

Öhrlings

PRICEWATERHOUSECOOPERS 

Revisionsrapport

Samverkan mellan kommuner och landstinget i Södermanlands län

- avseende barn och unga med psykisk ohälsa

Sammanfattande rapport

Eskilstuna kommun

Flens kommun

Gnesta kommun

Katrineholms kommun

Nyköpings kommun

Oxelösunds kommun

Strängnäs kommun

Vingåkers kommun

Landstinget Sörmland

December 2008

Lena Brönnert

Inger Kullberg, certifierad kommunal revisor

Marie Lindblad

Christina Norrgård

Kerstin Svensson, certifierad kommunal revisor

Innehållsförteckning

1	Bakgrund.....	3
1.1	Förutsättningar och hinder för samverkan.....	4
2	Uppdraget med revisionsfråga	6
3	Revisionell bedömning	6
4	Metod och genomförande	7
5	Styrning av samverkan.....	7
5.1	Bedömning	9
6	Samverkan på organisationsnivå.....	10
6.1	Bedömning	11
7	Samverkan på individnivå.....	11
7.1	Bedömning	13
8	Tillgänglighet till barnpsykiatri.....	13
8.1	Bedömning	16
9	Förebyggande arbete	17
9.1	Bedömning	17

1 Bakgrund

Under den senaste tiden har målgruppen barn med psykisk ohälsa fått stor uppmärksamhet av myndigheter och press. Det har varit många artiklar och rubriker med uppgifter om statistik som visar att problem ökar både till antal och i komplexitet. Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting har uppmärksammat problemen och stimulerar på olika sätt utveckling av metoder för att möta barn med psykisk ohälsa.

Det finns inga tecken på att allvarliga psykiska sjukdomar ökat. Däremot har den upplevda psykiska ohälsan ökat och även allvarliga konsekvenser av psykisk ohälsa som självmord och självmordsförsök och självskadande beteende finns i en oroande omfattning. Från internationella befolkningsundersökningar vet vi att 10-15% uppfyller kriterierna för minst en psykisk sjukdom och att upp till 20-30% av barn och ungdomar någon gång kommer att uppfylla kriterierna för en psykiatrisk diagnos. År 2007 fanns omkring 2 miljoner barn i Sverige, varav 1,4 miljoner gick i skolan och ytterligare cirka 400.000 fanns inom förskolan. Av alla barn hade cirka 5% kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. Det betyder att förskola, skola och skolhälsovård är mycket viktiga instanser för barn som riskerar att drabbas av psykisk ohälsa.

Socialtjänstlagen hänvisar till FN:s barnkonvention för att stärka barnens ställning, de flesta kommuner och landsting arbetar aktivt för att implementera barnkonventionen. Det är allmänt vedertaget att det är bättre med hjälp i ett tidigt skede, både ur humanitärt och ekonomiskt perspektiv. Detta stöds av också av forskning och erfarenhet.

För att möta den oroande utvecklingen behövs insatser på tre olika nivåer:

- Generellt förebyggande arbete, som riktar sig till alla barn. Det är insatser av främjande karaktär.
- Riktade förebyggande insatser, som vänder sig till riskgrupper. Det är insatser av förebyggande karaktär.
- Stöd- och behandlingsinsatser, som riktar sig till ”drabbade” barn. Det är insatser av stöd- och behandlingskaraktär.

På alla tre nivåer når man ofta ett bättre resultat om flera aktörer är involverade. Exempel på där det fungerar bra är ungdomsmottagningarna som finns på alla tre nivåerna och familjecentralerna som finns på de två första nivåerna.

Barn med behov av insatser i den tredje kategorin, har ofta sammansatta problem. Det kan vara sviktande familjesituation, koncentrationssvårigheter, traumatiska upplevelser, utagerande beteende och olika sjukdomstillstånd. Här kan behövas insatser från flera aktörer.

Formuleringarna i lagtexterna i förvaltningslag, skollag, hälso- och sjukvårdslag och socialtjänstlag är tydliga avseende kraven på att respektive aktör ska ta ansvar för samverkan utifrån brukaren/patientens behov. År 2002 infördes bestämmelserna om skyldighet att samverka. Samtidigt fick Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med Myndigheten för skolutveckling och Rikspolisstyrelsen utarbetat en ”Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa”. Strategin är reviderad 2007.

Våren 2007 fick Socialstyrelsen regeringens uppdrag att inrätta ett nationellt utvecklingscentrum för tidiga insatser till barn och unga som löper risk att drabbas av svårare psykisk ohälsa, ”Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa” kallat UPP-centrum. Hittills har UPP-centrum inventerat vilka metoder som används av olika verksamheter för tidig upptäckt respektive tidig insats till barn i målgruppen.

