

Kontaktcenter för barn och ungas psykiska hälsa

RAPPORTERING AV TILLGÄNGLIGHET FÖR MEDICINSKA
BEDÖMNINGAR

Förord

Aldrig tidigare har så många barn och unga fått hjälp inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) som idag trots medias larmrapporter. Eftersom fler barn än någonsin söker för psykisk ohälsa både på specialistnivå och i första linjen hos till exempel primärvården får vi ökande väntetider trots att BUP producerar mer vård än någonsin. Att barn och deras familjer söker hjälp är tecken på att behoven ökat men också att det glädjande nog är en lägre tröskel att söka hjälp. För att kunna hjälpa så många barn som möjligt med rätt insatser är det viktigt att det sker en triagering. De barn och unga som inte behöver tillgång till sjukvård får råd, stöd och hänvisning. Att skolan och Socialtjänsten ger det stöd som de kan ge. Att barn och unga som har lindrigare besvär kan få tillgång till första linjens vård och att BUP kan behandla barn och unga med mer omfattande och svårare problematik. Ett kontaktcenter kan bidra till mer jämlikvård genom att de triagerar barn och unga att komma till rätt insatser förutsatt att så väl sjukvården som kommunen kan erbjuda de insatser som behövs.

Stockholm, november 2019

Ing-Marie Wieselgren

Projektchef/Handläggare

Uppdrag Psykisk Hälsa

Avdelningen för vård och omsorg

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	5
Bakgrund	6
Intervju med regioner som har eller kommer införa kontaktcenter	7
Att arbeta med kontaktcenter	7
Vårdgarantin	8
Medicinsk bedömning	9
Metoder som "kontaktcenter" använder eller planerar att använda sig av	10
KVÅ-kod för åtgärd	11
Att rapportera till SKL:s väntetidsdatabas	11
Slutsatser	13
Intervju av regioner	14
Region Halland	14
Region Västmanland	16
Region Skåne	18
Region Sörmland	20
Region Gävleborg	22
Region Kronoberg	25
Region Jönköping	27
Region Kalmar	29
Västra Götalandsregionen	31
Region Norrbotten	33
Bilaga 1	35
Metoder som "kontaktcenter" använder eller planerar att använda sig av	35
Childens Global Assessment Scale (CGAS)	35
Breif Child and Family Phone Interview (BCFPI)	40
Referenser	45

Sammanfattning

I hela samhället diskuteras att barn och ungdomar mår psykiskt dåligt. Det har även inneburit att fler söker sig till sjukvården. Ett flertal regioner har eller kommer att starta upp kontaktcenter för att ha bättre förutsättningar att erbjuda en likvärdig bedömning av barns psykiska hälsa innan man kommer till ett besök i första linjens vård eller till BUP. I kontaktcentrena som finns eller planeras att startas upp kommer man använda sig av Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) och i de flesta fall även Childrens Global Assessment Scale (CGAS) vilka är två metoder som har ett vetenskapligt stöd för att kunna bedöma symtom och kan ge stöd inför en diagnostisk screening. Den första januari 2019 ändrades lagen med en förstärkt vårdgaranti. Den innebär att man ska få kontakt med primärvården första dagen och en medicinsk bedömning av legitimerad personal inom tre dagar. SKL ställde sig frågan - kan regionerna som använder sig av kontaktcenter för barn och ungas psykiska hälsa rapportera det som en medicinsk bedömning inom SKL:s tillgänglighetsmätning av första linjen? SKL genomförde intervjuer med de regioner som har eller planerar att starta kontaktcenter samt gick igenom nya lagstiftningen. Slutsatsen som SKL gör är att det är möjligt för de regioner som önskar att dokumentera BCFPI och i de fall man gör en CGAS med en KVÅ-kod i journalen att rapportera det som ett första besök i väntetidsdatabasen.

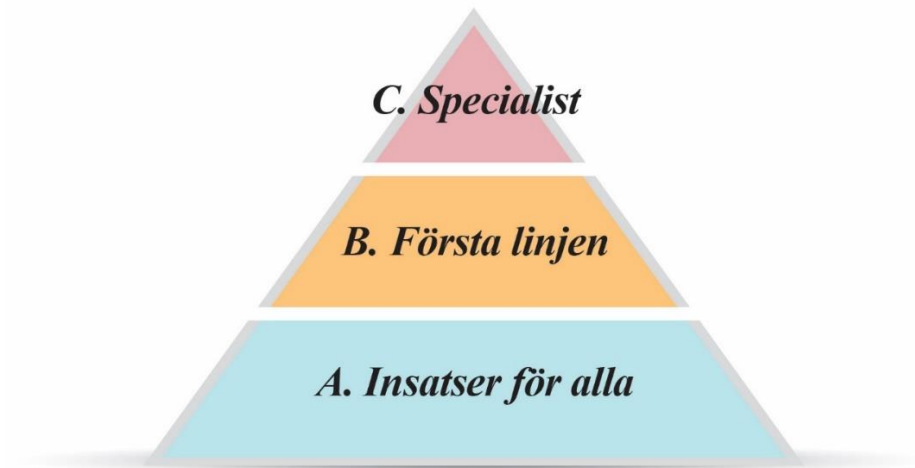
Bakgrund

Enligt Folkhälsomyndigheten anges att allt fler barn och unga i Sverige rapporterar psykisk ohälsa. Sedan mitten av 1980-talet har andelen unga som uppger att de har återkommande psykosomatiska symtom fördubblats, och nästan hälften av 15-åringarna har denna typ av besvär. Regionerna rapporterar att trycket inom första linjens vård och inom barn och ungdomspsykiatri (BUP) har ökat de senaste åren genom att flera söker sig till sjukvården. Samtidigt har aldrig så många barn och unga fått hjälp inom BUP. Rapporten Psykiatri i siffror, framtagen av Uppdrag Psykisk Hälsa, visar att antalet besök inom BUP ökat med 18 procent mellan åren 2016 och 2018 på riksnivå. Även antalet unika patienter har ökat under samma tidsperiod med 3 procent (4000 patienter). Inom BUP ses ytterligare positiva resultat med en ökad bemanning genom att antalet läkare och antalet sjuksköterskor ökat med 9 respektive 3 procent mellan åren 2017 och 2018.

På grund av det ökade trycket i sjukvården av barn och ungdomar som söker för psykisk ohälsa samt att regionerna vill bidra till en jämlik vård sker ett arbete i regionerna för att möta det ökade behovet. Ett flertal regioner har eller kommer att starta kontaktcenter eller utveckla andra former för att få en likvärdig bedömning av barnets psykiska hälsa, att barnet får hjälp på rätt vårdnivå och öka tillgängligheten. Sedan första januari 2019 har den förstärkta vårdgarantin införts i primärvården. Den innebär att en patient ska få kontakt med primärvården samma dag och en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad vårdpersonal inom tre dagar.

För de flesta barn och unga är främjande insatser, såsom bra skolgång, tillräckligt för att må bra och utvecklas. En del behöver stöd eller behandling. Det kan handla om barn och unga som tillhör en riskgrupp, barn som befinner sig i en svår situation eller barn som är sårbara i sig själva. Av dessa behöver en liten grupp omfattande och specialiserade insatser.

Modellen med A) främjande insatser för alla, B) förebyggande och tidiga insatser respektive C) specialiserade insatser kan illustreras som en pyramid. I botten ryms de hälsofrämjande samhällsinsatser som ges alla barn och unga (föräldragrupper på BCV, ungdomsmottagningar, familjecentraler, elevhälsa m m). I toppen finns de specialiserade insatser som barn och unga med omfattande eller allvarlig problematik behöver (till exempel insatser från BUP). I mellanskiktet finns den så kallade första linjen för barn och ungas psykiska hälsa.



Intervju med regioner som har eller kommer införa kontaktcenter

För att få en uppfattning om hur regioner arbetar med kontaktcenter och för att strukturera bedömningar genomfördes intervjuer med nio regioner som uppfattades ha genomfört eller var på gång att göra ett sådant utvecklingsarbete. Arbetet innebär att göra mer jämlika bedömningar av barn och ungas psykiska hälsa samt i ett tidigt skede avgöra vilka barn som ska få insatser i första linjens vård eller inom BUP. Utvecklingsarbete kan även ske inom andra regioner, vi var dock i första hand intresserade att undersöka arbetet med kontaktcenter. Följande regioner har idag kontaktcenter: Halland, Skåne, Sörmland, Gävleborg och Norrbotten. Följande planerar att införa det i början på 2020: Kronoberg, Jönköping och Kalmar. Västerbotten håller på att utreda frågan. I Västra Götaland planerar man inte för att starta ett kontaktcenter utan att första linjens vård för barn och unga psykiska hälsa får en ny modell samt att man ska använda samma screening innan ett besök i första linjen. I Västmanland planeras att införa en triagering inom BUP för att hantera den växande efterfrågan på BUP samt få en enhetlighet i sina bedömningar.

Att arbeta med kontaktcenter

Här beskrivs den samlade bilden av hur regioner som har eller planerar att starta ett kontaktcenter bedriver sitt arbete. Till de respektive kontaktcentren finns det eller kommer att finnas ett telefonnummer som föräldrar och ibland även ung-

domar kan ringa vid oro över barnets psykiska hälsa. Utöver telefon är det möjligt att göra en egenanmälan via 1177-tjänst. Vid telefonsamtal görs ett inledande samtal/screening för att fånga problembilden. Av de kontaktcenter som har arbetat en längre tid får ca 50 % av inkomna samtal hjälp med råd, stöd eller hänvisning. Resterande genomgår en kvalificerad fördjupad intervju med metoden BCFPI som kan kompletteras med CGAS. Metoden/metoderna ger vägledning om hur omfattande barnets besvär är för att omhändertas i första linjens vård eller inom BUP. Om det finns ett behov av en fördjupad utredning eller ett vårdbehov sker en bokning direkt till verksamheterna inom första linjen eller BUP, annars går en remiss till verksamheten som kallar barnet. Första linjen och BUP kan i sin tur använda sig av resultatet för att avgöra om det behövs fördjupade utredningar eller vilka insatser eller vårdåtgärder som behöver sättas in.

Vårdgarantin

Den första januari 2019 infördes en lag om en förstärkt vårdgaranti. Den förstärkta vårdgarantin omfattar primärvården och innebär att en patient ska få kontakt med primärvården samma dag samt en medicinsk bedömning inom tre dagar. Den medicinska bedömningen kan göras av läkare eller annan legitimerad personal. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp som hon eller han ska träffa. Syftet är att använda så mycket som möjligt av den kompetens som finns inom primärvården för att på bästa sätt möta patienternas behov. Att vårdgarantin ändras är en del av omstruktureringen av hälso- och sjukvården där primärvården ska bli den tydliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.

