

**Regional utvecklingsplan  
för  
barn- och ungdomspsykiatri**



<i>Bakgrund</i>	2
<i>Inledning</i>	4
<b>Sammanfattning av nulägesbeskrivning</b>	4
<b>Att använda de samlade resurserna effektivt</b>	5
<i>Utvecklingsplan</i>	6
<b>Förebyggande arbete och tidiga insatser</b>	6
<b>Primärvården - första linjens sjukvård</b>	7
<b>BUP - en specialiserad verksamhet</b>	8
<b>Samverkan med barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomshabilitering</b>	9
<b>Samverkan med Socialtjänstens individ- och familjeomsorg, HVB-hem och SiS-institutioner</b>	10
<b>Samverkan med vuxenpsykiatri</b>	11
<b>Samverkan med Brukar- och anhörigorganisationer</b>	11
<b>Att använda regionens samlade barn- och ungdomspsykiatriska resurserna så effektivt som möjligt</b>	12
<b>Närsjukvård och tillgänglighet</b>	13
<b>Regionala medicinska prioriteringar, behandlingsriktlinjer och vårdprogram</b>	14
<b>Kvalitetsutveckling</b>	15
<b>Övrigt regionalt arbete med kvalitetskontroll och resultatuppföljning inom psykiatri</b>	16
<b>Personal och kompetensförsörjning</b>	16
<i>Slutord</i>	18
<b>BUP:s uppdrag 2012</b>	18

## Bakgrund

Att motverka och behandla psykisk ohälsa är ett långsiktigt prioriterat utvecklingsområde i Västra Götaland. Som ett led i denna prioritering har en Regional utvecklingsplan för psykiatri tagits fram. Denna plan avgränsades till att omfatta vuxenpsykiatri samt gränslandet mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri, s.k. unga vuxna. Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutade i januari 2005 att även en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri skulle tas fram.

Ett uppdrag gavs och omfattade att en kunskapsplattform togs fram som sedan skulle kommuniceras med berörda aktörer. Därefter skulle en utvecklingsplan presenteras. Arbetet skulle innehålla följande delar:

- En lägesbeskrivning i form av en kartläggning som underlag för beskrivning av nuvarande verksamhet.
- Utveckling av vård- och behandlingsmetoder i form av en sammanställning av kunskapsläget.
- Samverkan och samarbete med vårdgrannar och brukarorganisationer är av vikt och måste utvecklas. Planen skall belysa detta område.
- Kvalitetsarbete redovisas.
- Tillgänglighet till vård och behandling är särskilt viktigt för barn och unga. Planen skall ge förslag om acceptabla väntetider och insatser för att dessa skall förverkligas.
- Barn- och ungdomspsykiatriens framtida uppdrag skall beskrivas utifrån framtaget underlag.

Projektledare har varit Stephan Ehlers, medicinsk rådgivare på Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionkansliet, och dessutom ordförande i medicinska sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri. Projektansvarig har varit Christina Möller, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionkansliet. Arbetet har bedrivits tillsammans med sektorsrådet för barn- och ungdomspsykiatri, och där Gerd Karlsson, Barn- och ungdomspsykiatri, NU-sjukvården, Vänersborg, haft uppdraget att under arbetet med nulägesbeskrivningen särskilt företräda sektorsrådet. Knutna till uppdraget har också varit Åsa Sundell och Lena Nyqvist, Regionkansliet.

Under arbetet med att ta fram utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri har de fackliga organisationerna inbjudits att delta. Projektledningen har haft regelbundna avstämningar med representanter för SACO och Vårdförbundet.

Ett första steg i arbetet med en utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri (BUP) gjordes i form av en Nulägesbeskrivning i april 2006. Nulägesbeskrivningen består av följande 5 avsnitt:

- Kunskapsöversikt över barn och ungdomars psykiska hälsa hämtat ur utredningar och rapporter
- Beskrivning av det psykiska hälsoläget bland barn- och ungdom i Västra Götalandsregionen VGR med data hämtade ur vårddatabasen VEGA, Nationella självmordsregistret och Apoteket AB försäljningsstatistik
- Beskrivning av den Barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten i VGR med data hämtade ur VEGA och enkätuppgifter från BUP-verksamheterna
- Beskrivning av aktuellt kvalitetsarbete
- Beskrivning av aktuell samverkan kring barn- och ungdomar med psykiska problem

Inför det fortsatta arbetet med en utvecklingsplan inbjöds berörda förvaltningar och brukarorganisationer att med Nulägesbeskrivningen som underlag ge synpunkter kring hur det framtida uppdraget för barn- och ungdomspsykiatri skulle se ut. Cirka hälften av de 25 inbjudna gav synpunkter.

Det gavs många värdefulla synpunkter. Synpunkterna berörde i huvudsak tre områden. Dessa var BUP:s eget arbete, vårdgrannars arbete samt en fungerande samverkan mellan BUP och vårdgrannar. Av vikt är att BUP:s roll inom hälso- och sjukvården tydliggörs som en del av den medicinska organisationen. Det måste finnas tillräcklig medicinsk och barnpsykologisk kompetens. Primärvården är en viktig aktör för barn och ungdomar med psykiska problem, och även primärvårdens roll måste i detta sammanhang tydliggöras. Genom att vård sker på rätt vårdnivå ges en ökad tillgänglighet till BUP, och frigör specialistresurser. BUP bör bistå med konsultativa insatser till basnivån. Samarbetet mellan BUP måste vidareutvecklas med barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomshabilitering, primärvård, vuxenpsykiatri och kommun. Samarbetet med kommunerna måste fortsätta att vidareutvecklas i enlighet med ”Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatriska och social problematik”. Synpunkterna har legat till grund för framtagandet av en regional utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri.

En remissversion av regional utvecklingsplan för BUP har sänts till folkhälsokommittén, handikappkommittén, hälso- och sjukvårdsnämnder, primärvårdsstyrelser, styrelsen för handikappverksamheten samt styrelserna för sjukhusen. Dessutom har sektorsråden i allmänmedicin, barnmedicin och psykiatri, kommunförbunden samt brukar- och anhörigorganisationer inbjudits att lämna synpunkter. Genomgående i svaren finns en positiv inställning till utvecklingsplanen, dess innehåll och inriktning. Merparten av de svarande gav ett klart uttalat stöd för planen och såg den som ett bra underlag i det fortsatta arbetet. Med anledning av remissvaren gjordes några smärre justeringar i remissversionen av utvecklingsplanen.

