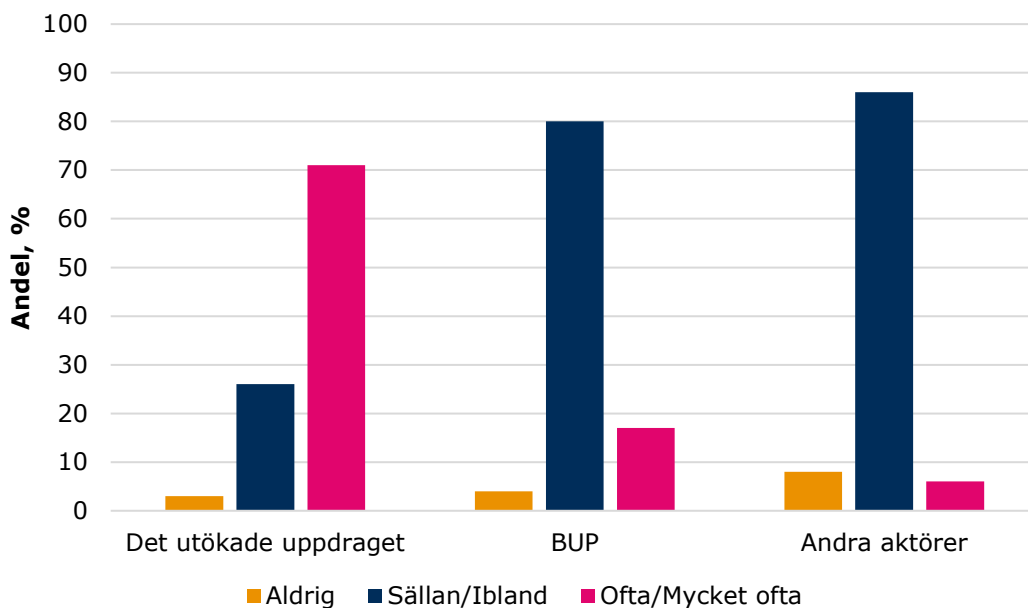


Figur 18. Andel respondenter inom husläkarmottagningar med basuppdrag som uppger att mottagningen aldrig, sällan/ibland eller ofta/mycket ofta erbjuder specifika behandlingsinsatser.

De flesta husläkarmottagningar med basuppdrag remitterar eller hänvisar ofta till det utökade uppdraget

Respondenterna tillfrågades vilka aktörer de remitterar eller hänvisar barn och unga med psykisk ohälsa till, genom att uppge hur ofta (aldrig, sällan, ibland, ofta, mycket ofta) de hänvisar eller remitterar till mottagningen med det utökade uppdraget, BUP, eller andra aktörer (Habilitering, Ungdomsmottagning, Socialtjänsten, Mini-Maria).

Mer än två tredjedelar (71%) av respondenterna uppger att de remitterar eller hänvisar ofta eller mycket ofta till den mottagning med det utökade uppdraget som de är anslutna till. De flesta uppger att de även hänvisar eller remitterar sällan eller ibland till BUP (80%) och andra aktörer (86%; se figur 19).



Figur 19. Andel respondenter som uppger att mottagningen aldrig, sällan/ibland eller ofta/mycket hänvisar eller remitterar till vårdgrannar.

Samarbetet mellan husläkarmottagningarna med basuppdrag och mottagningarna med det utökade uppdraget varierar

Respondenterna fick möjlighet att lämna övriga kommentarer eller synpunkter, 23 av de 113 respondenterna lämnade svar. Många kommenterar samarbetet mellan den egna mottagningen och husläkarmottagningen med det utökade uppdraget som de är anslutna till. Upplevelserna av detta samarbete varierar. Vissa uppger att de är mycket nöjda med samarbetet. Andra är inte alls nöjda, varav en respondent uppger att mottagningen med det utökade uppdraget inte har resurser att ta emot alla barn och att de därför själva behöver erbjuda utökade insatser. Två respondenter uppger att deras mottagning för det utökade uppdraget har en underleverantör, varav den ena respondenten är mycket nöjd med underleverantörens arbete medan den andra är missnöjd på grund av långa väntetider.

Upplevelsen av hur uppdraget fungerar över lag varierar. Enbart en respondent uppger att uppdraget fungerar väl medan övriga upplever att uppdraget inte är optimalt organiserat och att det har blivit otydligt för familjerna var de ska vända sig. Andra respondenter framför olika utvecklingsmöjligheter, till exempel önskemål om att det uppdraget ska vara centraliserat i stället för att delvis ligga hos varje enskild vårdcentral.

Enkät till patienter som sökt vård inom det utökade uppdraget eller en Malinamottagning

För att undersöka patienters väg in till en Malinamottagning och en husläkarmottagning med det utökade uppdraget tillfrågades patienter i en kommun med blandad sociodemografisk sammansättning hur de hittat till vården. Under perioden januari 2022 till och med april 2024 (januari 2023 till april 2024 för Malinamottagningen) fick alla patienter som fått ett besök på Malinamottagningen eller det utökade uppdraget en enkät med ett svarskuvert. Svarefrekvensen var cirka 15 procent för Malinamottagningen och cirka 20 procent för det utökade uppdraget.

Patienter kommer till Malinamottagningen via BVC och till det utökade uppdraget på flera olika sätt

Svaren visar att de flesta patienter, 81,1 procent, kommer till Malinamottagningen via BVC eller familjecentralen och att 10,8 procent kommer via vårdcentralen. Få kommer via andra kontaktvägar.