Vad avses då med primärvård? I hälso- och sjukvårdslagens 2 kap 4-5 §§ definieras vård som antingen sluten eller öppen vård. Med sluten vård avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp. I 2 kap 6 § anges att primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Vården ska ges nära invånarna. Även i fortsättningen ska vården i första hand finnas fysiskt nära patienterna. I allt större utsträckning kommer dock vården framöver att distribueras via olika tekniska lösningar. Sedan 2011 har SKL och Socialdepartementet haft överenskommelser med en målsättning att öka tillgängligheten inom BUP och att barn och ungdomar ska få snabb hjälp vid psykisk hälsa. Det innebär att målsättningen för tillgängligheten inom barn- och ungdomspsykiatri är 30 dagar till första bedömning samt ytterligare 30 dagar till fördjupad utredning eller behandling, mätt från den första bedömningen.

Medicinsk bedömning

Vad menas med medicinsk bedömning? Enligt propositionen Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (2017/18:83) skriver man följande:

Från att det tidigare har varit en besöksgaranti inom primärvården där en patient har haft rätt att träffa en läkare inom sju dagar. Det ersätts med en bestämmelse om att patienten ska få en medicinsk bedömning av legitimerad personal inom tre dagar. Den medicinska bedömningen som avses syftar inte till första kontakt utan på den medicinska bedömningen som görs av den yrkesgrupp som patienten därefter möter inom ramen för vårdgarantin. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Den som för patientjournal ansvar för de uppgifter som han eller hon har fört in i journalen. Skyldigheten att föra journal gäller bl.a. alla som har legitimation eller särskilt förordnade och den som jobbar som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården. Bedömningen ska ges via den förmedlingsform som ger patienten störst värde och tillfredsställer patientens behov av försätlig information. Om det är ändamålsenligt kan undersökningen ske på distans genom någon form av teknisk lösning och bedömning om diagnos och/ eller vårdbehov kan på samma sätt förmedlas på distans om det är lämpligt. Om det är ändamålsenligt kan inhämtande av information och i vissa fall t.o.m. undersökning ske på distans genom någon form av teknisk lösning. Den medicinska bedömningen ska dokumenteras i journalen genom en åtgärds- eller diagnoskod.

Metoder för att göra en medicinsk bedömning

Inom området mätning och bedömning finns olika begrepp som ibland används synonymt. Bedömningsinstrument, skattningsskalor, formulär, kartläggningsverktyg är bara några av de begrepp som förekommer. Det viktiga är att definiera syftet med mätningen och att avgöra om det i detta fall kan användas för att göra en medicinsk bedömning när det gäller barn och ungdomar. Hur är det med formulärets evidens, det vill säga dess giltighet i den aktuella kontexten och hur tillförlitligt resultatet av instrumentet bedöms vara? Är instrumentet testat på en svensk population, och har studier visat att mätresultatet blir detsamma vid upprepade mätningar? Vem eller vilka som ska genomföra mätningen kan spela roll för resultatet. För vissa instrument kan det behövas en utbildning eller handledning för de som ska använda det. För att minimera skillnader i resultat mellan olika bedömare är det alltid en god idé att samma person genomför alla mätningar, men i de fall det inte går kan man sätta samman en grupp som hjälps åt med mätningarna. För de instrument som finns i flera versioner (barn, lärare, förälder) kan de olika versionerna tillsammans ge en mer sammantagen bild av aktuellt behov eller problematik.

Vi kommer i denna rapport redogöra för två metoder som kan användas vid ett kontaktcenter och dokumenteras som en medicinsk bedömning i första linjen. Orsaken att vi valt dessa beror på att de kontaktcenter som finns eller kommer

att startas kommer att använda sig av dessa metoder som är så pass omfattande och kan ge en medicinsk bedömning samt att de är evidensbaserade. Det betyder att det även finns andra metoder som kan vara användbara att göra medicinska bedömningar i första linjens vård och som dokumenteras i väntetider.

Metoder som ”kontaktcenter” använder eller planerar att använda sig av

Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI)

BCFPI står för the Brief Child and Family Phone Interview och är en standardiserad och strukturerad intervju som genomförs med hjälp av dator. Intervjun riktar sig primärt till vårdnadshavare till barn mellan 6 och 18 år. BCFPI är framtagen och utvecklad i Kanada och utgår från frågor om psykisk hälsa som hämtats från skalorna som ingår i the revised Ontario Child Health Study (OCHS-R). Frågorna som valdes ut från OCHS-R handlar om ADHD, trots-syndrom, uppförandestörning, separationsångest, generaliserat ångestsyndrom (GAD) samt egentlig depression. Syftet med BCFPI är dock inte att ställa psykiatriska diagnoser utan att få en samlad bild av olika symtomgrupper, därför valdes andra mer beskrivande termer för de olika skalorna i BCFPI. Dessa skalor handlar om; koncentrationsförmåga, impulskontroll och aktivitetsnivå, samarbetsförmåga, uppförande, separation från föräldrarna, hantera oro samt hantera stämningsläge. BCFPI innehåller utöver dessa symtomskalor även skalor som handlar om barnets och familjens funktionsnivå, riskfaktorer samt andra mer specifika frågor som går att ställa vid behov. Som ett komplement använder sig de flesta kontaktcenter sig av CGAS för att få en ytterligare tydligare bild av barnets besvär för att kunna göra sin medicinska bedömning. Under året eller i början av nästa år kommer ett arbete ske för att utveckla metoden BCFPO och då inkludera CGAS i metoden.

Childrens Global Assessment Scale (CGAS)

Global Assessment Scale (GAS) är den första skalan som utvecklats för att bedöma funktionsnivå och inte symtom. En CGAS-skattning gör det möjligt för behandlaren att till ett index väga samman all information som finns om patientens psykosociala funktion och hur funktionen påverkas av de psykiska besvären. Funktionskattning är ett viktigt komplement till sjukdomsdiagnos och ett bra mått på svårighetsgrad.

CGAS är en skattningsskala där behandlare bedömer funktionsnivån hos barn och unga med psykiska symtom i åldrarna 4-20 år. Med det menas hur barnet fungerar hemma, i skolan och tillsammans med kamrater i jämförelse med ett barn i samma ålder med normal funktionsnivå. De funktionsinskränkningar som beror på kroppslig sjukdom eller psykosociala förhållanden ska inte påverka skattningen. En CGAS-skattning kan göras av flera yrkeskategorier inom barn- och ungdomspsykiatri, primärvården, ungdomsmottagningar och första linjen – som alla förväntas ha en grundläggande barnpsykiatrisk kompetens. CGAS-skattningar kan tillsammans med andra data bidra till att beskriva vilka barn och

unga som bör triageras till olika verksamheter (barnpsykiatrisk slutenvård, öppenvård, första linjen, ungdomsmottagning). CGAS kan även användas för att beskriva svårighetsgraden i olika populationer (normalbefolkning, psykiatriska grupper av barn och unga, somatiskt sjuka barn och unga (ex med kronisk sjukdom) eller grupper med social problematik).

För mer detaljerad information om metoderna se bilaga 1.

KVÅ-kod för åtgärd

SKL har i sina kontakter med kontakcenter samlat in vilka KVÅ-koder som används idag eller planeras att användas vid dokumentation i journalen. Utifrån inkomna svar utarbetades ett förslag där samtliga regioner som arbetar med BCFPI och hänvisar till första linjen ställde sig bakom förslaget. Följande koder föreslås att användas av kontakcenter vid sin dokumentation. Verksamheten kan vid behov komplettera med ytterligare koder. Varav XS koderna lämpligast används när anhörig eller ungdomen enbart får rådgivning och AU011 används när man har gjort en BCFPI.

XS011 Information och rådgivning med anhörig per telefon

XS012 Information och rådgivning med patient per telefon

AU011 Skattning av psykiska symtom (i de fall man genomför BCFPI och CGAS).

En längre förklaring för AU011:

Bedömning av bl.a. individens uppträdande, kommunikationsförmåga, kognitioner, stämningsläge och förekomst av psykiska symtom etc. grundad på undersökning med hjälp av vedertagen skattningsskala, strukturerad intervju eller motsvarande. Undersökningen syftar till att kartlägga psykiska symtom avseende förekomst, frekvens och svårighetsgrad. T.ex. PANSS, CPRS, BPRS, BDI, MADRS, Y-BOCS.

Att rapportera till SKL:s väntetidsdatabas

SKL samlar in data om hälso- och sjukvårdens tillgänglighet från Sveriges samtliga regioner. Data sammanställs i SKL:s väntetidsdatabas och resultaten publiceras på väntetider.se. Insamlingen omfattar bland annat tillgänglighet inom barn- och ungdomspsykiatrin och första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa.

Inom SKL:s arbete med tillgänglighet inom vården har respektive region utsett en eller flera samordnare. Samordnarens roll är att vara SKL:s kontaktperson i frågor rörande mätning av tillgänglighet samt att samordna arbetet som rör mätning av tillgänglighet i regionen. SKL anordnar regelbundet träffar med samordnarna för att sprida information och inhämta det samma från regionerna. Samordnarnas roll är viktig för att förankra SKL:s arbete med regionerna.

De medicinska bedömningar som görs inom kontaktcenter kategoriseras av SKL som första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa och kommer därmed mätas som så. Från och med årsskiftet 2019/2020 kommer de kontakter som sker inom första linjen att mätas inom modellen för primärvården. Denna förändring möjliggör för ökad kvalitet och mer precis uppföljning inom första linjen.

Innan årsskiftet 2019/2020 mäts tillgängligheten inom första linjen i en egen modell. Inom denna modell rapporterar en majoritet av regionerna manuellt vilket medför extra arbete för personalen på de rapporterande enheterna. I primärvårdsmodellen kommer all rapportering ske automatiskt via tjänstekontrakt, en typ av teknisk specifikation för informationsutbyte mellan IT-system. Data hämtas alltså från regionernas IT-system, där informationen förhoppningsvis redan finns, och skickas via tjänstekontrakt till SKL:s väntetidsdatabas. Regionerna skickar månatligen in föregående månads data.

Primärvårdsmodellen bygger på att varje kontakt med primärvården rapporteras till SKL och till varje kontakt knyts ytterligare information. Nedan presenteras ett urval av information som knyts till respektive kontakt.

Mätpunkter:

- Datum för beslut om öppenvårdskontakt (väntetidsstart)
- Datum för genomförd öppenvårdskontakt (väntetidsslut)

Patientnära information:

- Ålder på patient
- Kön på patient
- Patients listning
- Patients diagnos
- Åtgärd som gavs till patient

Vårdgivarinformation:

- Region som kontakten skedde i
- Klinik och enhet som kontakten skedde på

Information om vårdkontakt:

- Yrkesgrupp som tog emot kontakten
- Kontakt ingår i vårdgarantin eller ej
- Form av öppenvårdskontakt (ordinärt besök, telefonkontakt osv)
- Första linje-kontakt eller ej

En kontakt med kontaktcenter kommer alltså att rapporteras till SKL:s väntetidsdatabas inom primärvårdsmodellen, men det är inte alla kontakter som kommer redovisas som första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa, utan endast de kontakter där det sker en medicinsk bedömning. Det kommer vara

möjligt för SKL att särskilja en medicinsk bedömning från en övrig kontakt genom informationen som regionerna skickar gällande om kontakten ingår i vårdgarantin eller ej. Den KVÅ-kod som SKL rekommenderar att regionerna registrerar vid medicinsk bedömning inom kontaktcenter kommer därtill att rapporteras tillsammans med eventuell övrig information om vilken åtgärd patienten fick. En kontakt inom ett kontaktcenter sker oftast via telefon och denna information ingår också i modellen.