Regional utvecklingsplan för BUP utgår från de grundläggande principerna för Västra Götlandsregionens förändringsarbete i ”Hälso- och sjukvårdens Utvecklingsstrategi” och tillämpar i görligaste mån dess principer. Grundläggande för förändringsarbetet är att:

- Använda de samlade resurserna så effektivt som möjligt
- Utveckla och stärka närsjukvård och primärvård
- Öka tillgängligheten till vård på dagtid
- Skapa effektivare enheter för planerad vård
- Stärka samverkan mellan vårdgivare

Utvecklingsplanen inleds med en sammanfattning av nulägesbeskrivningen. Därefter kommer planen med dess utvecklingsområden. Varje område består av en inledning och en framtida vision kallat ”Önskvärd läge 2012”. Avsnittet avslutas med förslag på utvecklingsinsatser benämnt ”Vägen dit”.

## Inledning

### ***Sammanfattning av nulägesbeskrivning***

2005 hade 10 000 av regionens 330 000 barn- och ungdomar under 18 år kontakt med BUP:s öppenvård, vilket motsvarar 3 procent av befolkningen. Fler pojkar än flickor under 13 år var i kontakt med BUP, medan flickorna var i majoritet efter fyllda 13 år. Av befolkningen hade drygt 6 procent av alla flickor mellan 13-17 år kontakt med BUP, medan 4 procent av alla 7-15 år gamla pojkar hade kontakt med BUP.

Familjerelationsproblem, anpassningsproblem och stressreaktioner var de vanligaste diagnoserna bland flickor upp till tonåren. Bland yngre tonårsflickor dominerade depressiva besvär tillsammans med familjerelationsproblem och bland äldre tonårsflickor depression, ätstörningar och ångestproblem. Familjerelationsproblem var det vanligaste diagnosen bland pojkar upp till övre tonåren. Bland pojkar mellan 7-15 år var hyperaktivitetsproblem den näst vanligaste diagnosen. Bland äldre tonårspojkar dominerade depressiva besvär, anpassningsproblem och stressreaktioner samt ångestproblem. Minst 200 flickor och minst 70 pojkar mellan 10-19 år i VGR försöker begå självmord varje år och ca 2 flickor och ca 5 pojkar mellan 15-19 år fullbordar självmordsförsöket.

Antidepressiva och psykostimulantia stod tillsammans för cirka 85 procent av all psyko-farmakaföreskrivning till barn- och ungdomar i VGR 2005. Antidepressiva och sömnmedel förskrevs i betydligt högre grad till flickor och psykostimulantia i betydligt högre grad till pojkar. De vanligaste konsumenterna av psykofarmaka var flickor och pojkar i övre tonåren som behandlades med antidepressiva läkemedel samt pojkar som behandlades med psykostimulantia.

De fem BUP-verksamheterna i VGR hade 2005 sammanlagt 606 heltidstjänster, vilket motsvarar 1,8 heltidstjänster per 1 000 invånare 0-17 år. Basen i BUP:s öppenvård var 23 distriktsmottagningar med sammanlagt 220 vårdpersonaltjänster. Av dessa 220 tjänster utgjorde psykolog och kuratorstjänsterna tillsammans 80 procent, läkartjänsterna 11 procent och sjukskötersketjänsterna 4 procent. Inom öppenvården fanns 9 specialmottagningar och 4 dagvårdsenheter för bl.a. neuropsykiatri, ätstörningar samt barn- och familjebehandling.

Av alla besök var 3 procent akuta. 550 barn- och ungdomar i VGR sökte under jourtid och av dessa blev 160 akut inlagda. Läkarna hade per vecka i genomsnitt 9 patientbesök per vecka och för övriga behandlare i öppenvård varierade besöken mellan 4 besök per vecka på specialmottagningarna och 6 besök per vecka på distriktsmottagningarna.

Slutenvården bestod av sammanlagt av 49 platser, varav 8 för regional vård för unga vuxna med ätstörning. 500 barn- och ungdomar vårdades vid 660 vårdtillfällen sammanlagt 10 000 vårdygn. Vårdtiden på akutavdelningarna var i genomsnitt 16 dagar. 32 patienter vårdades enligt lagen om tvångsvård, vilket motsvarar 7 procent av alla patienter.

Vårdgarantin uppfylldes för 94 procent av alla sökande till BUP och 95 procent av alla sökande till distriktsmottagningarna erbjöds ett första besök inom 3 veckor.

4 000 barn- och ungdomar hade 2005 kontakt med barn- och ungdomsmedicin och primärvården för samma typ av psykiska problem som man söker på BUP för, men med färre uppföljningsbesök. Flertalet sökande hos barn- och ungdomsmedicin och primärvården träffade en läkare, medan de flesta besöken hos BUP var till en psykolog och/eller kurator.

Sammanlagt arbetade 32 specialistläkare inom BUP 2005 varav 3,75 var hyrläkare. Hälften av specialistläkartjänsterna och ST-läkartjänsterna var vakanta.

Majoriteten av BUPs psykoterapeuter har utbildning i familjeinriktad eller psykodynamiskt inriktad psykoterapi och en minoritet i kognitiv psykoterapi.

### ***Att använda de samlade resurserna effektivt***

Den regionala utvecklingsplanen för BUP syftar till att förbättra sjukvårdens insatser för barn- och ungdomar med psykiska problem genom att använda de samlade resurserna så effektivt som möjligt. Barn- och ungdomar och anhöriga som söker hjälp hos BUP har ofta eller har haft kontakt med socialtjänsten, elevhälsan, mödra- och barnhälsovården, ungdomsmottagningen eller primärvården. Insatser kan också behövas både från BUP, barn- och ungdomsmedicin och/eller barn- och ungdomshabiliteringen. Därför lyfter utvecklingsplanen fram behovet av samlade samhällsinsatser till barn och unga med psykiska problem.

Barn och ungdomars svårigheter måste uppmärksammas i tid och tillsammans med anhöriga måste de erbjudas insatser tillräckligt tidigt för att vända en negativ utveckling. Denna uppgift sker bäst genom basverksamheternas förebyggande hälsoarbete som når alla barn och ungdomar. Ungdomsmottagningarna bör fortsätta att utvecklas mot en lättillgänglig basverksamhet för ungdomar och unga vuxna med lindriga psykiska besvär för att exempelvis förhindra att utvecklingskriser övergår i allvarigare psykiska tillstånd. Vidare bör primärvården få bättre förutsättningar att fungera som första linjens sjukvård för barn och ungdomar med psykiska problem. Först när basverksamheternas och primärvårdens resurser inte täcker vårdbehovet skall BUP ta vid som specialiserad verksamhet. För att använda de samlade resurserna så effektivt som möjligt måste BUP utveckla vårdssamverkan med övriga vårdgivare på specialistnivå inom hälso- och sjukvård, kommunal verksamhet och Statens institutionsstyrelse (SiS). Alla verksamheter som möter barn och ungdomar behöver vidareutveckla rutiner för att identifiera och handlägga självmordsbenägna individer i samverkan med BUP.