För det utökade uppdraget uppger 31,6 procent att de kommer från en husläkarmottagning med basuppdrag, 25,3 procent via skolan eller förskolan, 20,0 procent uppger att de kommer på egen hand, utan hjälp av en annan person, 9,5 procent anger att de uppmanades att söka vård av familj och vänner och 6,3 procent att de kommer via BUP.

Diskussion

Rapporten har följt upp de strukturella förändringarna av det utökade uppdraget som infördes 2021 och 2022 i Region Stockholm. Syftet har varit att undersöka om strukturförändringarnas mål verkar ha förverkligats eller om det finns områden där förutsättningarna att nå strukturförändringarnas mål behöver stärkas. Huvudsakliga fynd sammanfattas nedan och därefter följer en beskrivning av utvecklingsområden och rekommendationer.

Andelen vårdbesök har ökat bland de yngsta barnen men minskat bland de äldre barnen

Den här rapporten visar att strukturförändringen inom primärvården för barn och unga med psykisk ohälsa sammanfaller med ett trendbrott för andelen 6–17-åringar som har sådan kontakt. Efter strukturförändringen ses en minskad andel besök i målgruppen. Denna minskning står i kontrast till andelen barn i åldrarna 0–5 år som har kontakt med primärvården för psykisk ohälsa, som sedan införandet av Malinamottagningar år 2022 har ökat tydligt. För denna åldersgrupp verkar omorganisationen och inrättandet av dessa specifika småbarnsmottagningar hänga samman med en ökning av vårdkontakter i målgruppen.

Det finns flera tänkbara förklaringar till att andelen 6–17-åringar som har kontakt med primärvården för psykisk ohälsa minskat sedan år 2021. Minskningen kan delvis förklaras av att barn och unga med adhd-frågeställning, som tidigare utretts inom BUMM (inom tilläggsuppdrag adhd), numera utreds på BUP (BUMM har dock kvar utredningsansvar för adhd-frågeställning för barn och unga från 10 år och uppåt). Eftersom BUP har en ökning av andelen besök under samma tidsperiod är detta en trolig förklaring (se figur 5 i resultatdelen). Även förändringen av incitamentsstrukturen, där en större andel av mottagningarnas ersättning utgörs av kapitering (ersättning för antal listade barn och unga) och en lägre andel utgörs av ersättning för besök, kan ha påverkat andelen barn som får vård inom det utökade uppdraget. Covid-19-pandemin är sannolikt inte en bidragande faktor eftersom en tidigare kartläggning visat att andelen barn och unga som sökt vård för psykisk ohälsa under pandemin ökade och att primärvården ställde om till digitala besök för att tillgodose vårdbehoven (3).

Stora och medelstora mottagningar ger mer vård än små mottagningar. Rapporten visar också att det råder stor variation i storlek på mottagningar (vad gäller antal listade barn och unga) samt antal patientbesök i förhållande till antal listade barn och unga. I genomsnitt ger små mottagningar vård till hälften så många barn och unga per 1000 listade jämfört med medelstora och stora mottagningar.

Resursstarka familjer får mer vård

I kommuner och stadsdelar med hög utbildningsnivå och få utlandsfödda invånare har barn och unga en högre andel besök inom det utökade uppdraget. Eftersom forskningsstudier har visat att utrikesfödda barn och unga, framför allt med flyktningbakgrund, har ökad risk för psykisk ohälsa (4, 5), samt att socioekonomisk utsatthet och psykisk ohälsa korrelerar (6), är det oroväckande att konsumtionen av vård för psykisk ohälsa är lägre bland barn och unga i kommuner och stadsdelar med låg utbildningsnivå och en stor andel utlandsfödda jämfört med mer välbärgade områden. En tidigare rapport från CES har visat att självrapporterad psykiska ohälsa är högst bland vuxna kvinnor och män och tonårspojkar i bostadsområden med låg socioekonomi, men att vårdanvändning för psykiska besvär inte är högre i dessa områden. Det tyder på att vårdbehov inte tillgodoses (7). Även den här rapportens resultat pekar på att familjer i kommuner och stadsdelar med låg utbildningsnivå och

stor andel utlandsfödda inte nås av stöd inom det utökade uppdraget i samma utsträckning som familjer i kommuner och stadsdelar med hög utbildningsnivå och liten andel utlandsfödda.

Även för Malinamottagningarna är det stora skillnader mellan kommuner och stadsdelar när det gäller hur stor andel av barnen i målgruppen som erhåller vård. Här antas både avståndet till de sex Malinamottagningarna och områdets sociodemografiska sammansättning spela in. Tre av de fyra kommuner och stadsdelar med högst andel besökare till Malinamottagningarna sammanfaller med tre av Malinamottagningarnas placeringar: Södermalm, Huddinge och Bromma. De tre kommuner med lägst andel besökare till Malinamottagningarna ligger alla långt från närmaste Malinamottagning: Upplands Bro, Södertälje och Sigtuna.

Utvecklingsområden och rekommendationer

Nedan följer de utvecklingsområden som framfördes av CES i 2018 års uppföljningsrapport, om utvecklingsområdena har tillgodosetts eller om de kvarstår som utvecklingsområden utifrån rapportens resultat. Därefter diskuterar vi övriga utvecklingsområden och rekommendationer som framkommit under dataanalysen för denna rapport.

Bemanning

Det första utvecklingsområdet i 2018 års rapport innefattade att antalet anställda borde utökas och omfatta mer än 1 – 2 psykologer. För att möta denna rekommendation innebar förändringen 2021 att varje husläkarmottagning med det utökade uppdraget skulle ha minst en leg. psykolog och ytterligare två samtalsbehandlare, men anställningarnas omfattning specificerades inte i procent (av heltid).