Med stöd av informationen ovan kommer SKL att kunna presentera tillgänglighetsstatistik för första linjen inklusive de medicinska bedömningar som görs inom landets kontaktcenter. Resultatet kommer att presenteras på väntetider.se.

Slutsatser

SKL har undersökt om de telefonintervjuer som genomförs med en evidensbaserad metod inom dessa kontaktcenter kan kategoriseras som en medicinsk bedömning inom den förstärkta vårdgarantin. SKL har också undersökt möjligheterna för regionerna att rapportera dessa kontakter inom SKL:s tillgänglighetsmätning som redovisas på väntetider.se.

SKL gör bedömningen att de regioner som har eller är på väg att starta ett kontaktcenter där man genomför en bedömning med stöd av BCFPI kan räkna dessa kontakter som ett besök inom den förstärkta vårdgarantin, det vill säga att BCFPI motsvarar en medicinsk bedömning inom första linjen för barn och ungas psykiska hälsa. Dessa kontakter kan registreras inom SKL:s tillgänglighetsmätning som ett första besök inom första linjen för barn och ungas psykiska hälsa. Förutsättningen att en dokumentation kan göras i väntetider är att man håller sig till hur metoden är utformad att genomföras. Vidare gör SKL bedömningen att en genomförd BCFPI-intervju ska dokumenteras i journalen med en KVÅ-kod. Då lagen kräver att en åtgärd eller diagnos ska finnas dokumenterad i journalen vid en medicinsk bedömning. För kompletterande bedömningsinstrument som CGAS gör ingen särskild registrering utöver den som görs för BCFPI.

BCFPI är idag den metod som är vanligast bland de regioner som har eller planerar att upprätta ett kontaktcenter. SKL ser dock att även andra metoder kan motsvara en medicinsk bedömning inom första linjen förutsatt att dessa metoder har motsvarande kvalitet och evidens.

Om en medicinsk bedömning sker genom att patienten eller föräldrarna enbart fyllt i ett formulär utan kompletterande personlig samtal bör det inte rapporteras som en medicinsk bedömning i SKL:s väntetidsdatabas. Orsaken till ställningstagandet är att det behövs mer kunskap om det räcker med att fylla i ett formulär för att kunna göra en medicinsk bedömning. I avvaktan på att den kunskapen saknas ska dessa inte registreras i väntetider.se.

Intervju av regioner

Region Halland

Intervju med Markus Andersson

Organisering av barn- och ungdomspsykiatri Region Halland

Första linjens uppdrag ligger på samtliga 49 vårdcentraler. Ett förslag har dock utarbetats som innebär att vården på första linjen kommer organiseras i noder. Det är i dagsläget oklart om det är vårdcentralerna eller BUP som ska ansvara för dessa. Beslut fattas inom kort.

Barn- och ungdomspsykiatri finns i Halmstad, Varberg, Kungsbacka och Falkenberg.

2011 startades BUP-linjen (En väg in) vilket är en egen verksamhet med eget HSA-ID. Uppdraget är att triagera rätt insats och vårdnivå för första linjen och BUP samt även till skola och socialtjänst. Utöver triageringen ger man råd och stöd till föräldrar och ungdomar. Då verksamheten har funnits sedan 2011 är man en högspecialiserad triageringsenhet som även kan triagera direkt till rätt vårdinsats för vissa patientgrupper.

En väg in (BUP-linjen)

Verksamheten bedrivs av fyra sjuksköterskor som arbetar heltid med uppdraget, en halvtids psykolog, chef och en sekreterare. Öppettider för triageringen är mellan 8.00-17.00.

Föräldrar eller en ungdom ringer till BUP-linjen, och ett kort 5-10 minuter långt samtal genomförs för att undersöka om en utredning ska genomföras eller om man ska ge råd och stöd eller hänvisning. Om behovet verkar större bokas en tid in inom de närmsta dagarna för att genomföra BCFPI som också ligger till grund för en CGAS. Att genomföra intervjun med metoderna samt dokumentation tar ca 60 minuter/patient.

Om patienten är i behov av första linjens vård kan en remiss skickas till berörd verksamhet eller att man uppmanas att ta kontakt med första linjen. Detta kommer att ändras om beslutet blir att BUP även ska ta hand om första linjens vård. Om behovet är att besöka BUP bokas en tid till BUP som har en öppen tidbok.

Utöver att samtal kommer in kan patienter söka genom 1177.se genom egenremiss.

Samtliga remisser kommer till En väg in som tar hand om dessa så att de hamnar på rätt vårdnivå.

Dokumentation och digitala stöd

Man använder sig av TeleQ som ger en möjlig överblick över inkomna samtal.

Resultatet av BCFPI och CGAS dokumenteras i journalen. Man kommer börja använda sig av blå appen som ett digitalt stöd.

Köer

De ser om de har köer genom TeleQ, i dagsläget har de inga.

Kunskapsstöd

Inget specifikt kunskapsstöd finns för medarbetare som ger råd och stöd, utan det bygger på personlig erfarenhet.

Patienter och föräldrar hänvisas till Snorkel och under 2020 kommer man starta upp Ung och deppig som kan ge stöd till fler än de som bor i Halland.

Resultat

Man tycker att det är det bästa som har hänt på BUP, då det blir lika bedömning i hela Region Halland samt att det blir en bedömning som håller en hög nivå. Patienten får snabb feedback. Det underlättar nästa steg för diagnos och behandling. Man tycker att man har en bra uppföljning och att man vet vilka patienter man har och deras resultat. Ger möjlighet till forskning.

Cirka hälften av samtalen som kommer in får råd och stöd medan resterande får genomgå en fördjupad intervju med hjälp av metoderna.

Ett år efter att kontakt tagits med En väg in följs samtliga fall upp med en svarsfrekvens med 80 % vilket visar att majoriteten av patienterna har hamnat på rätt vårdnivå och fått den hjälp de behöver.

Utmaningar med verksamheten

Ha tillräckligt kompetens som stannar. Antalet samtal mellan 2013-2018 har ökat. Man tar även emot patienter från kringliggande län.

Dokumentation av samtalen med utredning

Samtalen dokumenteras hos första linjens barn- och ungdomspsykiatri.

Region Västmanland

Intervju med Antonia Simon Risberg

Organisering av första linjen och barn- och ungdomspsykiatri

Första linjens barn- och ungdomspsykiatri finns sedan ett år tillbaka inom primärvården och ryms under barn- och ungdomshälsan (BU-hälsan). Tidigare fanns första linjen organiserad inom BUP.

BU-hälsan är lokaliserade i Västerås men åker ut till länets kommuner. Första linjen genomför kortare behandlingar som kan bestå av 3-4 samtal och kvarstår problembilden remitteras barnen till BUP.

BUP i Västmanland har en klinik i Västerås och mindre enheter i Fagersta, Sala och Köping, en slutenvård med fem platser som även tar hand om patienter från Sörmland samt en mottagning för ätstörningar som är till för både barn och vuxna.

Inom BUP arbetar 127 personer och öppettiderna är mellan 8.30 - 16.30. Utöver att inflödet av besök till BUP ökar är den andra stora utmaningen att behålla personal och att de ska ha rätt kompetens. Idag ska färre personer göra flera saker vilket blir utmanande för arbetsmiljön.

Inflödet till BUP är cirka 400 remisser/månad och lika många egenanmälningar. Ca 10 % av barnbefolkningen söker sig till BUP.

Idag söker patienten vård på vårdcentral och blir sedan hänvisade till BU-hälsan eller till BUP. Om BUP bedömer att patienten tillhör första linjen ska ärendet tillbaka till den vårdcentral som barnet tillhör. I nästa steg är det vårdcentralen som hänvisar till BU.

Triagering

Man planerar inte att starta upp ett kontaktcenter, utan Triagering för BUP som ska finnas på plats tredje februari 2020.

Orsaken till att man gör arbetet är att det är ett stort inflöde av patienter och har ca 800/månad varav 400 är remiss från första linjen. Man önskar även att få en större enhetlighet i sina bedömningar.

Flödet som de ser framför sig (de befinner sig fortfarande i planeringsfasen) som ska vara digital och följas av forskning:

- En egenanmälan går via 1177
- Patienten fyller i Epic (screeningformulär som påminner om mini)
- Triageringen, patienten blir antingen kontaktad via telefon eller kallad till ett personligt möte eller blir hänvisad till annan vårdnivå

Planen är även att utöver triageringen ska en diagnos kunna sättas vid den första fasen.

Akuta fall omhändertas direkt

Epic ligger/kommer att ligga på Entermedic, en plattform som forskarna tillhandahåller.

Kompetens

Vid triageringen som även kommer att handla om att göra diagnoser kommer det finnas specialistsjuksköterskor, psykologer och läkare. De önskar i ett tidigt stadie triagera depression och ångest och behöver då ha en bred kompetens.

I nuläget är triagen endast för BUP. Personalen kommer att jobba bara på triagen.

Vad skulle de önska sig

Att första linjens verksamhet skulle vara mera känt än vad det är för att patienter som bör behandlas där får den hjälpen och inte kommer till BUP. Att första linjen hade flera behandlingsalternativ, lite som det är för vuxna att de kan behandla lättare till måttliga tillstånd (fler än fyra samtal) då det framförallt är de stressrelaterade tillstånden som ökar som bör tas hand om första linjen.

Särskilda funderingar och medskick till SKL

Man arbetar med att ta reda på vad som är godtagbart för BUP när det gäller första besök, vad ska man ha gjort då och vad kan skötas via telefon och/eller genom digitala vårdmöten.

De vill göra rätt för sig och funderar en hel del kring dessa frågor.

Region Skåne

Intervju med Annelie Rodenäs

Organisering av barn- och ungdomspsykiatri Region Skåne

En väg in i Region Skåne är en central enhet ”kontaktcenter” och är organiserat inom BUP 0-18 år, som även organiserar Första linjen för lindrig till måttlig psykisk ohälsa 6-18 år. I En väg in triageras barn och ungdomar till rätt vårdnivå direkt, dvs. 60 % får råd, stöd och/eller hänvisning, 20 % får tid till Första linjen och 20 % får tid till BUP. En väg in triagerar till 11 BUP-mottagningar och 7 Första linje-mottagningar med tillhörande satelliter.

Kontaktcentret startade 2013 och var då stationerade på fyra orter. En omorganisation genomfördes 2016 som innebär att all verksamhet numera är samlad på en plats.

Uppdraget innebär att de ska bemöta alla medborgare som har ett behov och ge råd och stöd samt triagera till rätt vårdnivå inom första linjen och BUP. Utöver att bemöta alla medborgare ger man även råd, stöd och hänvisning till vårdcentraler, elevhälsan och socialtjänsten där det finns ett särskilt VIP-nummer som de kan ringa för att inte hamna i en kö.

Kontaktcenter

På kontaktcentret arbetar 13 sjuksköterskor och 1 kurator. Det finns tillgång till läkare för råd och stöd. Öppettiderna är mellan 8.00-16.30 och det är möjligt att ställa sig i kö och bli uppringd fram till 15.00.