Utvecklingsplanen utgår från 3 vårdnivåer med olika funktion för barn och ungdomar med psykisk ohälsa, vilka inte helt överensstämmer med verksamheternas organisatoriska tillhörighet. Som exempel kan nämnas att mödravård, barnhälsovård och ungdomsmottagningar är en del av primärvården, men vars basala funktion är preventiv - att förebygga och motverka utvecklingen av ohälsa.

- Basverksamheter - mödra- och barnhälsovård, förskola, skola, elevhälsa, socialtjänstens förebyggande verksamhet och ungdomsmottagningar
- Primärvården - vårdcentraler
- Specialiserade verksamheter – BUP, barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomshabilitering, socialtjänstens individ och familjeomsorg (IFO), hem för vård och boende (HVB-hem) och SiS-institutioner samt vuxenpsykiatri för äldre ungdomar

## Utvecklingsplan

### ***Förebyggande arbete och tidiga insatser***

Flertalet basverksamheter möter barn och föräldrar kontinuerligt samt har en bred befolkningsbaserad inriktning. Med basverksamheter menas mödra- och barnhälsovård, förskola, skola och elevhälsa socialtjänstens förebyggande verksamhet samt ungdomsmottagningar. Alla basverksamheter delar den preventiva uppgiften att tidigt upptäcka individer som riskerar en negativ utveckling av den psykiska hälsan och att erbjuda stöd och insatser innan problemen blivit för stora. Exempel på samverkansform för basverksamheter är familjecentraler och ungdomscentraler.

Förtydligande av ansvar mellan basverksamheterna och specialistnivå finns beskrivet i den s.k. Västbusöverenskommelsen, ”Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik”, antagna av Västkom's styrelse och Regionstyrelsen 2005. Riktlinjerna är grunden för ett samarbete. Inom varje sjukhusområde/kommunförbundsområde har en central ledningsgrupp bildats. Ledningsgruppen äger linjeansvaret för samverkan och ska arbeta för att det finns fungerande samverkansrutiner i arbetet kring det enskilda barnet/ungdomen konkretiserat i gemensamt utarbetade riktlinjer.

Ungdomsmottagningarnas uppgift kring unga med psykiska besvär har tydliggjorts i dokumentet ”Ungdomsmottagningar i Västra Götaland”. I dokumentet anges att ungdomsmottagningen ska vara en lättillgänglig verksamhet dit unga människor upp till 25 år söker sig på eget initiativ för att få råd, stöd och behandling bl.a. för psykologiska och sociala frågor och problem. Medicinsk, psykologisk och psykosocial kompetens ska knytas till mottagningarna och samverka i team. Ungdomsmottagningen erbjuder stödjande och behandlande insatser för att tidigt upptäcka, ge råd, stöd och behandling av sociala och lättare psykiska problem samt lotsa ungdomar till annan vårdgivare vid behov. Den psykosociala verksamheten vid ungdomsmottagningarna ska utvecklas i samverkan med psykiatriska enheter och andra aktörer på orten som arbetar med ungdomar.

En målsättning med det förebyggande arbetet och de tidiga insatserna är att förhindra att barn och unga skadar sig själva eller andra på grund av psykiska problem. Ingen ska ta sitt liv på grund av att den inte har fått de insatser den borde.

### **Önskvärt läge 2012**

Förstärkta basverksamheter erbjuder alltid tidiga förebyggande insatser till barn och ungdomar i riskzonen att utveckla psykisk ohälsa. Föräldrar och anhöriga, som sviktar i föräldrarollen får stöd och föräldrautbildning. Ungdomsmottagningarna är en mycket lättillgänglig och öppen verksamhet dit unga människor upp till 25 år söker sig på eget initiativ för att få hjälp med lindriga psykiska besvär. Ett väl upparbetat samarbete finns mellan BUP och basverksamheter. De centrala ledningsgrupperna inom varje sjukhusområde är väletablerade och ansvarar för gemensam kompetensutveckling och utveckling av nya samverkansmetoder.

### **Vägen dit:**

- Mödrahälsovården vidareutvecklar rutiner och arbetssätt för att känna igen och ge stöd till föräldrar med psykosociala problem
- Barnhälsovården vidareutvecklar rutiner för att uppmärksamma negativa psykosociala förhållanden runt barnet

- Föräldrautbildningar med dokumenterad effekt ges större utrymme i mödra- och barnhälsovården
- Förskola, skola och elevhälsa utvecklas i den riktning som beskrivs i Västbusöverenskommelsen: ”Elevvårdsteamet skall kunna genomföra en allsidig elevutredning, innefattande pedagogiska, psykologiska, medicinska och sociala aspekter, som är inriktade på att ge underlag för åtgärder för elevens skolsvårigheter. Dessa utredningar utgör underlag för bedömning av vilka barn och ungdomar som även behöver få insatser från specialistnivån.”
- Ungdomsmottagningarna förstärks med psykologisk, psykosocial och ungdomsmedicinsk kompetens
- Utveckling av rutiner för identifiering och handläggning av självmordsbenägna ungdomar inom basverksamheterna i samverkan med BUP

### ***Primärvården - första linjens sjukvård***

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

Drygt 700 barn- och ungdomar i Västra Götalandsregionen hade kontakt med primärvården 2005 för samma slags problem som man söker för på BUP, men med färre uppföljningsbesök. Av de 5 vanligaste psykiska diagnoserna inom primärvården för individer under 18 år, överensstämde 3 diagnoser med de 5 vanligaste inom BUP. Flertalet sökande hos primärvården träffade en läkare, medan de flesta besöken hos BUP var till en psykolog och/eller kurator.

Av hävd fungerar BUP som en basresurs dit den enskilde kan söka sig direkt, vilket medför att många med lindriga besvär söker sig till BUP. Samtidigt har BUP alltmer utvecklats till en specialiserad resurs med tydligare prioriteringar till förmån för de mest behövande barnen och ungdomarna. Denna utveckling har lyft fram frågan om inte primärvården skall vara första linjens sjukvård för barn och ungdomar med psykiska problem. En sådan ansvarfördelning mellan primärvården och BUP skulle innebära en bättre överensstämmelse med dagens verklighet inom primärvården.

### **Önskvärt läge 2012**

Primärvården är väl etablerad som första linjens vård för barn och ungdomar med psykiska problem. Ansvarsgränsen mellan primärvården och BUP för barn och ungdomar under 18 år är tydliggjord. Ett mycket välutvecklat samarbete finns mellan vårdcentraler och BUP. Primärvården har utvecklat behandlingsmetoder för ungdomar med psykiska problem som efter 18 års ålder lämnar BUP och som inte behöver vuxenpsykiatriens resurser.