Enkätsvaren pekar på en stor variation mellan mottagningar angående bemanning. Flera mottagningar uppger en bemanning som inte möter bemanningskraven. Andra anger ett realistiskt stort antal anställda inom det utökade uppdraget. Sammantaget är svaren på frågan om bemanning svåra att tolka och indikerar *ett behov av att på ett strukturerat sätt följa upp mottagningarnas bemanning*. Vidare rekommenderar vi att *bemanningskraven specificeras både antal och omfattning* av anställda i uppdragsbeskrivningen.

Geografisk spridning och tillgänglighet

Det andra utvecklingsområdet innefattade en rekommendation för en jämnare geografisk spridning av mottagningar för att underlätta tillgänglighet och samverkan.

Den här rapporten visar att det nu finns mottagningar (en eller flera) i de flesta stadsdelar och kommuner. Trots det visar analyser att det finns stora skillnader i andel besök mellan kommuner och stadsdelar. I kommuner och stadsdelar med en hög andel svenskfödda och högutbildade har en större andel barn och unga fått hjälp inom det utökade uppdraget. Dessutom varierar mottagningarna betydligt i storlek, vilket påverkar andelen barn som får vård (lägre andel barn får vård vid små mottagningar).

För att underlätta jämlik tillgänglighet *bör antalet utförare av det utökade uppdraget minskas. Stora och mellanstora aktörer ger enligt föreliggande rapport i genomsnitt dubbelt så många barn och unga minst ett vårdbesök per 1000 listade. Har aktörerna dessutom ett ansvar för ett geografiskt område* underlättas samverkan med omgivande aktörer i området, såsom skola och socialtjänst. Det kan antas vara särskilt viktigt inom det utökade uppdraget, där patienterna enligt den här rapporten hänvisas från många olika aktörer.

Kompetens för de yngsta barnen

Det tredje utvecklingsområdet rörde sig om ett behov av förstärkt kompetens för barn i åldrarna 0–3 år. Behovet har tillgodosetts 2022 då sex Malinamottagningar infördes. Dessa har ett geografiskt områdesansvar och samlad psykologkompetens för att erbjuda psykologiskt stöd och behandling för lindring till måttlig psykisk ohälsa hos barn 0–5 år samt blivande föräldrar. Resultat från VAL-data visar att BUP:s andel av besökare bland de yngsta barnen minskat. Samtidigt har andelen av de yngsta barnen på Malinamottagningarna ökat (efter 2022) jämfört med andelen barn inom de tidigare tilläggsuppdragen på BUMM och husläkarmottagningarna (före 2022).

Andelen barn med besök på Malinamottagningarna skiljer sig mellan kommuner och stadsdelar och att ett fortsatt arbete behövs för att jämna ut dessa skillnader. Intervjuer med BUP visar också att gränsdragningar mellan BUP och Malinamottagningarnas ansvarsområden behöver tydliggöras.

Samverkan

Det fjärde utvecklingsområdet handlade om ett behov att stärka det interna samarbetet mellan psykologer och läkare inom mottagningen samt samverkan externt med andra aktörer.

Data från enkäter och intervjuer antyder att läkarens roll inom det utökade uppdraget bör tydliggöras, men att läkarens roll inte behöver utökas. Vidare framgår att samverkan anses vara mycket viktigt för uppdraget, men att det försvåras av den nuvarande ersättningsmodellen.

Av alla mottagningar med det utökade uppdraget deltar en signifikant andel (cirka hälften) inte aktivt i möten med BUP En väg in eller i nätverksmöten för det utökade uppdraget, enligt intervjuerna.

Tid och resurser till att utveckla samarbeten, erbjuda konsultationer, bygga relationer och ha regelbunden kontakt med exempelvis skola, BUP, husläkarmottagningar med basuppdrag och socialtjänst framkommer som framgångsfaktorer för säkra patientflöden och ökad tillgänglighet. I intervjuerna framkommer att mottagningar med välutvecklade samverkansrutiner är relativt stora (vad gäller patientunderlag) och har utarbetade rutiner för samverkan med kommun och andra aktörer, medan små mottagningar kan ha svårt att samverka, vilket i sin tur tycks bero på begränsade resurser, styrning och rutiner. Ytterligare en framgångsfaktor för samverkan verkar vara samlokalisering med socialtjänsten, vilket möjliggör en tät och direkt kontakt mellan aktörerna och därmed lättillgängliga insatser för berörda familjer. Denna samverkansform används dock bara av två mottagningar.

Samverkan kan också tänkas bidra till ökad tillgänglighet bland grupper som riskerar underkonsumtion och icke tillgodosedda vårdbehov. En nyligen publicerad studie visar att remitterande och hänvisande instanser är centrala för att utrikesfödda barn ska få tillgång till vård för psykiska besvär (8) och hälsokommunikation samt kommunala utbildningsinsatser har tidigare föreslagits som åtgärder som kan stärka överbyggandet av hinder i områden där till exempel kunskapen om psykiatrisk vård är begränsad (9). Förutom stärkta strukturer och rutiner kan någon form av incitament för samverkan övervägas.

Gränser mellan BUP och det utökade uppdraget

Det sista utvecklingsområdet från förra rapporten rörde sig om ett behov av tydligare gränser mellan BUP och det utökade uppdraget när det gäller ansvarsfördelning för patientgrupper.

Den här rapporten pekar mot att det fortfarande finns ett *behov av tydligare riktlinjer, framför allt när det gäller olika patientgrupper som hamnar mellan stolarna*. Det finns en osäkerhet kring var de mångtaliga patienter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och samtidig ångestproblematik bör behandlas. Detta gäller även för patienter med ätstörningar som inte kommit in i specialiserad vård på BUP eller SCÄ.