Den person som svarar i telefonen har ett inledande samtal med särskild screening för att bedöma om det ska resultera i råd, stöd och/eller hänvisning. Om behovet är större genomförs en BCFPI vilket tar ca 30-45 minuter. Man genomför inte CGAS men man ”tänker” CGAS när man triagerar till första linjen eller till BUP. Om patienten ska till första linjen eller BUP bokar man in dessa besök. Detta gäller dock inte fyra BUP-mottagningar, men det kommer att ändras. BCFPI genomförs i dagsläget enbart med vårdnadsgivare men i framtiden kommer man säkert göra dessa även med ungdomar.

Patienter och/eller föräldrar kan även skicka en egen vårdbegäran till 1177 som handläggs på ungefär samma sätt som man gör när man tar telefonsamtal. Den vårdsökande kan även få hjälp med en remiss från ex. elevhälsan, socialtjänst, MBHV eller vårdcentral.

När ett samtal kommer från någon som inte kan svenska ställer man samma screeningfrågor som till de som pratar svenska, men man gör i dagsläget inte hela BCFPI-intervjun. I övrigt så bedömer man och triagerar på samma sätt som till svensktalande personer. I dagsläget förs en diskussion om tolksamtal ska erbjudas på EVI.

Dokumentation och digitala stöd

Man använder sig av en telefontjänst och kan se om det blir kö. Man dokumenterar resultatet i journalen av intervjun. Man dokumenterar även råd och stöd förutsatt att det inte handlar om att man önskar vara anonym. Med stor sannolikhet kommer man att börja använda sig av blå appen framöver.

Kunskapsstöd

Man använder sig av en callguide-tjänst som heter Answer och som man själv byggt upp, vilken bygger på vårdprogram och kommunernas information.

När det gäller föräldrar och ungdomar hänvisar man till snorkel.se, BUP.se med flera, och hänvisar till filmer som har tagits fram i Region Skåne.

Köer

Det blir köer i systemet callguide. Man ser hur många som ligger i kö och hur många, sedan har man en datorskärm. Köerna tas om hand genom att påskynda samtal, annars får man vänta i kön.

Resultat

Nästan allt fungerar bra och man har arbetat med processkartor. Man är glad att systemen fungerar, men man har verkligen arbetat och gör fortfarande för att hitta det bästa och mest effektiva sättet.

För två år sedan när man undersökte såg resultatet ut på följande sätt: 55 % handlar om råd och stöd, 19 % blev inbokade/hänvisade till BUP och 23 % blev bokade till första linjen.

Var ska samtalen med utredning dokumenteras?

Idag registreras det som kvalificerat samtal.

Man bör dokumentera första linjen men hur ska det gå till? Detta diskuteras och kanske får man riktlinjer från SKL – ny KVÅ-kod?

Hur ska man särskilja BUP och hur ska de registreras?

Man ska även ta emot pappersremisser men klarar inte att göra det för alla ännu. På försök tar man hand om Eslövs pappersremisser och hittills har det fungerat bra, men för att klara hela Skåne behövs större lokaler och mer personal.

Region Sörmland

Intervju med Veronica Kurzbaum Dahlberg

Organisering av första linjen och barn- och ungdomspsykiatri

Inom första linjen (Samtalsmottagningen barn och unga) finns 2 enheter/mottagningar 5 dagar i veckan i Eskilstuna och Nyköping med filialer till mindre orter där man finns 2-3 dagar i veckan.

Barn- och ungdomspsykiatri finns i Eskilstuna och Nyköping/Katrineholm men Katrineholmsmottagningen bemannas endast några dagar per månad.

Triageringsteamet är en egen verksamhet inom barn- och ungdomspsykiatri och har funnits sedan 2016. Uppdraget är att ta emot alla nya ärenden, ge råd och stöd, genomföra BCFPI och CGAS. Efter samtal och/eller att BCFPI genomförs och man bedömer att det finns ett behov att komma till första linjen eller BUP bokas tider direkt till dessa verksamheter.

Utöver att man når första linjen via triageringsteamet på telefon kan man boka tid själv via 1177. Det är även möjligt att komma till första linjen på en drop-in-tid som finns en dag/vecka under en timme i Nyköping och Eskilstuna. Drop-in-tiden är till för att göra en bedömning av behov av vård på rätt nivå, hänvisning, råd och stöd och tidsbokning till första linjen.

Triageringsteamet har även som uppdrag att svara på medicinska frågor i pågående ärenden som finns på BUP.

Triageringsteamet har funnits sedan 2017 och det finns sex sjukskötersketjänster. Öppettiderna är mellan 8.00-16.00.

De inleder med ett samtal för att se vilka som ska få råd och stöd och vilka som ska genomgå BCFPI och CGAS. Det är främst de som bedöms som ska gå till BUP efter samtal som genomgår den fördjupade undersökningen med metoden. Samtalet tar ca 45 minuter om man använder sig av BCFPI och CGAS. En dialog pågår för att metoderna ska användas i större omfattning än vad som sker idag.

Dokumentation och digitala stöd

Man använder sig av TeleQ och plattformen för BCFPI. De patienter som genomgår BCFPI och CGAS dokumenteras i journalen. Det finns en plan att verksamheten ska gå in i blå appen när den finns tillgänglig.

Köer

Man har en mycket god tillgänglighet, vilken ligger på 80-90% av alla inkomna samtal.

Kunskapsstöd

Vi har inget särskilt kunskapsstöd som används av medarbetare vid råd och stöd utan det bygger på egen erfarenhet bland medarbetare.

Föräldrar och ungdomar hänvisas inte till något särskilt kunskapsstöd.

Utmaningar

Att hinna att genomföra BCFPI på alla aktuella fall som inte är föremål för råd och stöd. BCFPI ska göras på alla men det har inte blivit så, utan det sker främst på de man i förväg bedömer ska komma till BUP. Man vill dock att det ska ske en förändring så att det sker i alla aktuella ärenden.

Resultat

God tillgänglighet. De gör mycket och de kommer fram. De flesta hamnar på rätt vårdnivå.

Var ska samtalen med utredning dokumenteras?

Första linjen bör dokumenteras som BCFPI.

Region Gävleborg

Intervju med Elisabeth Präntare

Organisering av barn- och ungdomspsykiatri

Verksamhetsområde Familjhälsa/HAB/BUP består bland annat av Första linjen och BUP och är alltså organiserade under samma chef.

Första linjen består av Barn- och familjhälsa (BFH) 0-12 år och ungdomsmottagning (UM) 13-18. Mottagningarna finns i Sandviken (Västra Gästrikland), Gävle (Övriga Gästrikland), Bollnäs och Söderhamn (Södra Hälsingland) samt Hudiksvall med filial Ljusdal (Norra Hälsingland). Traumaenhet ligger i Gävle för alla åldrar.

BUP består av allmänna BUP-mottagningar i Hudiksvall (Norra Hälsingland) och Bollnäs (Södra Hälsingland). I Gävle finns bedömnings- och utredningsenhet, behandlingsenhet (Gästrikland), Länsät samt 2 slutenvårdsplatser i samverkan med VUP.

En väg in startade i februari 2019. Uppdraget är att ta emot vårdbegäran via telefon för barn och unga med psykisk ohälsa i åldern 0-17 år inom VO Familjhälsa, Habilitering och Barnpsykiatri, Region Gävleborg. En första bedömning görs utifrån vårdbegäran och vårdnivån fastställs utifrån symtomens allvarlighetsgrad. I åldern 0-5 år ska beslutstöd för triagering användas och i åldern 6-17 år görs bedömningen via Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI). All egen vårdbegäran triageras via bedömningsverktyget Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) eller genom beslutstöd triagering barn 0-5 år. Utifrån vad intervjun visar, kan en direkt tid bokas till behandlare på Barn- och familjhälsa (BFH), Ungdomsmottagning (UM) och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) inklusive Länsenheten för ätstörningar (Länsät).

Det är möjligt att göra en vårdbegäran via E-tjänster 1177. När den har inkommit till verksamheten bokas en tid in för telefonsamtal och vid behov genomförs en BCFPI. Man genomför orosanmälningar och hänvisar efter vad behovet är.

En väg in

Vid En väg in finns sju tjänster som just nu fördelas på 11 personer. Det består av ett virtuellt team med personer från hela länet där kompetensen är sjuksköterska och kurator, samt att en del har steg 1-utbildning i KBT. Öppettiderna är mellan 8.15-16.00, och när man ringer finns det tider angivna som man kan önska att bli uppringd vid. Idag blir man uppringd samma dag för att bli inbokad till samtal inom tre dagar.

Samtalet börjar med en inledande muntlig kartläggning på 5-10 minuter innan man kommer fram till om behovet är råd och stöd eller om en BCFPI och CGAS ska genomföras. Bedöms att det finns risk för suicid kompletteras det med ytterligare frågor. Att göra BCFPI och CGAS tar ca 45 minuter. I början gjordes längre inledande intervjuer innan beslut men det har minskat alltefter.

Om behov finns av första linjen eller BUP finns öppna tidböcker på BFH, UM och BUP vilket underlättar för personalen och för patienten att direkt kunna boka in en tid som passar för patienten.

Remisser ingår inte i dagsläget och ligger kvar på mottagningar men kommer att kopplas till En väg in de närmaste månaderna.

Dokumentation och digitala stöd

Man använder sig av TeleQ. Man har ett journalsystem för primärvård (PMO) och ett annat för BUP (Melior) vilket komplicerar och tar tid. En dokumentationsmall har tagits fram som man skriver i för att enkelt när vårdnivå beslutats föra över information som ska vara i de olika journalsystemen.

Man använder sig av vissa sökord och dokumenterar anamnes samt sammanställer fakta som kommer från BCFPI och CGAS.

Köer

Man har satt in extra tider för att lösa att det ska fungera. Det var längre handläggningstider i början men man har nu perioder när alla blir uppringda och triagerade samma dag. Det har inte uppstått köer.

Kunskapsstöd

Man använder sig av en projektplats med allt material som lathundar, rutiner osv, sin triageringsrutin, sina vårdprogram som Första linjen och BUP skrivit tillsammans och på så vis fastställt vårdflödet samt av sin samverkansrutin. Alla träffas fysiskt 1g/ månad heldag och har då teammöte och därefter patienthandledning.

Man hänvisar föräldrar och ungdomar till 1177 och vår egen hemsida med olika stöd.

Resultat

En undersökning har gjorts som sträcker sig från start till augusti 2018.

10 % får inget svar

16 % får råd och stöd (avslutas)

18 % blir hänvisade vidare

23 % Barn- och familjehälsa

20 % bokas in på Ungdomsmottagningen

12 % bokas in hos BUP

Vårdbegäran till BUP har minskat. Samma andel som går till familjehälsan (kanske har bollandet mellan verksamheterna minskat).

När förändringen skulle genomföras var det ett stort motstånd, men skulle verksamheten läggas ned skulle det bli massiva protester då medarbetar tycker det har blivit mycket bättre för patienterna. Det är viktigt att det finns kunskap om att förändringar är smärtsamt. Det behövs ett tight team i ledningen men som är inlyssnande. Det blir mycket mytbildningar.