### **Vägen dit**

- För att primärvården ska utvecklas till ett realistiskt vårdalternativ för barn och unga med psykiska problem behövs:
  - Ökad kunskap inom primärvården om psykisk ohälsa hos barn och ungdom
  - Tillgång till psykologisk och psykosocial kompetens på vårdcentraler
  - Tillgång till barn- och ungdomspsykiatriska team
- Samordning av vårdcentralernas och ungdomsmottagningarnas arbete med ungas psykiska problem

- Utveckling av rutiner för identifiering och handläggning av självmordsbenägna ungdomar inom primärvården i samverkan med BUP

### ***BUP - en specialiserad verksamhet***

Cirka 10 000 av regionens barn- och ungdomar har årligen kontakt med BUP, vilket i Västra Götaland motsvarar 3 procent av befolkningen under 18 år. Familjerelationsproblem, depression, hyperaktivitetsproblem, ångest, ätstörningar samt anpassningsproblem och stressreaktioner är de vanligaste diagnoserna. Barn och ungdomar som söker för neuropsykiatriska funktionshinder, svår ätstörning, avsiktligt självskadande samt självmordsnära beteende, ångest och depression har ökat. Det är också angeläget att systematiskt utreda om missbruk ingår i som en del i problembilden och när så är fallet samverka med socialtjänsten enligt de ”Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik”.

Psykofarmakologisk behandling har blivit ett viktigt komplement till psykoterapeutisk behandling vid svår ångest och depression. Medicinering med centralstimulerande medel vid svår uppmärksamhets- och hyperaktivitetstörning har blivit en etablerad behandlingsmetod. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter får emellertid detta enbart förskrivas av specialist i barn- och ungdomspsykiatri eller specialist i barn- och ungdomsneurologi med habilitering. Så länge barn och unga med såväl lindriga som svåra besvär söker till BUP är det svårt för verksamheten att använda resurserna på ett effektivt sätt och det skapas därmed onödiga väntetider.

Majoriteten behandlare har en gedigen kunskap i familjeinriktad och psykodynamiskt inriktad psykoterapi. Betydligt färre behandlare har kompetens inom kognitivt inriktad psykoterapi, som t.ex. KBT. Behovet av neuropsykologiska utredningar har ökat och antalet medarbetare med neuropsykologisk kompetens motsvarar inte behoven. Ett annat viktigt utvecklingsområde är diagnosspecifik föräldrautbildning, med inriktning att ge anhöriga kunskap om barnets problem och hur de understödjer funktionella beteenden och undviker konflikter.

### **Önskvärt läge 2012**

BUP är en specialiserad verksamhet inriktad på tidiga insatser till barn- och ungdomar med svåra psykiska problem och neuropsykiatriska funktionshinder. BUP ger psykiatrisk vård, som inte ges av första linjens sjukvård – gör fördjupade utredningar och behandlar psykiska störningar och neuropsykiatriska funktionshinder som kräver specialiserad vård - bistår med konsultation till primärvården. Föräldrar ges kunskapsinriktad diagnosspecifik utbildning. Tillgängligheten för barn- och ungdomar med psykiska problem har ökat genom förbättrad samverkan mellan BUP och primärvården.

### **Vägen dit**

- BUP utvecklar utrednings- och behandlingsmetoder enligt de regionala prioriteringsriktlinjerna och koncentrerar sina insatser till barn och ungdomar med svåra psykiska problem och neuropsykiatriska funktionshinder
- Ansvarsgränsen mellan primärvård och BUP tydliggörs i ett särskilt uppdrag riktat till sektorsrådet i allmänmedicin respektive BUP
- För att ge förutsättningar för BUP att utveckla sin specialiserade funktion för barn och unga med svåra psykiska besvär och neuropsykiatriska funktionshinder behöver antalet läkare och sjuksköterskor inom den distriktsbaserade öppenvården öka

- Flerläkarmottagningar för att skapa förutsättningar för kollegialt stöd i det vardagliga utrednings- och behandlingsarbetet
- Fortsatta regionala utbildningar inom kognitivt inriktad psykoterapi, t.ex. KBT, och neuropsykologi
- Utveckla kunskapsinriktad diagnosspecifik föräldrautbildning

### ***Samverkan med barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomshabilitering***

Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar och barn- och ungdomshabilitering bedriver specialiserad sjukvård riktad mot barn och ungdom.

År 2005 hade 3 400 barn- och ungdomar kontakt med barn- och ungdomsmedicin för samma typ av psykiska problem och neuropsykiatriska funktionshinder som de sökte för på BUP, men med färre uppföljningsbesök. Flertalet sökande till barn- och ungdomsmedicin träffade läkare, medan de flesta besöken hos BUP var till psykolog och/eller kurator. Färre än var femte individ som hade kontakt med barn- och ungdomsmedicin hade samtidig kontakt med BUP. Ansvarsgränsen mellan BUP och barn- och ungdomsmedicin kring barn- och ungdomar med psykiska problem och neuropsykiatriska funktionshinder är oklar

Inom barn- och ungdomshabiliteringen var 5 000 barn och ungdomar aktuella under 2005, varav en tredjedel har ett neuropsykiatriskt funktionshinder antingen som enda diagnos eller som tilläggsproblematik till motoriska och kognitiva funktionssvårigheter. Få av barn- och ungdomshabiliteringens barn och ungdomar fick insatser från BUP. Det är idag oklart vilken kompetens barn- och ungdomshabiliteringen bör ha kring barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykiska funktionshinder.

Det finns en stor överlappning mellan BUP, barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomshabilitering vad gäller individer med psykiska och neuropsykiatriska problem, men patientsamverkan och samordning av resurser och olika kompetenser sker bara sporadiskt och ansvarsgränserna är otydliga.

### **Önskvärt läge 2012**

BUP:s distriktsmottagningar, barn- och ungdomsmedicinmottagningar och barn- och ungdomshabiliteringens mottagningar samverkar kontinuerligt kring gemensamma patientgrupper. Verksamheterna arbetar alltid flexibelt och bidrar med sina olika kompetenser och vid behov gemensamma insatser kring enskilda individer. Verksamheterna är samlokaliserade utifrån lokala förutsättningar. Det finns ett gemensamt utarbetat samarbete med basverksamheterna och primärvården.

### **Vägen dit:**

- Ansvarsgränsen mellan BUP, barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomshabilitering behöver tydliggöras i ett särskilt uppdrag riktat till sektorsrådet i barn- och ungdomssjukvård, barn- och ungdomshabilitering samt barn- och ungdomspsykiatri
- Samlokalisering utifrån lokala förutsättningar med barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomshabilitering för att förbättra möjligheterna att erbjuda individuellt anpassade utredningar, behandlingar och habiliteringsinsatser kring gemensamma patienter
- Utveckling av rutiner för identifiering och handläggning av självmordsbenägna ungdomar inom barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomshabilitering i samverkan med BUP

### ***Samverkan med Socialtjänstens individ- och familjeomsorg, HVB-hem och SiS-institutioner***

Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna i Västra Götaland antog 2005 ”Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik”. Riktlinjerna är ett regiongemensamt ramverk för det lokala samverkansarbetet.