I en del områden leder resursbrist inom BUP till långa väntetider och till att mottagningar inom det utökade uppdraget behöver ta hand om patienter med vårdbehov som kräver mer omfattande insatser än vad mottagningarna egentligen ska eller kan erbjuda. Detta riskerar att skapa undanträngningseffekter för den egentliga målgruppen för det utökade uppdraget.

Kommunikationen bör stärkas

Ytterligare ett utvecklingsområde som framkommit är att det behövs en mer *tydlig kommunikation om det utökade uppdraget, inte minst i form av ett namn* för dessa mottagningar.

Flera av de intervjuade respondenterna vittnar om svårigheten att förstå vilka husläkarmottagningar som har det utökade uppdraget, vilken husläkarmottagning med det utökade uppdraget en patient tillhör, samt hur både professionella (t.ex. BUP eller skola) och enskilda individer kan komma i kontakt med de utökade insatserna. Att barn och unga ska gå via den husläkarmottagning där de är listade upplevs som en omväg, som kan hindra både remisser och individer att hitta rätt. Flera respondenter vittnar om att de är osäkra på om familjer ens känner till att barn och unga kan få hjälp inom det utökade uppdraget.

Den kommun som når den största andelen listade barn och unga är Värmdö med sin mottagning Hamnen inom Gustavsbergs vårdcentral. Hamnen är etablerad sedan länge, det finns ett samarbete och en samlokalisering med familjebehandlare inom socialtjänsten. Dessutom har mottagningen områdesansvar för hela kommunen, vilket underlättar samarbetet med omgivande aktörer som exempelvis kommunens skolor. Mottagningen har också ett namn, Hamnen. Det innebär att både familjer och samverkande aktörer lättare kan prata om och referera till mottagningen.

Svårigheter för husläkare att bedöma och triagera barn och unga med psykisk ohälsa

I nuvarande vårdmodell är husläkarmottagningarna navet i vården, vilket syftar till att underlätta för familjer att söka vård, oavsett om det handlar om somatiska eller psykiska symtom. En fördel med denna organisation är att läkare direkt kan beställa prover för att utesluta somatisk grund vid exempelvis magsymtom, vilket är ett nödvändigt steg i dessa fall. Nackdelen med systemet är att tidspressade husläkare kan ha svårt att under ett kort patientbesök bedöma och avgöra vart ett barn ska hänvisas för att få behandling för psykisk ohälsa. Det kan leda till att patienter hänvisas till fel instans (exempelvis till BUP i stället för det utökade uppdraget), ineffektivitet med dubbla bedömningar samt vårdtrötthet hos patienterna. Det är särskilt allvarligt om barnet eller ungdomen redan från början är tveksam till att söka hjälp. Det kan också vara mindre tilltalande för en familj att söka vård för psykisk ohälsa vid en husläkarmottagning med basuppdrag där sådan vård inte finns att tillgå.

Systemet riskerar att leda till en ojämlig vård, där barn och unga som tillhör en husläkarmottagning som har det utökade uppdraget lättare kan söka och få hjälp, jämfört med barn och unga som är listade på en mottagning som inte har det utökade uppdraget. En möjlig lösning skulle vara att både samverkande aktörer (skola, socialtjänst, BUP) och familjerna själva kan vända sig direkt till den mottagning som har

det utökade uppdraget och därmed få en mer likvärdig bedömning av personal som har kompetens inom psykisk ohälsa hos barn och unga.

Referenser

1. Sirén AL, Wicks S, Lindberg L, Dalman C. Uppföljning av första linjen psykisk ohälsa barn och unga. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2018. CES mars 2018
2. Förändringar i vårdutbudet för barn och unga vid psykisk ohälsa. 2023. forandringar_vardutbudpsykiskohalsa_barnunga.pdf | Vårdgivarguiden (vardgivarguiden.se)
3. Ohlis A, Wicks S, Waleh Åström A, Dalman C. Vård för psykisk ohälsa under covid-19-pandemin. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. CES 2021:3
4. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005; 365: 1309-1314
5. Kien C, Sommer I, Faustmann A, et al. 2019. Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers in European Countries: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(10), 1295–1310.
6. Folkhälsomyndigheten, Ojämligheter i psykisk hälsa. Kunskapssammanställning. 2019. Artikelnummer: 18122
7. Jablonska B, Dalman C, Wicks S. Förekomst av psykisk ohälsa och vårdkonsumtion i Stockholms län bland ungdomar och vuxna Geografisk variation och samband med bostadsområdets socioekonomiska struktur. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2021. CES 2021:4
8. Gubi E, Hollander A-C, Bäärnhielm S. “I had no idea there were psychiatric clinics for children”: A qualitative study of how migrant parents reach Swedish mental health services for their children. *Transcultural Psychiatry*. 2024;0(0)
9. Åhlén J, Dal H, Muwonge J, Lundin A, Wicks S. Psykisk ohälsa i Stockholms län – nuläge och förslag. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2022. Rapport 2022:13.

Bilagor

Bilaga 1. Metod

För att genomföra uppföljningen har data från olika källor insamlats och analyserats. Följande datakällor har använts:

Registerdata

Region Stockholms administrativa vårdregister, VAL-databaserna, har använts för att undersöka vårdkonsumtion för psykisk ohälsa bland barn och unga 0–17 år i Stockholms län under tidsperioden 1 januari 2023 till och med 31 december 2023. En vårdkontakt definieras som ett fysiskt eller digitalt besök på mottagningar som har det utökade uppdraget. Vi har även analyserat vårdbesök på Malinamottagningar och på barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar. För att studera utveckling av vårdkonsumtion över tid har vårdkontakter under tidsperioden 2014–2023 undersökts.