Allting dokumenteras som när man träffar patienten ”live”. För första linjen blir samtalet ett (F).

Region Kronoberg

Intervju med Jessica Roström

Organisering av första linjen och barn- och ungdomspsykiatri

Region Kronobergs Första linjen-verksamhet, Barn- och ungdomshälsan 6-18 år är organiserad under Barn- och ungdomskliniken. Det finns två mottagningar, en i Växjö och en i Ljungby.

Inom psykiatri ligger BUP och vuxenpsykiatri. Det finns två mottagningar för BUP, en i Växjö och en i Ljungby. I Ljungby finns BUP-mottagning och Barn- och ungdomshälsan i samma lokaler.

En väg in

Namnet ”En väg in” är än så länge arbetshypotesen för verksamheten som ska starta första januari 2020. Verksamheten ska vara en egen enhet, organiserad under Barn- och ungdomskliniken. Uppdraget är att ge råd och stöd, bedöma samt att triagera till rätt vårdnivå, till första linjen eller BUP. Samtidigt som En väg införs kommer ett vårdval för BUP att införas första januari 2020.

Planen är att det ska vara fem personer med olika professioner som ska bemanna En väg in. Kurator minst steg 1-utbildning, Sjuksköterska med psykiatriinriktning och/eller steg 1-utbildning, Psykolog, Barnpsykiatriker, Sekreterare, Chef. Steg 1-utbildningarna har olika inriktningar som KBT, Systemisk familjeinriktning samt PDT.

Öppettider kommer att vara 8-11 och 13-16 och där emellan ska en remisskonferens genomföras.

Metod som kommer att användas för bedömning och triagering är BCFPI. (Eventuellt kommer CGAS användas vid behov för att få en kompletterande bild av funktionsnivå.) Triagering med BCFPI görs i de fall där medarbetare i ”En väg in” bedömer att insats i hälso- och sjukvården kan bli aktuell/behövs, antingen insats inom Barn- och Ungdomshälsan eller BUP. Medborgarna ringer till ”En väg in” via TeleQ och får en uppringningstid. Vid detta tillfälle görs all bedömning inklusive BCFPI. Innan samtalet avslutas ska föräldern veta till vilken vårdnivå/vart man ska i nästa steg. Det är oklart ännu om de kommer att kunna erbjuda tider för BUP och första linjen eller om det behöver ske genom att remiss skickas till respektive enhet.

Man ska kunna skicka en egen remiss via 1177 och de ringer upp samt att de kommer att ta emot remisser via Cosmic.

Dokumentation och digitala stöd

Man kommer att använda TeleQ, Cosmic, 1177. Videosamtal vilket man har via Cosmic. Man har inte kommit fram till vad och hur man ska dokumentera i journalen ännu. Man ska även dokumentera i Cosmic de patienter som endast får råd och stöd rörande barnet, förutsatt att man inte önskar vara anonym.

Kunskapsstöd

Man har idag en del framtaget stöd inom barn- och ungdomshälsan, men har inte tagit beslut om det ska användas vid råd och stöd.

När det gäller föräldrar och ungdomar ska det skapas en ny sida på 1177 för "En väg in" med information kring psykisk ohälsa, vad man som förälder kan göra själv och hur kontakt med En väg in går till. Det finns en sida idag som handlar om att vara ung och må dåligt med information som ska infogas i den nya. Där kommer det även finnas kontaktuppgifter och länkar.

Vilka utmaningar ser ni redan idag

Två kulter som ska samordnas. Låg tröskel. Det ska bli tillgängligt.

Alla som ska göra BCFPI. Motstånd för att använda metoden om något annat är enkelt. Rekrytering och grupper.

Var ska samtalen med utredning dokumenteras?

Första linjen som call center. Men hur gör man för BUP 30 dagar?

Region Jönköping

Intervju med Sara Elofsson

Organisering av första linjen och barn- och ungdomspsykiatri

Första linjen Barn- och ungdomshälsan är en del av Region Jönköpings läns länsjukhus som ligger under barn- och ungdomsenheten. medicinsk spår. Det finns tre mottagningar som är placerade i Värnamo, Huskvarna och Nässjö.

BUP länsjukhus ligger inom spåret psykiatri och rehabilitering.

Det finns tre mottagningar som är placerade i Värnamo, Jönköping och Nässjö.

Barn och unga, psykisk ohälsa

Barn och unga, psykisk ohälsa är namnet på verksamheten. Den kommer att starta 1 januari 2020. Målet är att barnen med psykisk hälsa ska komma till ett gemensamt intake. Där kommer man att använda sig av systematiska metoder som BCFPI och CGAS. Man kommer att triagera till första linjen och BUP samt ge råd och stöd. Man kommer att ta emot alla nya ärendena. Samtliga remisserna ska skicka till verksamheten. I de fall att triageringen kommer fram till att barnet behöver komma till första linjen eller till BUP kommer det finnas tillgång till tider att boka direkt till första linjen eller BUP.

Verksamheten kommer att vara öppen dagtid och bemannas av sex telefonrådgivare, vårdadministratör och en chef. I dagsläget ser kompetensen ut på följande sätt: sjuksköterskor och kuratorer, chef och specialistpsykiolog.

Man kommer att konsultera en del av ärendena med ett remissteam bestående av läkare, sjuksköterska och psykolog.

Dokumentation och digitala stöd

Man kommer att använda TeleQ, Cosmic, samt blå appen för BCFPI. Vad och hur man ska dokumentera har inte beslutats ännu utan man tittar bland annat på Skåne och Halland. Man bedömer dock att man ska dokumentera de råd och stöd som ges i journalen för barnet.

Kunskapsstöd

För medarbetare finns det stöd i Cosmic som kan användas samt det som finns på 1177.

När det gäller föräldrar och ungdomar kommer man att hänvisa till 1177, UMO, Snorkel, självhjälp på vägen. Man har ett ganska stort stöd i Jönköping, till exempel JKPG webb/föräldrar. Man kommer ha information som finns på kommunala sidor.

Vilka utmaningar ser ni redan idag ni

Två medicinska spår kräver beslut i olika grupper och budget som ska fungera.
Det finns olika arbetssätt och kultur som föras ihop

Det tar tid med processen. Att skapa ett tydligt gränssnitt som fungerar både
uppdragen man har på Barn- och ungdomshälsan och på BUP samt de resurser
som finns just nu.

Region Kalmar

Intervju med Jessika Grimheden

Organisering av barn- och ungdomspsykiatri

Första linjen-verksamheten är organiserad under primärvård. I Västervik finns ett team, 1 person i Vimmerby-Hultsfred, 1 personer finns i Oskarshamn, 1 team sitter i Kalmar. Vid behov åker man ut till andra orter.

BUP finns i Kalmar-Oskarshamn med två mottagningar. BUP Västervik-Vimmerby finns med en mottagning i Västervik och med en filial i Vimmerby.

Triagering

BUP har tagit beslut om att införa ett arbete med triagering med hjälp av BCFPI som ska starta 1:a februari 2020. Syftet är att triagera mellan BUP och första linjen, men då det inte är ett gemensamt arbete med första linjen som det var tänkt blir det inte på samma sätt som i andra regioner med en tydlig triagering mellan första linjen och BUP. När man har gjort BCFPI och bedömer att patienten bör komma till första linjen får man ta kontakt med första linjen. De kommer i sin tur ta kontakt med patienten och göra sin nyanmälan. Man kommer inte erbjuda råd och stöd till de som ringer eftersom det är ett uppdrag för första linjen.

Det kommer bli ett telefonnummer som omfattar hela BUP för Region Kalmar där sex personer ska dela på tre heltidstjänster. I dagsläget resonerar man om kompetens som socionom, sjuksköterska som kan kompletteras med stöd av läkare.

Man ska kunna ringa och göra en anmälan och man kommer att bli uppringd för att boka in en BCFPI.

Man kommer senare ha möjlighet att skicka ut webbformulär så att man kan fylla i det i förväg som sedan följs upp vid samtalet.

Dokumentation och digitala stöd

Man kommer att använda sig av TeleQ och journal samt plattform för BCFPI.

Kunskapsstöd

Inte aktuellt då inga råd och stöd ska ges utan hänvisning ska ske till första linjen.

Köer

Om man får kö får man ta in flera personer är tanken, när frågan gäller BCFPI.

Vilka utmaningar ser ni redan idag

Bemanna verksamheten. Att man får föra över personer inom vår verksamhet för att arbeta med triagering som inte vill arbeta med dessa frågor. Man kommer dock att rekrytera men vill ha erfaren personal. Man vet inte exakt hur många BCFIP som ska genomföras.

Var ska samtalen med BCFPI-bedömning dokumenteras i väntetider?

Det ska inte ses som ett första besök i BUP, enligt det besked man fått från SKL. Om den möjligheten ges kommer BUP att registrera sin triagering.

Man kommer inte att registrera BUP:s BCFPI-bedömning för primärvården, då det ju inte har skett någon bedömning inom primärvården. Primärvården avser att efter BCFPI-bedömning inom BUP ta upp en egen nyanmälan.

Västra Götalandsregionen

Intervju med Zophia Mellgren

Organisering av barn- och ungdomspsykiatri

Första linjen ligger i primärvården och samtliga 204 vårdcentraler har uppdraget med barn och ungas psykiska hälsa sedan 2009.

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i VGR är organiserade i fem förvaltningar, tre av dem har slutenvård, med 20 platser i dagsläget (men kan utökas vid behov). Inom ramen för VGR:s regionala utvecklingsplan (RUP) avseende BUP kan arbetet och nuläget beskrivas enligt nedan:

- SU – Sahlgrenska Universitetssjukhuset hade vid arbetets början sju utbudspunkter för öppenvård, har idag sex utbudspunkter och det finns förslag på fyra utbudspunkter.
- SkaS – Skaraborgs Sjukhus hade tidigare sex utbudspunkter, har tre idag med en mobil utbudspunkt och har nyligen beslutat om två utbudspunkter med två mobila utbudspunkter.
- NU-sjukvården – Norra Älvsborgs Länssjukhus (NÄL) och Uddevalla sjukhus har fattat ett inriktningsbeslut att se över sin organisation och har svårt att bemanna sina sex utbudspunkter. Förslaget är ett par större centra samt öka de mobila insatserna.
- Södra Älvsborgs Sjukhus – SÄS hade sju utbudspunkter, har i dag tre och ser nu över sina utbudspunkter på nytt. Även SÄS har mobila lösningar.
- KS – Kungälv Sjukhus hade redan vid arbetets början sett över sina utbudspunkter och hade två men ser nu över sin organisation på nytt på grund av svårigheter i att bemanna båda enheterna.

Sammanfattningsvis så finns idag alltså totalt 20 utbudspunkter samt en mobil utbudspunkt i BUP VGR.