Riktlinjerna omfattar:

1. Gemensamma grundläggande värderingar
2. Förtydligande av ansvar basnivå - specialistnivå
3. Samverkansskyldighet - informationsskyldighet
4. Gemensam kompetensutveckling - skola/individ- och familjeomsorg/BUP
5. Samverkan kring det enskilda barnet/ungdomen
6. Gemensamt ansvar för vård, behandling och resultat vid placering utanför hemmet
7. Uppföljning av riktlinjerna

Implementering av de gemensamma riktlinjerna startade 2005. Inom varje sjukhusområde/kommunförbundsområde har en central ledningsgrupp bildats med representanter från BUP, socialchefer, skolchefer, skolhälsovård, barn- och ungdomshabilitering, barn- och ungdomsmedicin, barnavårdscentraler, vuxenpsykiatri och institutioner. Ledningsgruppen äger linjeansvaret för samverkan och ska arbeta för att det finns fungerande samverkansrutiner i arbetet kring det enskilda barnet/ungdomen. Ledningsgruppen ansvarar för implementering och tillämpning av riktlinjerna samt hanterande av tvister. Vidare ska gruppen ansvara för gemensam kompetensutveckling och utveckling av nya samverkansmetoder. Samverkan kring det enskilda barnet/ungdomen bygger på att respektive verksamhet ansvarar för bedömning av barnet/ungdomen utifrån sitt kompetensområde och att skriftliga gemensamma vårdplaner upprättas.

Under arbetet med riktlinjerna uppmärksammades särskilt behovet att utveckla samverkan kring barn och ungdomar placerade utanför hemmet. Ett samverkansdokument “Utveckling av samverkan mellan psykiatri, kommunerna och institutionsvården” har av kommunerna och regionen godkänts 2006, som en grund för inriktningen av det fortsatta samarbetet i Västra Götaland. Dokumentet bygger på de gemensamma riktlinjerna för samverkan mellan psykiatri och kommuner med betoning på att BUPs insatser till barn och unga placerade utanför det egna hemmet inte skiljer sig från dem som gäller för barn och unga som bor hemma.

### **Önskvärt läge 2012**

Ett mycket välutvecklat samarbete finns mellan BUP, socialtjänstens individ- och familjeomsorg, HVB-hem och SiS-institutioner baserat på de gemensamma riktlinjerna. De centrala samverkansgrupperna inom varje sjukhusområde är väl etablerade. Varje verksamhet gör utifrån sitt ansvarsområde en bedömning av det enskilda barnets/ungdomens behov. Gemensamma skriftliga vårdplaner är rutin. I vårdplanen framgår alltid planerade insatser, ansvarig vårdgivare och ansvarfördelning mellan huvudmännen. Det finns en fungerande samverkan mellan kommunerna och BUP kring institutionsplacerade barn- och ungdomar. Barn och ungdomar placerade utanför det egna hemmet har tillgång till vård på lika villkor i likhet med övriga barn och ungdomar i regionen. Ett gemensamt arbetssätt finns för att identifiera självmordsbenägna ungdomar och för att förhindra självmord. En strukturerad händelseanalys sker av alla unga individers självmord.

**Vägen dit:**

- Fortsatt implementering av de ”Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik”
- BUP och specialiserade verksamheter inom kommun och institutionsvård får information om varandras uppdrag, lagstiftning och resurser
- Vidarutveckling av ledningsstrukturen med representanter för berörda samverkanspartners inom varje sjukhusområde
- Utveckling av rutiner för identifiering och handläggning av självmordsbenägna ungdomar inom socialtjänsten och institutionsvården i samverkan med BUP
- En regional FoU-grupp tillskapas för en händelseanalys av unga individers självmord.

***Samverkan med vuxenpsykiatri***

Ett kontinuitetsbrott i vården leder ofta till problem när ungdomen vid 18 års ålder lämnar BUP och behöver fortsatta insatser inom vuxenpsykiatri. Den fixa åldersgränsen tillåter inte en övergång anpassad efter individens psykiatriska problem och psykosociala situation. Med detta som utgångspunkt hade en arbetsgrupp, som ett delprojekt i utvecklingsplanen för vuxenpsykiatri, uppgiften att ge förslag på hur kontinuiteten och kvaliteten i den psykiatriska vården för gruppen unga vuxna 16–25 år kan förbättras. Särskild uppmärksamhet ägnades åt unga vuxna med kroniska eller återkommande psykiska problem av den svårighetsgraden att de inte kan tas om hand inom primärvården utan behöver fortsatt vård inom vuxenpsykiatri.

**Önskvärt läge 2012**

Kontinuiteten i vården för unga vuxna 16 – 25 år har förstärkts och en individanpassad övergång sker mellan BUP och vuxenpsykiatri. Det finns lokalt anpassade åldersväxlingar mellan BUP och vuxenpsykiatri för unga vuxna med svåra psykiatriska problem baserade på principen att BUP ansvarar för patientgrupper som vars problem debuterar under barnåren upp till 25 års ålder, exempelvis anorexi. Vuxenpsykiatri ansvarar för de patientgrupper vars problem debuterar i övre tonåren och därefter, exempelvis schizofreni och missbruk. Det finns också Unga vuxna team för unga mellan 16-25 år med psykiska problem för att öka kontinuiteten i vården i övergången till vuxenliv.

**Vägen dit**

- Utveckling av lokalt anpassade åldersväxlingar och ansvarsfördelning mellan BUP och vuxenpsykiatri för vissa patientgrupper med svåra kroniska eller återkommande psykiska problem
- Utveckling av samarbetsformer och arbetssätt för unga mellan 16-25 år med psykiska problem utefter lokala förutsättningar

***Samverkan med Brukar- och anhörigorganisationer***

Brukar- och anhörigorganisationer är en resurs i samband med utveckling av vård och behandling. När det gäller barn och ungdomar är också föräldrarna delaktiga i behandlingen.

Som en del i Regional utvecklingsplan för psykiatri lämnades en särskild rapport om Brukar- och anhöriginflytande och stöd till anhöriga. En arbetsgrupp hade via enkäter undersökt vilka dialogformer som fanns i Västra Götaland inom både vuxenpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. De flesta verksamheter hade vägar till brukar- och anhörigorganisationer, vilka benämndes som samverkansträff, brukarråd, dialogmöten eller informationsträff.