Norrtälje kommun ingår inte i analysunderlaget eftersom de har en annan vårdmodell.

Semistrukturerade intervjuer

Semistrukturerade intervjuer genomfördes med:

- 1) Ansvariga chefer (eller motsvarande) för det psykosociala teamet vid ett urval av husläkarmottagningar med det utökade uppdraget (bilaga 2).
- 2) Enhetschefer för två BUP-öppenvårdsmottagningar i Stockholm samt enhetschefen för BUP En väg in (bilaga 3).
- 3) Verksamhetschefer eller enhetschefer för mottagningar som är underleverantörer till husläkarmottagningar som har det utökade uppdraget.

Urval för intervjuer

Urvalet för intervjuer med representanter för det utökade uppdraget gjordes med syfte att inkludera mottagningar med variation utifrån olika faktorer: a) antal listade barn och unga under en specifik månad, b) typ av vårdgivare (mottagningar som drivs av Region Stockholm och privata aktörer), c) upptagningsområdets socioekonomi, d) hur länge mottagningen hade varit etablerad, samt e) geografisk placering.

Urvalet för intervjuer med enhetschefer för BUP öppenvårdsmottagningar gjordes med hänsyn till ägandeform, geografi och upptagningsområde och inkluderade därför en privatdriven och en offentlig mottagning, belägna i norra och södra Stockholms län och med socioekonomisk variation sinsemellan vad gäller respektive mottagnings upptagningsområde. Samtliga underleverantörer i regionen kontaktades via e-post. De som intervjuades var fyra chefer för de underleverantörer som svarade först.

Metod för transkribering och analys av intervjuer

Intervjuer med det utökade uppdraget och med BUP genomfördes via Teams och spelades in med samtycke från de intervjuade. Intervjuerna transkriberades och transkripten analyserades med utgångspunkt i intervjuguidens frågeområden för att identifiera mönster och teman i intervjuerna. Intervjuerna med underleverantörerna genomfördes via Teams eller telefon och transkriberades under intervjuens gång.

Enkäter

- 1) En webbenkät skickades till verksamhetschefer vid samtliga husläkarmottagningar som har det utökade uppdraget (bilaga 4).

2) En webbenkät skickades till verksamhetschefer vid samtliga husläkarmottagningar som inte har det utökade uppdraget, men som har ett grundläggande uppdrag för barns psykiska hälsa (husläkarmottagningar med basuppdrag) (bilaga 5)

3) En enkät delades ut till alla barn, ungdomar och föräldrar som har sökt vård för psykisk ohälsa vid Rudans husläkarmottagning i Haninge. Denna enkät ingick i ett pågående forskningsprojekt vid Karolinska Institutet, som syftar till att öka tillgängligheten till det utökade uppdraget och Malinamottagningar.

Webbenkäterna innehöll frågor med fasta svarsalternativ och frågor som kunde besvaras med öppna svar i fritextsvar. Resultaten från frågorna med fasta svarsalternativ redovisas med frekvenstabeller: fritextsvaren analyserades för gemensamma teman och redovisas narrativt.

Övrig information om analyser

För att undersöka om förhållandet mellan respondenternas enkätsvar och deras mottagningars egenskaper jämfördes svaren till mottagningarnas storlek och produktion. Storlek definierades som "antal listade barn och unga" (per november 2023). Mottagningarna delades in i tre lika stora grupper med avseende på antal listade barn och unga. Variationsvidd för de små mottagningar var mellan 372 och 1 968 listade barn och unga, mellan 2 682 och 6 904 för de medelstora och mellan 7 011 och 16 752 listade barn och unga för de stora mottagningarna. Dessa resultat presenteras för 49 husläkarmottagningar med det utökade uppdraget (50 mottagningar utan underleverantör bortsett från en mottagning där uppgifter saknades). Produktion definierades som antal besök under november 2023 per 1000 listade barn och unga per samma månad. Mottagningarna delades in i tre lika stora grupper med låg-, medel- och hög produktion respektive. Dessa resultat presenteras för 44 UU HLM (50 UU mottagningar utan underleverantör bortsett från sex mottagningar där uppgifter saknades).

Bilaga 2. Intervjuguide till husläkarmottagningar med det utökade uppdraget

Introduktion

Hej [den intervjuades namn],

Mitt namn är [intervjuarens namn] och jag arbetar på Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES).

Jag är intresserad av hur ni arbetar med det UU för barn och unga med psykisk ohälsa. Syftet med intervjun är att undersöka hur den organisatoriska förändringen inom första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa har fungerat.

Resultaten från den här intervjun kommer att sammanställas i en rapport vid CES och dina svar är konfidentiella. För att vara säkra på att vi får med all information du ger vill vi spela in det här samtalet. Vi kommer att spara inspelningen på en datafil med begränsad åtkomst och förstöras när vi har sammanställt alla intervjuer. Går det bra för dig?

Den här intervjun kommer att ta ungefär 45–60 minuter.

Är det något du undrar över?

Intervjuguide

Tillgänglighet

1. Första linjens uppdrag är att ge tidig vård och tidiga insatser, vilket förutsätter en lättillgänglig vård.
2. Hur ser förutsättningarna ut för att erbjuda bedömning och påbörja insatser i rimlig tid förhållande till behovet/vårdbegäran?
3. Finns det något som hindrar att ge tillräcklig vård enligt patientens behov? I så fall, vad?
4. Vilka förutsättningar finns på mottagningen för att ge vård enligt vårdgarantin? (vårdgarantin: kontakt första dagen och medicinsk bedömning av legitimerad personal inom 3 dagar)
5. Framgångsfaktorer, t ex i arbetssätt, för att uppnå god tillgänglighet?
6. Hinder för tillgänglighet?