I VGR är det primärvården (vårdcentralerna) som har uppdraget att vara första linjens hälso- och sjukvård. I en utredning konstaterades att barn och ungdomar med psykisk ohälsa inte fick den hjälp de behövde. Utredningen konstaterade även att kompetens saknades för att kunna erbjuda målgruppsanpassade behandlingsmetoder. Det resulterade i att det 2016 startades ett tvåårigt pilotprojekt. Till att börja med ingick sex vårdcentraler i projektet som successivt har utökats med ytterligare vårdcentraler. Även projekttiden har blivit förlängd. För närvarande är det sexton vårdcentraler, som har ett tilläggsuppdrag att arbeta med barns och ungas psykiska hälsa.

Försöket ligger till grund för att ta fram en modell som ska fungera för hela VGR. Slutrapporten ska presenteras för politikerna i december 2019 och förslag till beslut, genomförandeplan presenteras under första kvartalet 2020.

I det förslag som tas fram kommer det inte finnas med att man ska ha ett gemensamt callcenter för triagering. En av anledningarna är att det inte finns ett gemensamt journalsystem inom primärvården i VGR, då hälften av vårdcentralerna i regionen är privata utförare med egna system. Projektet har löpande utvärderats och prövat arbetssätt och anser att ett callcenter inte skulle vara resurseffektivt.

Vårdcentraler som har ett tilläggsuppdrag att ta emot barn med psykisk ohälsa i första linjen görs en kvalificerad bedömning. Under pilotprojektet har man utarbetat ett frågebatteri som är planerat att alla ska använda sig av, för att det ska bli en likvärdig bedömning inom första linjen. Det frågebatteri som tagits fram innebär en kvalificerad bedömning och mot bakgrund av det rapporteras det till väntetider i vården och som avser första linjens besök.

Idag kan och som det ser ut i dagsläget kommer man även framöver kunna söka både till första linjen och till BUP. Man använder sig av samma metoder vid behandlingar i första linjen och BUP. Skillnaden är framför allt att barnen som finns i BUP mår sämre eller har en mer komplicerad problematik och all läkemedelsbehandling ska enligt regional medicinsk riktlinje ske i specialistsjukvården. Ibland finns det enskilda läkare i primärvården som skriver ut mediciner och i dessa fall får de ansvara för uppföljningen.

Region Norrbotten

Intervju med Lars Löfgren och Johanna Jonsson

Organisering av barn- och ungdomspsykiatri

Samtliga hälsocentraler har ett uppdrag att vara första linjen för barn och ungdomar vid psykisk ohälsa. Utöver det finns Barn- och ungdomshälsan som idag finns för alla hälsocentraler i Luleå, Piteå och Boden. På sikt är meningen att Barn- och ungdomshälsan ska finnas för hela Norrbotten.

BUP har en länschef men en verksamhetschef för varje mottagning som finns i Sunderby (Luleå och Boden), Piteå, Kalix och Malmfältet.

En gemensam överenskommelse finns vad som är skiljelinjen mellan första linjen och BUP, vilken reviderades och blev klar inför sommaren 2019.

Buplinjen startade i april 2018 och tar emot alla nya ärenden till BUP i länet genom remisser från annan vårdgivare eller instans. Föräldrar kan också ringa till callme för att upprätta egenvårdbegäran eller för telefonrådgivning.

Buplinjen

På Buplinjen arbetar fem personer. Två psykiatrisjuksköterska, en mentalsköterska, en socialpedagog, en sjuksköterska och en administratör. BUP-linjen tar emot telefonsamtal mellan 7.30-16.00 på veckodagarna. Efter ett inledande samtal på 5-10 minuter där man konstaterat att det finns en uppenbar psykisk ohälsa där det inte räcker med att man får råd, stöd eller hänvisning bokas ett samtal för att göra en BCFP-intervju inom en vecka. Efter att en BCFPI-intervju med CGAS skattning är genomförd och man konstaterar att det finns vidare behov av fördjupad bedömning och ställningstagande till eventuell behandling eller utredning bokas besök på BUP. Två av BUP-mottagningar har öppna tidböcker för BUP-linjen att boka i, i övriga två BUP-mottagningar sköter sina bokningar själv

Om patienten inte har behov av BUP-kontakt rekommenderas förälder/patient att ta kontakt med första linjen, hälsocentral, ungdomsmottagning, elevhälsa eller socialtjänst.

BCFPI kan även göras med barnet själv om de är kring 14-15 år, men huvudsakligen genomförs den med förälder. Ett samtal tar 45-60 minuter, sedan tillkommer tid för dokumentation, samskattning i teamet samt inbokning till berörd verksamhet i de fall ärendet ska vidare till BUP

Köer

Till buplinjen finns inga köer.

Digitala kanaler

De digitala stöden är call me, plattform för att göra BCFPI och journalsystemet VAS.

Kunskapsstöd

Inget specifikt etablerat stöd används förutom det enskilda medarbetare har kännedom om. Det viktigast stödet är den personliga erfarenheten.

Det sker ingen särskild hänvisning för föräldrar och ungdomar för att ta del av mer information. Möjligtvis sker en hänvisning till 1177.

Resultat

Det inkommer ca 254 samtal på callme varje månad, av dessa finns ca 175 tillgängliga tider till förfogande och som besvaras. Det genomförs ca 25 BCFPI-intervjuer varje vecka. Vi har ett tydligt syfte och uppdrag där vi är en liten grupp som samverkar bra så att det blir bra för patienten.

Då verksamheten är relativt ny finns det naturligtvis stora utvecklingsmöjligheter som t.ex. att få igång flödet och ha tillgång till tidböcker till alla BUP för att kunna boka. Samt att få till bättre samverkan med första linjen.

Bilaga 1

Metoder som ”kontaktcenter” använder eller planerar att använda sig av

Childens Global Assessment Scale (CGAS)

Global Assessment Scale (GAS) är den första skalan som utvecklats för att bedöma funktionsnivå och inte symtom. Den utvecklades 1978 vid Columbia University, USA. Barnversionen **Children's Global Assessment Scale (CGAS)** skapades 1983 under ledning av David Shaffer. En CGAS-skattning gör det möjligt för behandlaren att till ett index väga samman all information som finns om patientens psykosociala funktion och hur funktionen påverkas av de psykiska besvären. Funktionsskattning är ett viktigt komplement till sjukdomsdiagnos och ett bra mått på svårighetsgrad.

CGAS är en skattningsskala där behandlare bedömer **funktionsnivån** hos barn och unga med psykiska symtom i åldrarna 4-20 år. Med det menas hur barnet fungerar hemma, i skolan och tillsammans med kamrater i jämförelse med ett barn i samma ålder med normal funktionsnivå. De funktionsinskränkningar som beror på kroppslig sjukdom eller psykosociala förhållanden ska inte påverka skattningen. En CGAS-skattning kan göras av flera yrkeskategorier inom barn- och ungdomspsykiatri, primärvården, ungdomsmottagningar, första linjen - som alla förväntas ha en grundläggande barnpsykiatrisk kompetens. Det är ingen skala som kan användas av lekmän. En bra skattning med CGAS kräver att man kan instrumentet, har fyllig information om hur vardagen fungerar, kan de psykiska diagnoserna och hur de brukar yttra sig men också att man regelbundet samskattar sig i grupp eller mot övningsfall.

Olika CGAS-värden kan rangordnas i förhållande till varandra vilket utmärker en ordinalskala. Man kan uttala sig om att ett barn har högre eller lägre funktionsnivå jämfört med ett annat barn, eller jämfört med samma barn som funktionsbedöms vid olika tillfällen. Men man kan inte uttala sig om precis hur mycket bättre eller sämre ett barn fungerar jämfört med någon annan eller sig själv. Skalan går från 1 (sämst) till 100 (bäst). Patienter inom heldygnsvård brukar skattas inom området 1-30, inom öppenvård i området 31-60, patienter i området 61-70 kan behöva visst stöd medan friska personer brukar ligga i området 71-100.

En diagnos grundar sig på de symtom och beteenden som patienten har utifrån sina psykiska besvär. Det krävs också att symtomen ska påverka funktionen för att diagnoskriterierna ska vara uppfyllda, men det är inte funktionsbeskrivningen som ligger till grund för diagnosen.

Vad kan man använda CGAS till?

CGAS är användbart såväl för den enskilde behandlaren (i arbetet med den unge och dennes familj, som feedback i behandlingsarbetet) som för verksamhetens behov av prioriteringar, beskriva vårdtyngd, bedriva kvalitets- och förbättringsarbete samt för forskning.

CGAS-skattningar kan tillsammans med andra data bidra till att beskriva vilka barn och unga som bör triageras till olika verksamheter (barnpsykiatrisk slutenvård, öppenvård, första linjen, ungdomsmottagning). CGAS kan även användas för att beskriva svårighetsgraden i olika populationer (normalbefolkning, psykiatriska grupper av barn och unga, somatiskt sjuka barn och unga (ex med kronisk sjukdom), grupper med social problematik).

Regelbundna funktionsbedömningar uppmärksammar funktionsnivån i behandlingsarbetet på ett naturligt sätt. Det är inte bara psykiska symtom som behöver minska utan den unge behöver också förbättra och/eller återfå sin tidigare psykosociala funktionsnivå. Genom att upprepa CGAS-skattningar tar man reda på viktiga detaljer i vardagsfunktionen och hur de utvecklas under behandlingens gång.

CGAS ingår ofta tillsammans med flera andra skalor som utfallsvariabel i behandlingsstudier. Flera kvalitetsregister såväl i Sverige som utomlands använder CGAS bland sina skattningsinstrument.

CGAS har också visat sig ha ett prediktivt värde vad gäller högst uppnådda värde under uppväxten. Unge med ett tidigare bästa CGAS-värde på 60 eller lägre, oavsett diagnos, har en ökad risk för psykisk ohälsa och kriminalitet i framtiden. Detta är ett observandum i synnerhet vid övergång till vuxenpsykiatri där en omsorgsfull planering kan behövas för att föra över den unge från en vårdenhet till en annan.

Reliabilitet och validitet

Reliabiliteten kan mätas såväl mellan olika behandlare, interbedömarreliabilitet, som mellan samma behandlare, intra-bedömarreliabilitet.

När det gäller CGAS är reliabiliteten mellan bedömare relativt god. Det mäts med hjälp av ICC, intraclass correlation coefficient, som kan variera mellan 0 och 1. Om värdet är 1 skattar alla behandlare exakt lika (vilket är orealistiskt vid den här typen av skala). Värden på ICC bland större grupper av kliniker har visat sig ligga kring 0,6-0,8 vilket anses vara godkänt när det gäller den typen av bedömning som görs i ett kliniskt barnpsykiatriskt arbete. Det finns dock en tendens att otränade och oerfarna bedömare skattar patientfall högre jämfört med en grupp erfarna kliniker (både barnpsykiatriker och psykologer).

Validiteten, dvs. hur giltig bedömningen är, är svår att fastställa då det saknas en "gold standard" för hur man mäter funktionsnivån. Det blir ett hypotetiskt resonemang där man kan jämföra en bedömning med "best estimate for gold standard" som ofta utgörs av en grupp erfarna kliniker som resonerat kring en bedömning. Man kan också jämföra CGAS-resultaten med värden från en annan

liknande skala. Bland annat finns det studier där man jämfört CGAS-värden med resultaten från CBCL, Child Behaviour Check List.