Kontakter skedde också genom att organisationer mer sporadiskt bjöds in för avstämning och deltagande i utbildningsinsatser och projektgrupper av olika slag.

### **Önskvärt läge 2012**

Anhörig- och brukarinflytande sker genom lokal samverkan med de olika organisationerna. Regelbundna informationsmöten förekommer alltid. Dessutom finns det dialog- och samverkansmöten för planering och utformning av vården. Inom varje verksamhetsområde finns ett anhörig- och brukarråd.

### **Vägen dit**

- Varje verksamhet utvecklar ett organiserat samarbete med aktuella anhörig- och brukarorganisationer

### ***Att använda regionens samlade barn- och ungdomspsykiatriska resurserna så effektivt som möjligt***

BUP i Västra Götalandsregionen har 46 enheter. Basen i verksamheten är 23 distriktsmottagningar. Inom öppenvården finns också 13 specialiserade enheter. Det finns lokala specialmottagningar/team för neuropsykiatri inom BUP eller i samverkan med barn- och ungdomsmedicin. Tillgång till lokal ätstörningsenhet finns inom BUP eller genom samverkan med vuxenpsykiatri. Den neuropsykiatriska enheten inom SU bedriver såväl länssjukvård som högspecialiserad vård. Inom SU finns en regional slutenvårdsavdelning för unga vuxna med allvarlig ätstörning. Slutenvården inom regionen består utöver denna regionala avdelning av 4 akutvårdsavdelningar, en korttidsvårdsavdelning inom SU och ett behandlingshem inom NU-sjukvården, som är under utveckling mot korttidsvård. Sammanlagt består slutenvården av 49 vårdplatser. SU har även ansvar för slutenvården inom Kungälv's sjukhus upptagningsområde med slutenvård. Akutvårdsavdelningarna fungerar som en gemensam regional resurs i den bemärkelsen att det finns upparbetade rutiner för överföring av patienter från en akutavdelning till övriga akutavdelningar vid platsbrist. Behovet av slutenvård kan inte bedömas isolerat utan påverkas av utbudet av öppenvård. Utvecklingen av den distriktsbaserade öppenvården mot fördjupade utrednings- och behandlingsinsatser, utveckling av dagvård, mobila team samt specialmottagningar för vissa patientgrupper minskar behovet av psykiatrisk dygnetruntvård.

SU har ett uppdrag att vara Sista utposten i regionens hälso- och sjukvård vilket innefattar:

- Säkra och vidmakthålla regional kompetens
- Bistå med vård dygnet runt
- Ge råd och konsultativt stöd
- Kunskapspridning

BUP-verksamheter i regionen har använt SU som Sista utposten i begränsad omfattning. Regelbundna konsultbesök från SU har i första hand gällt neuropsykiatriska insatser.

För närvarande kan specialmottagningarna för neuropsykiatri och ätstörningar inte erbjuda alla sökande ett första besök inom tre månader.

Akutverksamhet är en liten del av BUPs verksamhet. Ca 3 % av besöken på dagtid är akuta. Jourverksamheten har ca 1,5 besök per jourdygn i hela Västra Götalandsregionen och 160 individer lades in under jourtid 2005. NU-sjukvården, Skaraborgs sjukhus (SkaS) och Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) bedriver jour i samarbete med barnmedicin eller vuxenpsykiatri, medan SU har en egen primär- och bakjourverksamhet, som även betjänar Kungälv's sjukhus upptagningsområde.

## Önskvärt läge 2012

Det finns en väl genomtänkt barn- och ungdomspsykiatrisk regional vårdstruktur baserad på länssjukvård, regionvård och högspecialiserad vård. Det finns välfungerande rutiner för patientflöden, rådgivning, konsultation och kunskapsöverföring inom den regionala vårdstrukturen. SU fungerar som Sista utposten. Regional och/eller högspecialiserad verksamhet är baserad på behovet av specifik kompetens kring vissa patientgrupper eller behandlingsmetoder och patientunderlag inom regionen. Det finns ett större utbud av mer flexibla öppenvårdsformer t.ex. dagvård, mobilt arbetssätt, gruppbehandling och Internetbaserad behandling. Lokala specialmottagningar/team finns för de stora patientgrupper som kräver särskild kompetens kring utredning och behandling, exempelvis anorexi och neuropsykiatriska funktionshinder. Välutvecklade arbetsmetoder finns för behandling av individer med avsiktligt självskadande och självmordsnära beteende antingen inom BUP eller i samverkan med annan specialiserad verksamhet.

BUP i Västra Götalandsregionen samverkar mellan verksamheterna och med andra verksamheter under jourtid. Akuta barn- och ungdomspsykiatriska behov, som inte kräver specialmottagningarnas eller slutenvårdens resurser tillgodoses, via distriktsmottagningarna

Instrument och rutiner för självmordsriskbedömningar har utvecklats. Självmord och självmordsförsök har minskat bland barn och ungdomar i Västra Götalandsregionen.

### Vägen dit

- Utveckling av vårdkedjor och vårdprocesser på olika nivåer inom och mellan de fem BUP-verksamheterna i Västra Götalandsregionen
- Översyn av vårdnivåernas ansvarsområden
- Regiongemensamma vårdprogram med tydliggörande av vårdkedjor
- Regiongemensam mall för suicidbedömning inom BUP
- Lokala vårdöverenskommelser mellan BUP och barn- och ungdomsmedicin samt vuxenpsykiatri kring enskilda patientgrupper
- Utveckling av SU:s funktion som barn- och ungdomspsykiatriens Sista utposten inom regionen
- Vidareutveckling av en barn- och ungdomspsykiatrisk regional vårdstruktur baserad på länssjukvård, regionvård och högspecialiserad vård
- Översyn av jour, bakjour och beredskapsverksamhet inom varje sjukhusområde för effektiv resursanvändning
- Beredskap för akuta besök på distriktsmottagningarna

### Närsjukvård och tillgänglighet

De lokalt förankrade distriktsmottagningarna är invånarnas ingång till BUP. De stod för mer än 80 % av alla besök vid BUP 2005. De vanligaste problemen var familjerelationsproblem, depression, hyperaktivitet, ångest, ätstörningar samt anpassningsproblem och stressreaktioner.

Av de sökande fick 95 % ett första besök till en distriktsmottagning inom 3 veckor år 2005. Väntetider fanns till utredning och behandling som kräver läkarinsatser, neuropsykologisk utredning och kognitivt inriktad psykoterapi. Mottagningar som utvecklat korttidsintervention med bestämt antal behandlingstillfällen har hög tillgänglighet och patientgenomströmning. Korttidsintervention kan innebära en insats i form av antingen bedömning, kartläggning eller behandling. Kombinationer av olika insatser kan också förekomma. Korttidsintervention omfattar 5 – 7 kontakter.