(Fråga till mottagningar etablerade före 2021)

7. Det utökade uppdraget som infördes 2021 innebär att alla HLM ska ge vård för psykisk hälsa för barn och unga mellan 6 och 17 år, antingen själva eller genom att ansluta sig till en annan husläkarmottagning som erbjuder det.
8. Har tillgängligheten blivit bättre/sämre efter införande av denna organisationsförändring? Har förutsättningarna för en god tillgänglighet blivit bättre/sämre efter genomförda förändringar?

Kvalitetssäkring/Bemannning/Kompetens

1. Hur utvärderar ni vården?

Följdfråga: Har ni ett strukturerat och dokumenterat sätt att utvärdera vården?

2. Hur väljer ni behandlingsalternativ utifrån patientens behov?

Följdfråga: Har ni ett strukturerat och dokumenterat sätt att välja behandlingsalternativ utifrån patientens behov?

3. Vad skulle krävas i form av bemanning/team för att upprätthålla och utveckla kompetens inom området samt att ge en god vård?
4. Vilka webutbildningar rekommenderas för behandlare?
5. Är dessa/några obligatoriska?

Samverkan (mellan olika professioner inom mottagningen med det utökade uppdraget, mellan husläkarmottagningarna med basuppdrag och mottagningen med det utökade uppdraget, och omgivande aktörer)

1. Hur sker samverkan inom er mottagning (teamarbete, inom och mellan professioner, dvs psykolog (leg psykoterapeut/kurator), läkare, sjuksköterska).
2. Finns det en fast läkare i teamet?
3. Hur sker teamarbetet i praktiken?
4. Hur samarbetar ni med teamläkaren?
5. Hur sker samverkan med omgivande aktörer (skola, BUP, Maria Ungdom, socialtjänst, ungdomsmottagning m fl)?

Följdfråga: Finns det lokala samverkansrutiner?

Följdfråga: Finns kartläggning (med kontaktuppgifter) av verksamheter för samverkan inom det geografiska närområdet?

Följdfråga: samverkan i BUS-möten? Deltar mottagningen i SIP med andra aktörer?

Följdfråga: Hur ser ”vägen in” till er mottagning ut för samverkande aktörer (remissinkorg, särskilt telefonnummer)?

Följdfråga: på individnivå, medarbetare på UU – hur gör den för att samverka? (tas initiativ till samverkan, hur diskuteras ärenden?)

6. Hur sker samverkan mellan er mottagning och husläkarmottagningar som är anslutna till er (om aktuellt)?
7. Har ni kännedom om Malinamottagningar?
8. Tar ni över patienten från Malinamottagningar? Hur sker det?
9. Framgångsfaktorer för samverkan (inom och med andra aktörer)?
10. Hinder för samverkan (inom och med andra aktörer)? Finns något i avtalet som begränsar samverkan?

(Fråga till mottagningar etablerade före 2021)

11. Har samverkan blivit lättare/svårare efter ändring av förfrågningsunderlag 2021?

Vårdflöden

1. Hur kommer patienterna till er (egenanmälan, remisser, vilka aktörer remitterar/ hänvisar till er)?
2. Vilka aktörer remitterar/hänvisar ni till?
3. Hur många remittera ni till BUP?
4. Framgångsfaktorer för välfungerande vårdflöden?
5. Hinder för välfungerande vårdflöden?
6. Finns det grupper av patienter (t.ex. åldersgrupper, olika diagnoser) som hänvisas runt? Finns patienter där dubbelarbete sker (dubbla bedömningar tex)?

(Fråga till mottagningar etablerade före 2021)

7. Har vårdflödena förbättrats/försvårats efter ändring av förfrågningsunderlag 2021?

Triagering

1. Hur sker triagering?
2. Används STEP UP:s triageringsverktyg?
3. Används ansvarsfördelningsdokument eller liknande (vilken patient ska till BUP, skola, till den egna mottagningen med det utökade uppdraget, husläkarmottagning med basuppdrag)?
4. Framgångsfaktorer för triagering?
5. Hinder för triagering?

Bilaga 3. Intervjuguide till BUP

Samverkan

1. Hur sker samverkan mellan BUP och första linje-mottagningarna?

Följdfråga: på strukturellnivå (rutiner för samverkan)

Följdfråga: på individnivå? (hur gör psykolog på BUP)

2. Har samverkan mellan första linje-mottagningarna och BUP blivit lättare/svårare efter ändring av förfrågningsunderlag för första linjen 2021?
3. Har den här förändringen påverkat belastningen inom BUP?
4. Vilka strukturförändringar som påverkar samverkan med UU har skett inom BUP under de senaste fem åren?
5. Framgångsfaktorer för samverkan med första linjen? (prompts: att man har kontaktuppgifter till personal, att det finns ansvarsfördelningsdokument, att remisser är formulerade på ett adekvat sätt)
6. Hinder för samverkan med första linjen?
7. Har ni kännedom om Malinamottagningar?
8. Hur sker samverkan med Malinamottagningar?