Vad ska skattas ?

Hemma, med familjen: Hur man relaterar till föräldrar och till syskon, hur man klarar sömn och sköter sin hygien, hur man klarar måltider, hur man tar hand om sina saker och sitt rum, hur man aktivt deltar hemma med olika sysslor - allt i jämförelse med vad som bedöms som normalfungerande för ett barn i samma ålder.

Kamrater: Hur man fungerar tillsammans med kamrater, att man har vänner som främjar positiv utveckling, att det finns ömsesidighet i kamratrelationer, att man kan behålla vänner över tid, att man kan skapa nya kamratrelationer ex vid skolbyte, att man deltar i socialt samspel och kan göra saker tillsammans ex delta i olika fritidsaktiviteter.

Skolan: Hur man fungerar i skolan både i klassrum och mellan lektioner, att man närvarar som planerat, att man klarar att gå i normal klass utan extra hjälp, kan ta in kunskaper, klara kunskapsnivån för godkänt, kan koncentrera sig på uppgifter, slutföra uppgifter utifrån ålder.

Olika informationskällor behövs

Behandlaren tar en noggrann barnpsykiatrisk anamnes motsvarande den som behövs för att göra en diagnostisk bedömning. Man behöver inkludera frågor om hur funktionen sett ut över tid men också särskilt kring den senaste månaden. Det är väsentligt att flera informationskällor används.

Samtalet sker oftast med både föräldrar och barn. Ofta ses man först alla tillsammans. Ibland kan det bli aktuellt med en separat föräldraintervju och att man träffar barnet individuellt. CGAS kan även skattas utifrån uppgifter man fått via telefonsamtal med förälder men då med större osäkerhet.

Information från skolan kan fås via barnet och föräldrarna men allra bäst är om den kompletteras med skriftlig information eller ett skattningsformulär ifyllt av lärare alternativt telefonsamtal till skolan.

Så gör du en CGAS-skattning

Samla in information från flera källor för att skatta barnets **lägsta funktionsnivå** under den **senaste månaden**.

1. Värdera den information om funktionsnedsättning du har fått inom områdena hemma, skola, kamrater och fritid i kategorierna ingen nedsättning (dvs. normal funktion), lindrig, måttlig, betydande nedsättning eller oförmögen att fungera och till sist om det krävs övervakning.

2. Varje intervall i CGAS har en rubrik i **fet stil**. Läs respektive rubrik och vandra neråt i skalan. Fortsätt ända tills du kommer till ett intervall där rubriken känns för "låg" för att motsvara den lägsta funktionsnivån under den senaste månaden.
3. Gå tillbaka till intervallet ovanför det som uppfattades som för "lågt".
4. För att bekräfta att du hamnat i rätt intervall; läs de exempel som finns under rubriken i intervallet och se om något kan stämma med den aktuella patienten.
5. Avgör om du ska välja ett värde högt, lågt eller någonstans mitt i ditt valda intervall. Ta också hjälp av att läsa beskrivningarna som finns i intervallet ovanför och i intervallet under. Då kan du lite lättare avgöra om funktionsnivån som ska skattas hamnar någonstans i mittenområdet (-4, -5, -6, -7) eller lutar åt det högre området (-8, -9, -0) eller det lägre området (-1, -2, -3)
6. Slutligen, bestäm det enskilda CGAS-värde som du tycker bäst motsvarar den **lägsta funktionsnivån** den **senaste månaden**.

Genomför skattningen oberoende av diagnos, behandling eller prognos. Om patienten har förbättrats via behandling med samtal eller medicinering så ska den uppnådda funktionen skattas. Om vardagen däremot fungerar bättre för att förälder eller annan person kontinuerligt gör insatser så ska denna förbättring inte höja skattningen eftersom skattningen ska avse patientens egen förmåga.

Det är patientens lägsta funktionsnivå under den senaste månaden som bedöms vid CGAS-skattningar. Man inkluderar barnets fungerande hemma med familjen, relation till syskon och föräldrar, att man klarar åldersadekvata sysslor, sömn, hygien, måltider etc. I skolan bedöms hur man klarar sina uppgifter på åldersadekvat nivå, behövs det extra resurser, närvaro, ta emot instruktioner, slutföra uppgifter, klara av alla ämnen på lägst godkänd nivå. Kamratkontakter bedöms utifrån förmåga till ömsesidiga relationer, leka och delta i socialt samspel, skapa relationer som innebär positiv utveckling, hålla kvar relationer, delta i fritidsaktiviteter.

CGAS är ingen skala som bedömer familjens fungerande utan det är barnets individuella funktionsnivå som motsvarar CGAS-värdet.

CGAS-skattning

Epidemiologiska studier har visat att CGAS-värden skiljer sig signifikant mellan olika grupper beroende på graden av psykiska symtom och behovet av barnpsykiatrisk vård.

Barn och unga med CGAS 71-100 anses ha en normal funktionsnivå.

Barn och unga med CGAS 61-70 bedöms vara troliga kliniska fall.

Barn och unga med CGAS 60 och lägre bedöms vara säkra kliniska fall.

100–91

Synnerligen god funktionsförmåga inom alla områden (hemma, i skolan och med kamrater), involverad i flera olika aktiviteter och har många intressen (t.ex. har hobbies eller deltar i aktiviteter utanför skolan eller tillhör en organiserad grupp såsom scouter, etc.). Sympatisk, gott självförtroende, vardagliga bekymmer blir aldrig ohanterliga. Klarar sig bra i skolan. Inga symtom.

90–81

God funktionsförmåga inom alla områden. Trygg i familjen, skolan och med kamrater. Det kan förekomma tillfälliga svårigheter och vardagsbekymmer som ibland blir ohanterliga (t.ex. oro i anslutning till ett viktigt prov, sporadiska vredesutbrott mot syskon, föräldrar eller kamrater).

80–71

Endast lindriga funktionssvårigheter hemma, i skolan eller bland kamrater. Viss beteendestörning eller vissa känslomässiga problem kan förekomma som reaktion på stressframkallande livshändelser (t.ex. föräldrars separation, dödsfall eller ett syskons födelse), men dessa är kortvariga och funktions-svårigheterna övergående. Dessa barn är ytterst lite störande för andra och anses inte avvika av personer som känner dem.

70–61

En del svårigheter inom ett enstaka område, men fungerar allmänt sett ganska väl (t.ex. sporadiska eller isolerade antisociala handlingar som tillfälligt skolk eller snatteri; genomgående smärre svårigheter med skolarbete, kortvariga växlingar i stämningsläge; rädslor och ängslan som inte leder till undvikande beteende; tvivel på sig själv). Har meningsfulla relationer. De flesta personer som inte känner barnet väl skulle betrakta honom/henne som normal, men de som känner honom/henne väl skulle kunna uttrycka oro.

60–51

Varierande funktionsförmåga med sporadiska svårigheter eller symtom inom flera, men inte alla, sociala områden. Störningen skulle vara uppenbar för dem som träffar barnet i ett dysfunktionellt sammanhang eller vid en dysfunktionell tidpunkt, men inte för dem som ser barnet i andra sammanhang.

50–41

Måttlig störning av funktionsförmågan inom de flesta sociala områden eller allvarlig störning av funktionsförmågan inom ett område, vilket kan orsakas av t.ex. suicidal upptagenhet eller suicidala grubblerier, skolvägran och andra former av ångest, tvångsmässiga ritualer, allvarliga konversionssymtom, täta ångestattacker, ofta förekommande aggressivt eller annat antisocialt beteende med visst bibehållande av meningsfulla sociala relationer.

40–31

Betydande nedsättning av funktionsförmågan inom flera områden och oförmögen att fungera inom ett av dessa områden, dvs. störd hemma, i skolan, med kamrater eller i samhället i stort (t.ex. ihållande aggression utan uppenbar anledning; påtagligt tillbakadraget och isolerat beteende beroende på antingen stämnings- eller tankestörning, suicidförsök med tydlig dödlig avsikt). Dessa barn behöver sannolikt särskild skolgång och/eller intensifierad öppenvård/inläggning på sjukhus.

30–21

Oförmögen att fungera inom nästan alla områden, t.ex. stannar hemma eller i säng hela dagen utan att delta i sociala aktiviteter eller allvarlig störning av realitetsprövning eller allvarlig kommunikationsstörning (t.ex. ibland osammanhängande eller inadekvat).

20–11

Kräver ansenlig tillsyn och övervakning för att förhindras att skada andra eller sig själv, t.ex. ofta våldsam, upprepade suicidförsök eller för att sköta personlig hygien eller grav störning av all kommunikation, t.ex. allvarlig avvikelser i verbal kommunikation och kroppsspråk, markant socialt otillgänglig, stupor, etc.

10–1

Kräver ständig tillsyn och övervakning (24-tim vård) på grund av allvarligt aggressivt eller självdestruktivt beteende eller grav störning av realitetsprövning, kommunikation, kognition, affekt eller personlig hygien.

Referenser : Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, & Aluwahlia S. Psychopharmacology Bulletin 1985, 1:747-8.

Anpassning av "the Global Assessment Scale for Adults" Spitzer RL, Gibbon M & Endicott i Archives of General Psychiatry 1983, 40:1228-1231.

Breif Child and Family Phone Interview (BCFPI)

BCFPI står för the Brief Child and Family Phone Interview och är en standardiserad och strukturerad intervju som genomförs med hjälp av dator. Intervjun riktar sig primärt till vårdnadshavare till barn mellan 6 och 18 år. BCFPI är framtagen och utvecklad i Kanada och utgår från frågor om psykisk hälsa som hämtats från skalorna som ingår i the revised Ontario Child Health Study (OCHS-R). Frågorna som valdes ut från OCHS-R handlar om ADHD, trottsyndrom, uppförandestörning, separationsångest, generaliserat ångestsyndrom (GAD) samt egentlig depression. Syftet med BCFPI är dock inte att ställa psykiatriska diagnoser utan att få en samlad bild av olika symtomgrupper, därför valdes andra mer beskrivande termer för de olika skalorna i BCFPI. Dessa skalor handlar om; koncentrationsförmåga, impulskontroll och aktivitetsnivå, samarbetsförmåga, uppförande, separation från föräldrarna, hantera oro samt hantera stämningsläge. BCFPI innehåller

utöver dessa symtomskalor även skalor som handlar om barnets och familjens funktionsnivå, riskfaktorer samt andra mer specifika frågor som går att ställa vid behov.

Det finns mycket stöd för att standardiserade instrument förbättrar triagering till rätt vårdnivå och insats. Forskning har visat att BCFPI ger en god diagnostisk screening och att skalorna som används inom BCFPI stämmer relativt väl överens med diagnoser utifrån den diagnostiska föräldrantervjun DISC-V (Diagnostic Interview Schedule for Children, version V). BCFPI har också utvärderats i en svensk miljö och jämförts med så kallade LEAD (Longitudinal Expert All Data)-diagnoser, överlag fanns det god överensstämmelse mellan dessa och symtomskalorna i BCFPI.