Psykolog- och kuratorstjänsterna utgör tillsammans 80 procent av vårdpersonaltjänsterna, läkartjänsterna 11 procent, varav hälften var vakanta, och sjukskötersketjänsterna 4 procent. Barn och ungdomar med psykiska problem som förutsätter läkarinsats vid utredning och läkemedelsbehandling har inte samma tillgänglighet till BUP som barn- och ungdomar med psykiska problem som kan behandlas av psykolog eller kurator. Den nuvarande situationen medför också att BUP inte klarar vårdgarantin för barn och ungdomar som behöver neuropsykiatrisk utredning och behandling.

Antalet patientbesök per behandlare var i genomsnitt 5,4 besök per vecka. Antalet besök per behandlare var dock fler än statistiken visar på grund av att besöksstatistiken är patientrelaterad, d.v.s. oavsett om individen träffar en eller flera behandlare vid samma besök registreras detta som ett behandlingstillfälle. Teamsamverkan, nätverksarbete och handledningsarbete, som inte är direkt patientrelaterad, registreras ej i statistiken.

Avsatt tid för direkt patientarbete varierade mellan BUP-verksamheterna från hälften av arbetstiden till en tredjedel. Tiden för indirekt patientarbete, t.ex. telefonkontakt med barnet/ungdomen eller förälder, varierade också påtagligt mellan verksamheterna liksom tiden för förebyggande arbete och utbildning. Andel uteblivna besök utan angiven orsak varierade mellan verksamheterna från drygt 10 procent till mindre än 1 procent.

### **Önskvärt läge 2012**

Genom den distriktsbaserade öppenvården erbjuds barn och ungdomar samt deras föräldrar en mycket hög generell tvärprofessionell specialiserad kompetens kring psykiska problem. Distriktsmottagningen är första remissinstans vid frågeställning om psykiska problem från basverksamheter och från första linjens sjukvård. Distriktsmottagningen gör fördjupade utredningar, diagnostiserar och behandlar psykiska störningar och neuropsykiatriska funktionshinder som kräver specialiserade insatser. De har en mycket nära samverkan med barn- och ungdomsmedicinmottagningar och barn- och ungdomshabiliteringens mottagningar kring gemensamma patientgrupper. Distriktsmottagningarna är av den storleken att det finns utrymme för 2-3 specialistläkare. Personalen ger konsultation till basverksamheter och primärvård. Barn och ungdomar erbjuds beroende på problemets angelägenhetsgrad ett akut besök samma dag eller ett första besök senast inom 3 veckor. Tillgängligheten är god och vård och behandling ges alltid inom vårdgarantins tidsram. Alla distriktsmottagningar erbjuder korttidsintervention. Behandlarna har god psykoterapeutisk kompetens i enlighet med regionala behandlingsriktlinjer och vårdprogram. Det finns tillräckligt antal psykologer med neuropsykologisk kompetens för att kunna göra neuropsykologiska utredningar.

### **Vägen dit**

- BUP bistår med konsultation i enskilda ärenden till basverksamheterna i deras förebyggande arbete och i tidiga insatser
- BUP bistår primärvården och ungdomsmottagningarna med konsultation i enskilda ärenden
- Ökad tillgänglighet genom bland annat:
  - Implementering av korttidsintervention
  - Ökad andel direkt patientarbete
  - Färre antal uteblivna besök
  - Ökat antalet besök per enskild behandlare

### ***Regionala medicinska prioriteringar, behandlingsriktlinjer och vårdprogram***

Sektorsrådet i barn- och ungdomspsykiatri har utarbetat riktlinjer för patient- och åtgärds-prioritering tillsammans med BUP i Östergötland för att understödja implementering av

evidensbaserade behandlingsriktlinjer. Detta arbete kan ses som början på ett vårdprogramarbete eftersom det för varje tillstånd finns en kortfattad kunskapsöversikt över aktuella behandlingsmetoder, dokumenterad effekt av rekommenderade åtgärder samt vårdform.

### **Önskvärt läge 2012**

Det finns heltäckande prioriteringsriktlinjer som är välkända och tillämpas i verksamheten. Prioriteringsriktlinjerna används som underlag för vårdsamverkan med primärvården, barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomshabilitering för att tydliggöra ansvarsgränserna. Evidensbaserade behandlingsriktlinjer finns för de vanligaste psykiska tillstånden och neuropsykiatriska funktionshindren. Det finns vårdprogrambaserade vårdkedjor och vårdprocesser för de största patientgrupperna, som underlag för arbetet inom varje BUP-verksamhet och mellan de fem BUP-verksamheterna i regionen.

### **Vägen dit**

- Prioriteringsriktlinjerna görs väl kända i verksamheterna
- Fortsatt arbete med prioriteringsriktlinjer för BUP. Riktlinjerna kompletteras med angivande av vårdnivå i dialog med primärvården, barn- och ungdomsmedicin och barn- och ungdomshabilitering för att förtydliga ansvarsgränser
- Utveckling av vårdprogram för de fem vanligaste diagnosgrupperna med tydliggörande av vårdnivåer och vårdkedjor
- Uppföljning av arbetet med regionala vårdprogram ingår i ”Förslag till regiongemensamma indikatorer för uppföljning av kvalitet och resultat inom BUP och vuxenpsykiatri”

### **Kvalitetsutveckling**

Sektorsrådet i barn- och ungdomspsykiatri har utvecklat och infört ett gemensamt IT- baserat kvalitetssäkringsverktyg ”Kvalitetsstjärnan”, som innehåller 5 typer av uppgifter:

- Bedömning av det psykiska hälsotillståndet med ett standardiserat frågeformulär
- Anhörigbelastning
- Bedömning av psykosocial funktionsnivå och symtom med Global Assessment of Function (GAF) för uppskattning/bedömning av individens vårdbehov
- Diagnos enligt den internationella sjukdomsklassifikationen, International Classification of Diseases (ICD-10)
- Brukartillfredsställelse (bemötande, tillgänglighet, delaktighet och professionalitet)

Mätningar görs för alla individer vid nybesök och efter avslutad behandling.

Inom psykiatri finns för närvarande fyra nationella kvalitetsregister för följande patientgrupper: schizofreni, bipolär sjukdom, ätstörning och ADHD. De två sistnämnda är mest relevanta för BUP. Anslutningen är god till kvalitetsregistret för ätstörning, Riksät, men anslutningen till övriga register är ännu ofullständig. Frånvaron av integration mellan Kvalitetsstjärnan och de nationella kvalitetsregistren innebär att samma information måste registreras flera gånger. Ett utvecklingsarbete med målet att integrera registren påbörjades 2006 med medel från Nationell psykiatrisamordning.