Följdfråga: på strukturellnivå (rutiner för samverkan)

Följdfråga: på individnivå? (hur gör psykolog på BUP)

9. Har samverkan kring de minsta barnen (0-5) blivit lättare/svårare sedan Malinamottagningar etablerades (september 2022)?
10. Framgångsfaktorer för samverkan med Malinamottagningar?
11. Hinder för samverkan med Malinamottagningar?
12. Är gränserna mellan husläkarmottagningar med basuppdrag, husläkarmottagningar med det utökade, Malinamottagningar och BUP tydliga?

Vårdflöden

1. Finns det grupper av patienter som hänvisas runt?
2. Får ni remisser från både husläkarmottagningar som utför det utökade uppdraget och dem som har basuppdraget?
3. Kvaliteten på remisserna?
4. Framgångsfaktorer för välfungerande vårdflöden mellan det utökade uppdraget, Malinamottagningar och BUP?
5. Hinder för välfungerande vårdflöden?
6. Hur ser patientflödet ut mellan BUP och första linjen?
7. Har strukturförändringarna påverkat möjlighet till nyrekrytering och/eller att behålla personal inom BUP? I så fall hur?

Bilaga 4. Enkät till husläkarmottagningar med det utökade uppdraget

Introduktion

Hej!

På uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen genomför vi en uppföljning av det utökade uppdraget för psykisk hälsa för barn och unga. Syftet är att undersöka hur den organisatoriska förändringen (som genomfördes år 2021) har fungerat inom Region Stockholm. Som del i detta uppföljningsarbete skickas denna enkät till samtliga husläkarmottagningar som utför det utökade uppdraget.

Vi som genomför uppföljningen ingår i en arbetsgrupp på Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES). Om du har frågor eller kommentarer får du gärna kontakta projektledare Maria Lalouni (maria.lalouni@regionstockholm.se).

Enkäten tar cirka 5-10 minuter att besvara.

Tack på förhand,

Maria Lalouni och arbetsgruppen vid Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES)

Frågor

1. Vilken husläkarmottagning jobbar du på?

(fritextsvar)

2. Vilken är din formella roll/yrkestitel?

(fritextsvar)

3. Hur ser bemanningen för det utökade uppdraget ut på din mottagning? För varje anställd, uppge yrkeskategori och anställningsgrad i procent inom det utökade uppdraget för barn och unga.

Svar (kombination av envalsfrågor och fritext):

Anställd	envalsfrågor					fritext
	Leg. Psykolog	PTP Psykolog	Leg. Psykoterapeut	Leg. Läkare	Annan	Anställningsgrad
1						
...						
10						

4. Om du svarade "annan" yrkeskategori för någon anställd, skriv nedan yrkeskategorin för den personen.

(fritextsvar)

5. Vilka typer av behandlingsinsatser erbjuds på din mottagning? Välj alla som erbjuds.

Svar (flervalsfråga):

- Gruppbehandling
- Föräldrastöd

- Stödsamtal
- Psykologisk behandling
- Psykoedukation
- Anna behandling (*fritextsvar*)

6. Finns det insatser som mottagningen skulle vilja erbjuda men saknar förutsättningar att kunna erbjuda? Beskriv nedan.

(*fritextsvar*)

Introduktion till nästa avsnitt:

Första linjens utökade uppdrag innebär att ge tidiga insatser för mild till måttlig psykisk ohälsa hos barn och unga. Vården ska vara lättillgänglig, med korta väntetider och låga trösklar. Enligt kompetenskraven ska varje mottagning med utökade uppdraget ha:

- ✓ *Minst en psykolog (med kompetens i psykiatrisk bedömning av barn och unga)*
- ✓ *Två ytterligare samtalsbehandlare (legitimerade med basutbildning i psykoterapi)*
- ✓ *En läkare (med kompetens inom psykisk ohälsa hos barn och unga)*

Omfattningen av tjänsterna (%) är inte specificerad.

7. Ange hur mycket du instämmer med följande påstående: Kompetenskraven är rimliga för att kunna erbjuda vård enligt det utökade uppdraget.

Svar (*envälsfråga*): instämmer inte alls - instämmer inte helt - varken instämmer eller instämmer inte - instämmer delvis - instämmer helt

8. Anser du att kompetenskraven bör ändras för att kunna tillgodose vårdbehoven och i sånt fall på vilket sätt?

(*fritextsvar*)

Introduktion till nästa avsnitt:

Idag är ersättningen per listad patient 325 kr och per enskild fysiskt besök 235 kr.

9. Hur väl tycker du att dagens ersättningsmodell fungerar med avseende på tillgänglighet och bemanning?

Svar (*envälsfråga*): mycket dåligt – dåligt - varken bra eller dåligt – bra - mycket bra

10. På vilket sätt?

(*fritextsvar*)

Introduktion till nästa avsnitt:

Nedan följer frågor kring samverkan mellan er mottagning och andra aktörer.

11. Hur anser du att samverkan fungerar med:

- a. Anslutna husläkarmottagningar

- b. Skolor i ert upptagningsområde
- c. BUP
- d. Socialtjänst
- e. Andra vårdaktörer (tex Mini-Maria, Ungdomsmottagning, Habilitering)

Svar (*envalsfråga*): mycket dåligt – dåligt - varken bra eller dåligt – bra - mycket bra

12. Upplever du att det finns hinder och/eller underlättande faktorer för samverkan?

a. Hinder för samverkan:

(*fritextsvar*)

b. Underlättande faktorer för samverkan:

(*fritextsvar*)

13. Beskriv hur du tror att samverkan kunde stärkas.

(*fritextsvar*)

14. Har du några övriga synpunkter (vad gäller strukturförändringarna inom första linjen) som du vill dela med dig av?

(*fritextsvar*)

Instruktion: Efter den här texten ligger det en avsnittsbrytning. Försök att inte radera den.