Beskrivning av skalorna

Intervjun är uppdelad i olika huvudskalor som i sin tur kan delas in i olika delskalor, för en övergripande struktur över skalorna se tabell 1. Psykisk hälsa mäts med sex olika delskalor som handlar om vanligt förekommande symtomgrupper hos barn och ungdomar. Barnets fungerande och dess påverkan på familjen mäts med tre skalor som handlar om barnets funktionsnivå och två skalor som handlar om familjens funktionsnivå. Riskfaktorer mäts med tre olika skalor, varav en handlar om symtom på depressivitet hos vårdnadshavaren. Se bilaga 1 för vilka frågor som ingår i de olika delskalorna.

Tabell 1. Skalorna i BCFPI uppdelade på huvud- och delskalor.

Huvudskala	Delskalor
Psykisk hälsa	Koncentrationsförmåga, impulskontroll och aktivitetsnivå Samarbetsförmåga Uppförande Separation från föräldrarna Hantera oro Hantera stämningsläge
Barnets fungerande och dess påverkan på familjen	Barnets sociala deltagande Kvaliteten på barnets relationer Barnets deltagande och prestation i skolan Familjens aktiviteter Familjens välbefinnande
Riskfaktorer	Depression, uppgiftslämnaren Familjens funktionsnivå Misshandel
Andra frågor att ställa vid behov	Mobbning Grymhet mot djur Eld Användning av droger Specifik rädsla Social fobi

	Tvångstankar Tvångsmässigt beteende Motoriska problem Tankeproblem Skolvägran Selektiv mutism Trakasserier/mobbning Trauma Talsvårigheter Utvecklingsproblem Inlärningsproblem Fetalt alkoholsyndrom Sömnproblem Ätstörningar Enures Enkopres Sexuella problem
Motivation, hinder och avslutning	Motivation Hinder

Hur går det till?

BCFPI-intervjun börjar med en öppen fråga där föräldern får beskriva kontaktorsak, hur barnet fungerar och ge en kort bakgrund. Därefter följer fasta frågor och svarsalternativ, fördelade på skalorna som beskrivits ovan. Svarsalternativen är antingen *aldrig*, *ibland* eller *ofta*; eller *inte alls*, *lite* eller *mycket*. För frågorna som handlar om symtom på depressivitet hos vårdnadshavaren är svarsalternativen antalet dagar under den senaste veckan som personen upplevt symtomen. Oftast genomförs intervjun med barnets vårdnadshavare men äldre ungdomar kan också besvara frågorna själva. Intervjun tar ungefär en timme att genomföra. När intervjun är klar ges en kort återkoppling till vårdnadshavaren om vilken bedömning som gjorts samt planering framåt. Vid behov erbjuds också en bokad tid inom primärvården eller BUP. Intervjuaren journalför därefter sin bedömning. Efter ungefär tolv månader erbjuds en uppföljande intervju i syfte att följa upp hur det gått för barnet och hur barnet mår idag.

Resultat av intervjun

Efter genomförd BCFPI-intervju sammanställs resultatet av frågorna i en graf. Staplarna presenteras i så kallade t-poäng där medelvärdet är 50 och standardavvikelsen 10. Generellt gäller för t-poäng att ett värde som är 65 eller högre betraktas vara av potentiell klinisk betydelse och motsvarar de sju procent som har störst svårigheter inom området. BCFPI är normerad utifrån kanadensiska pojkar och flickor i åldrarna 6-12 år samt 13-18 år. Det innebär att resultatet av varje BCFPI-intervju jämförs med resultaten inom dessa normgrupper. De kanadensiska normerna används även i Sverige. Efter genomförd intervju fastställer intervjuaren även ett preliminärt värde på C-GAS

(Children's Global Assessment Scale), som är en skala mellan 1 och 100 som används för att bedöma barns psykosociala funktionsnivå. Detta värde bör samvariera med barnets övergripande funktionsnivå som det beräknats i BCFPI-intervjun.

Tolkning av grafen

Som beskrivits ovan presenteras de olika staplarna i t-poäng där ett värde som är 65 eller högre indikerar att symtom föreligger (se tabell 2). Detta ger viktig information inför bedömning av exempelvis vårdnivå, behandling och övriga insatser.

Ofta kommer flera olika staplar att ge utslag i grafen, alltså att flera staplar får en t-poäng som är 65 eller högre. Eftersom syftet med BCFPI inte är att ställa psykiatriska diagnoser, utan istället få en samlad bild av olika symtom blir det behandlarens uppgift att värdera informationen från BCFPI i ett diagnostiskt ställningstagande. När flera staplar indikerar olika symtom kan det vara till hjälp att tänka på symtomens förlopp, det vill säga att undersöka vilka symtom som fanns först och vilka som tillkommit senare. Ett exempel på detta är om både staplarna för ADHD och sinnesstämning ger utslag samtidigt. Ett förhöjt värde på stapeln för sinnesstämning indikerar depression, vilket kan ge symtom som liknar ADHD. En obehandlad ADHD kan i sin tur påverka sinnesstämningen negativt och leda till depressiva symtom.

När flera staplar ger utslag kan det också vara bra att tänka differentialdiagnostiskt, det vill säga att försöka särskilja olika symtom från varandra. Ett exempel på det är om både sinnesstämning och samarbetsförmåga ger utslag samtidigt. Stapeln för samarbetsförmåga indikerar trotsyndrom medan stapeln för sinnesstämning indikerar depression. Det betyder dock inte att personen automatiskt har både trotsyndrom och depression, det kan vara så att stapeln för samarbetsförmåga är förhöjd på grund av den irriterbarhet som kan vara ett symtom på depression.

Tabell 2. De olika staplarna och vad de indikerar.

Uppmärksamhet	Indikerar ADHD uppmärksam (ADD). Fångar flickor och tonåringar bättre. Viktigt med förloppet och att utesluta inlärningssvårigheter och depression, samt att undersöka eventuell social belastning.
Impulskontroll och aktivitet	Tolkas inte enskilt utan bör beaktas tillsammans med föregående och efterföljande stapel.
Koncentration, uppmärksamhet och aktivitet	Sammanslaget mått av de två föregående staplarna. Indikerar

	ADHD. Viktigt vara uppmärksam på om miljön redan är anpassad.
Samarbetsförmåga	Indikerar trotssyndrom men kan också visa på en belastad hemsituation. Vid samtidig depressivitet kan utfall indikera svårare depression snarare än beteendestörning.
Uppförande	Indikerar uppförandestörning. Tolkas bäst kvalitativt då höga t-värden kan förekomma utan att beteendestörning föreligger.
Utagerande	Indikerar ADHD med beteendeproblem.
Självständighet	Indikerar ångestsyndrom. Kan tyda på separationsångest.
Hantera oro	Indikerar GAD. Viktigt med differentialdiagnostik då symtomen kan bero på exempelvis ADHD/autism/depression.
Sinnesstämning	Indikerar depression. Utfall hos barn under 13 år tyder oftare på nedstämdhet än klinisk depression, som är ovanligt hos den åldersgruppen. Hög samsjuklighet.
Sinnesstämning och självskadebeteende	Kombination av sinnesstämning och självskadebeteende. Vid utfall bör frågorna som besvarats undersökas närmre för att få en bild av eventuellt självskadebeteende.
Inåtvändhet	Emotionell sammanslagen skala (ångest och depression). T-värde över 70 indikerar ofta svårare affektiv problematik.
(Inåtvändhet och utagerande)	Sammanlagd symtomtyngd. Används inte.
Socialt deltagande	Tyder på isolering. Kan vara olika anledningar. Fundera runt förlopp och depression.

Kvalitet på barnets sociala relationer	Tyder på att barnet har svårt att komma överens med andra (C-GAS relationer).
Skoldeltagande och prestation	Fungerande i skolan (C-GAS skola).
Övergripande funktionsnivå barn	Sammanslaget mått som indikerar funktionsnivå. Bör samvariera med C-GAS.
Familjeaktivitet	Indikerar låg funktionsnivå i hemmet.
Familjens välbefinnande	Familjens mående och funktionsnivå.
Övergripande familjesituation	Sammanvägt mått på familjens fungerande. Tyder på problem i hemmet (C-GAS hem).
Sinnesstämning uppgiftslämnare	Indikerar depressivitet hos vårdnadshavare. Resultatet på övriga frågor bör tolkas försiktigt vid utfall då det finns risk för överrapportering av symtom.
Familjens funktionsnivå	Relationer inom familjen.

Referenser

Andersson, M. (2019). Screening and diagnostics in child and adolescent psychiatry. (Doktorsavhandling, Lunds Universitet, Lund). Hämtad från [https://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/screening-and-diagnostics-in-child-and-adolescent-psychiatry\(543b1c9c-f6ad-4a81-b5fa-92ceaeac11ac\).html](https://portal.research.lu.se/portal/sv/publications/screening-and-diagnostics-in-child-and-adolescent-psychiatry(543b1c9c-f6ad-4a81-b5fa-92ceaeac11ac).html)

Boyle, M. H., Cunningham, C. E., Georgiades, K., Cullen, J., Racine, Y., & Pettingill, P. (2009). The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): 2. Usefulness in Screening for Child and Adolescent Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 424-431. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01971.x>

Cunningham, C., Boyle, M., Hong, S., Pettingill, P., & Bohaychuk, D. (2009). The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): 1. Rationale, development, and description of a computerized children's mental health intake and outcome assessment tool. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 416-423. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01970.x>

Gålnander, A. (2015). BCFPI som screeninginstrument inom BUP i Halland – en utvärdering. (Examensarbete, Lunds Universitet, Lund). Hämtad från <http://lup.lub.lu.se/student-papers/record/5430790>

Kontaktcenter för barn och ungas psykiska hälsa

rapportering av tillgänglighet för medicinska bedömningar

I hela samhället diskuteras att barn och ungdomar mår psykiskt dåligt. Det har även inneburit att fler söker sig till sjukvården. Ett flertal regioner har eller kommer att starta upp kontaktcenter för att ha bättre förutsättningar att erbjuda en likvärdig bedömning av barns psykiska hälsa innan man kommer till ett besök i första linjens vård eller till BUP. I kontaktcentrena som finns eller planeras att startas upp kommer man använda sig av Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI) och i de flesta fall även Childrens Global Assessment Scale (CGAS) vilka är två metoder som har ett vetenskapligt stöd för att kunna bedöma symtom och kan ge stöd inför en diagnostisk screening.

Den första januari 2019 ändrades lagen med en förstärkt vårdgaranti. Den innebär att man ska få kontakt med primärvården första dagen och en medicinsk bedömning av legitimerad personal inom tre dagar. SKL ställde sig frågan – kan regionerna som använder sig av kontaktcenter för barn och ungas psykiska hälsa rapportera det som en medicinsk bedömning inom SKL:s tillgänglighetsmätning av första linjen? SKL genomförde intervjuer med de regioner som har eller planerar att starta kontaktcenter samt gick igenom nya lagstiftningen. Slutsatsen som SKL gör är att det är möjligt för de regioner som önskar att dokumentera BCFPI och i de fall man gör en CGAS med en KVÅ-kod i journalen och rapportera det som ett första besök i väntetider.

Upplysningar om innehållet
Anna Östbom, anna.ostbom@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2019
ISBN: 978-91-7585-751-0