Registrering av diagnos saknas i många fall eller är bristfällig. Sektorsrådet i barn- och ungdomspsykiatri genomförde därför våren 2006 regiongemensam diagnos- och klassifikationsutbildning, som omfattade en heldagsutbildning för alla behandlare inom BUP i Västra Götalandsregionen. För den fortsatta implementeringen och vidmakthållandet av

kunskap i diagnostik och klassifikation har en regional struktur med en programgrupp och diagnoskoordinatorer byggts upp.

### **Önskvärt läge 2012**

Alla BUP-enheter registrerar i Kvalitetsstjärnan och/eller nationellt kvalitetsregister. Kvalitetsstjärnan och de nationella kvalitetsregistren är integrerade och kan på ett tidseffektivt och användarvänligt sätt användas för behandlingsuppföljning, verksamhetsstyrning och tillämpad klinisk forskning. Alla öppenvårdsbesök och slutenvårdstillfällen registreras enligt ICD-10 och andelen specifika diagnoser har ökat. Diagnossättning enligt psykiatrins handbok DSM-IV:s fem diagnosaxlar används som hjälpmedel i det diagnostiska arbetet.

### **Vägen dit**

- Fortsatt implementering av Kvalitetsstjärnan samt utveckling av modeller för utdata
- Integrering av Kvalitetsstjärnan och de nationella kvalitetsregistren genom utveckling av moduler för sammanlänkning av registren
- Uppföljning och fortsättning på den startade diagnos- och klassifikationsutbildningen
- Regiongemensam anpassning av datoriserade patientjournalssystem för att förbättra diagnostik och klassifikation
- Uppföljning av registrerade diagnoser ingår i ”Förslag till regiongemensamma indikatorer för uppföljning av kvalitet och resultat inom BUP och vuxenpsykiatri”.

### ***Övrigt regionalt arbete med kvalitetskontroll och resultatuppföljning inom psykiatri***

På uppdrag av Regionstyrelsen pågår följande arbete inom kvalitetsområdet som berör BUP:

#### *Regiongemensamma indikatorer för uppföljning av kvalitet och resultat inom BUP och vuxenpsykiatri*

Kvalitetsindikatorer har utvecklats för att säkerställa tillgänglighet, kontinuitet och effektivt utnyttjande av resurser. Följande aspekter av den psykiatriska verksamheten omfattas:

- Befolkningens hälsoläge
- Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård
- Säker hälso- och sjukvård
- Effektiv hälso- och sjukvård
- Jämlig hälso- och sjukvård
- Hälso- och sjukvård i rimlig tid
- Hälsoeffekt i befolkningen

Kvalitets- och resultatindikatorerna implementeras under 2007-2008 och ska vara möjliga att samordna med nationella kvalitetsregister och BUP:s Kvalitetsstjärna.

### ***Personal och kompetensförsörjning***

Den regionala utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri kommer att ställa nya krav på verksamheten. Samtidigt brottas BUP med stora vakansproblem och med att tillgodose behov av kompetensutveckling i enlighet med behandlingsriktlinjer och vårdprogram. För att förbättra förutsättningarna för BUP och vuxenpsykiatri startade under 2006 ett personalpolitiskt projekt ”Psykiatri i utveckling och samverkan – PIUS”. Det är en bred satsning inom det personalpolitiska området under en projekttid som sträcker sig över 3 år. Projektet innebär ett mycket nära samarbete mellan förvaltningarna, hälso- och sjukvårdsavdelningen och personalstrategiska avdelningen. Syftet med projektet är att identifiera på vilket sätt och med vilka åtgärder som arbetsförutsättningarna kan förbättras och

möjliggöra att psykiatrin inom Västra Götalandsregionen för framtiden kommer att utgöra attraktiva arbetsplatser. En viktig PIUS-satsning under 2007- 2008 är att tillskapa sjukskötersketjänster på BUP:s distriktmottagningar med särskilda medel.

## Slutord

Genom de åtgärder som föreslås i denna utvecklingsplan för barn- och ungdomspsykiatri kommer BUP att utvecklas i enlighet med principerna i ”Hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi”. BUP kommer tillsammans med vårdgrannar att använda de samlade resurserna effektivt och stärka sin samverkan. Primärvården utvecklas till första linjens sjukvård och genom samarbete med BUP utvecklas och stärks närsjukvården.

För att genomföra intentionerna i planen behövs ett internt arbete med verksamhetsutveckling inom regionens verksamheter och då framförallt inom BUP och primärvård. Vissa insatser ryms inom ordinarie verksamhetsutveckling. Det finns dock insatser som för att kunna genomföras behöver ekonomiska resurser. Inom BUP behövs i det korta perspektivet en komplettering av kompetensen inom framförallt kognitivt inriktad psykoterapi, t.ex. KBT. En förstärkning behövs av ett utökat antal sjuksköterskor inom verksamheten. Det är framförallt distriktsmottagningarna som behöver denna förstärkning.

Inom primärvården pågår en utbyggnad av kompetens inom det psykiatriska, psykologiska och psykosociala verksamhetsfältet. Utvecklingsplanen för barn- och ungdomspsykiatri medför ett behov av fortsatt utbyggnad inom detta fält och då mot ökad kompetens kring barn och ungdomar. För att basverksamheterna skall kunna erbjuda tidiga förebyggande insatser till barn och ungdomar i riskzonen behövs resurser och kompetens.

Utvecklingsarbete kommer också att behövas inom barn- och ungdomsmedicin, barn- och ungdomshabilitering och vuxenpsykiatri.

Det gemensamma uppdraget för barn- och ungdomspsykiatri i Västra Götalandsregionen inför framtiden är därför:

### ***BUP:s uppdrag 2012***

Barn- och ungdomspsykiatri är en specialistverksamhet som koncentrerar sina insatser till de mest behövande barnen och familjerna. Barn och ungdomar med risk att utveckla svåra psykiska problem samt ungdomar som lider av eller är i inledningsfasen till utveckling av neuropsykiatrisk problematik ges särskild prioritet. För barn och ungdomar med mer komplicerad problematik måste stödet planeras och samordnas utifrån behov hos den enskilde och dess familj. Stödet skall vid behov samordnas och ske i samverkan med andra berörda verksamheters insatser.

Den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriens uppdrag är att:

- Göra fördjupade utredningar
- Diagnostisera psykiska störningar och neuropsykiatriska funktionshinder som kräver specialiserad behandling
- Ge psykiatrisk behandling som inte ges av första linjens sjukvård oavsett om barnen/ungdomarna befinner sig i hemmet, HVB-hem eller på SiS-institution
- Ge konsultation till basverksamheter, primärvård, andra vårdgrannar, socialtjänstens verksamheter samt till SiS-institutioner.