Bilaga 5. Enkät till husläkarmottagningar utan det utökade uppdraget (mottagningar med basuppdrag)

Introduktion

Hej!

På uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) genomför vi en uppföljning av det utökade uppdraget för psykisk hälsa för barn och unga (6-17 år). Syftet är att undersöka hur den organisatoriska förändringen som genomfördes år 2021 har fungerat inom Region Stockholm. Som del i detta uppföljningsarbete skickas denna enkät till samtliga husläkarmottagningar som är anslutna till en husläkarmottagning som utför det utökade uppdraget.

Vi som genomför uppföljningen ingår i en arbetsgrupp på Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES). Om du har frågor eller kommentarer får du gärna kontakta projektledare Maria Lalouni (maria.lalouni@regionstockholm.se).

Enkäten tar cirka 1–2 minuter att besvara.

Tack på förhand,

Maria Lalouni och arbetsgruppen vid Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES)

Frågor

1. Vilken husläkarmottagning jobbar du på?

(fritextsvar)

2. Vilken är din formella roll/yrkestitel?

(fritextsvar)

3. Vilken husläkarmottagning som utför det utökade uppdraget är ni anslutna till?

(fritextsvar)

4. Vilka insatser för barn och unga (6-17 år) med mild till måttlig psykisk ohälsa erbjuder ni själva?

- Stöd till egenvård
- Krisstöd
- Psykopedagogiskt stöd
- Annan insats

Svar (envalsfråga): aldrig – sällan – ibland – ofta - mycket ofta

5. Om ni erbjuder någon "annan insats", skriv nedan vilken insats.

(fritextsvar)

6. Vilka aktörer remitterar eller hänvisar ni barn och unga (6-17 år) med psykisk ohälsa till?

- Husläkarmottagningen som utför det utökade uppdraget
- BUP
- Andra aktörer (Habilitering, Ungdomsmottagning, Socialtjänsten, Mini-Maria)

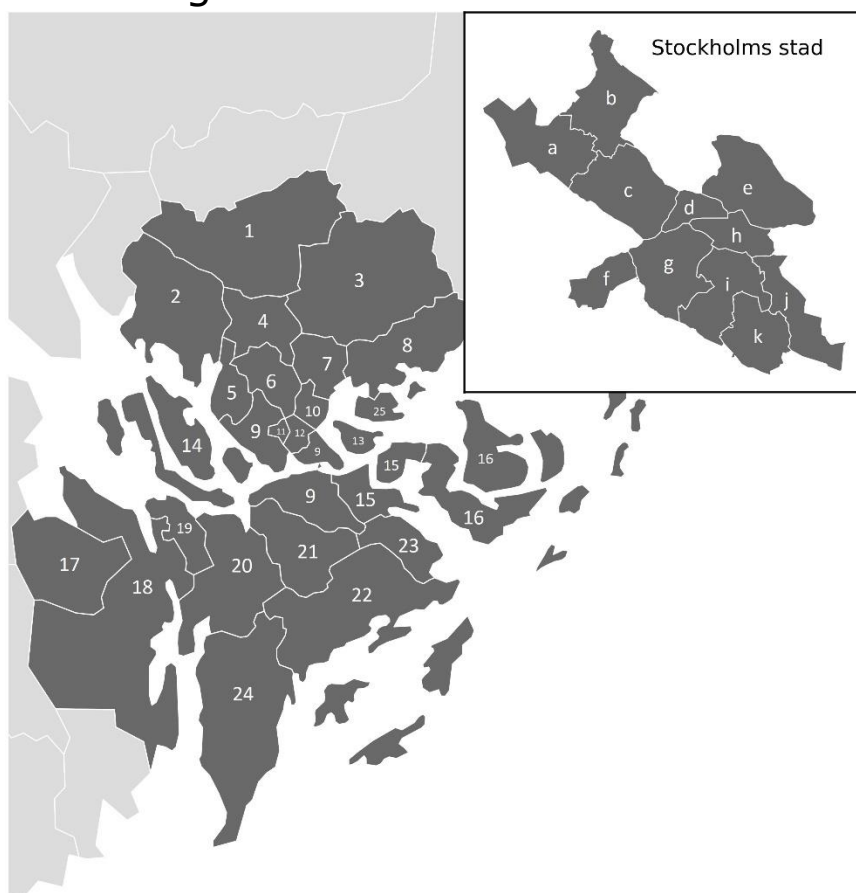
Svar (envalsfråga): aldrig – sällan – ibland – ofta - mycket ofta

7. Skriv nedan eventuella kommentarer eller synpunkter.

(fritextsvar)

Instruktion: Efter den här texten ligger det en avsnittsbrytning. Försök att inte radera den.

Bilaga 6. Kommuner och stadsdelar karta



1: Sigtuna

2: Upplands-Bro

3: Vallentuna

4: Upplands-Väsby

5: Järfälla

6: Sollentuna

7: Täby

8: Österåker

9: Stockholms stad

a: Hässelby-Vällingby

b: Järva

c: Bromma

d: Kungsholmen

e: Norra innerstaden

10: Danderyd

11: Sundbyberg

12: Solna

13: Lidingö

14: Ekerö

15: Nacka

16: Värmdö

17: Nykvarn

18: Södertälje

19: Salem

20: Botkyrka

21: Huddinge

22: Haninge

23: Tyresö

f: Skärholmen	24: Nynäshamn
g: Hägersten-Älvsjö	25: Vaxholm
h: Södermalm	
i: Enskede-Årsta-Vantör	
j: Skarpnäck	
k: Farsta	

ISBN 978-91-988022-0-7