I november 2008 utkom Sveriges kommuner och landsting (SKL) med ett ”Positionspapper psykisk hälsa, barn och unga”. SKL anser där att gemensamma ansträngningar måste göras från alla berörda samhällsaktörer för att främja barn och ungdomars psykiska hälsa. De har i 16 punkter uttryckt vad SKL anser att kommuner, landsting och stat kan göra för att främja hälsa, möta psykisk ohälsa och minska konsekvenserna av psykiska funktionshinder. Vikten av samverkan och en bra kärnverksamhet framhålls.

1.1 Förutsättningar och hinder för samverkan

Begreppet samverkan definieras på olika men snarlika sätt i litteratur och forskning. Ett sätt att definiera samverkan är: att man kan göra skillnad¹ mellan samverkan och samarbete. Att samverka innebär att man ”... tillsammans med andra, oftast personer med annan utbildning, och som är styrda av andra regelsystem och i annan organisatorisk position, arbetar mot ett gemensamt mål. Samverka är alltså medvetna målinriktade handlingar som utförs tillsammans med andra i en klart avgränsad grupp avseende ett definierat problem och syfte.”

I ovan nämnda strategidokument ”**Strategi för samverkan**” finns en liknande definition. De menar att samverkan sker när ”... någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och/eller kunskaper till en uppgift som man gemensamt har att genomföra”.

¹ Berth Dannemark ”Samverkan-himmel eller helvete?”

En fungerande samverkan bör vara såväl organisatorisk som operativ. Med det menas att grunderna för samverkan ska diskuteras, beslutas och utvärderas på ett övergripande plan och sedan omsättas i praktisk verklighet på operativ nivå.

De verksamheter som ska samverka behöver verktyg för **styrning** och **struktur**, men också för grundläggande **samsyn**. Strategidokumentet visar även på hinder och framgångsfaktorer i samverkan.

Viktiga förutsättningar för samverkan:

- **Styrning** – för att samverkan ska fungera krävs engagemang och en tydlig styrning på alla ledningsnivåer, inte minst den övergripande politiska. Ledningen måste legitimera samverkan.
- **Struktur** – en framgångsrik samverkan kräver struktur genom tydlighet när det gäller mål, målgrupp, yrkesroller, arbetsfördelning och rutiner för samverkan. Det kan behövas generella verktyg som exempelvis avtal, riktlinjer, handlingsplaner, samordnarfunktioner (kan behövas på flera nivåer, både på ett generellt plan och på individnivå), gemensamma planer i individärenden, samverkanskompetens (att arbeta med mål, metoder, kontinuerlig uppföljning mm) och sektorsövergripande möten.
- **Samsyn** – med samsyn menas att skillnader mellan de professionellas olika uppdrag inte suddas ut, utan olikheterna är grunden för och styrkan i samverkan. Samsyn handlar i högre grad om tillit. Samsyn förutsätter kontaktytor och kommunikation. De berörda behöver kunskap om varandras uppdrag, resurser och begränsningar.

I strategidokumentet beskrivs även en del hinder för samverkan. Exempel på hinder kan vara **strukturella** och **kulturella**. Med det menas att de samverkande verksamheterna har olika regelsystem, budgetar, ansvarsområden eller att de samverkande parterna har olika utbildningsbakgrund, attityder och värderingar som försvårar kommunikation och samarbete. Olikheterna behöver identifieras, lyftas fram och diskuteras.

Dokumentet pekar även på att det kan finnas **psykologiska hinder**, exempelvis revirbevakande, personmotsättningar, samverkan som inte upplevs ömsesidig fördelaktig. När det gäller arbetet med barn som far illa kan risken för psykologiska hinder vara uppenbar, eftersom den sortens samverkan berör de professionella och kan vara en omedveten överlevnadsstrategi för att hantera svår problematik (Killén 1999).

2 Uppdraget med revisionsfråga

Revisorerna i Landstinget Sörmland och revisorerna i Eskilstuna, Flen, Gnesta, Katrineholms, Nyköpings, Oxelösunds, Strängnäs och Vingåkers kommun har givit Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers i uppdrag att granska samverkan mellan de verksamheter inom landstinget respektive i berörda kommuner som kommer i kontakt med målgruppen, barn och unga med psykisk ohälsa.

Den övergripande revisionsfrågan är:

Hur säkerställer nämnderna att samverkan är tillräcklig mellan olika aktörer för att möta den ökade psykiska ohälsan hos barn och unga?

Inom ramen för revisionsfrågan har följande frågeställningar besvarats:

- Hur fungerar samverkan mellan huvudmännen avseende målgruppen?
- Hur arbetar kommun och landsting förebyggande?
- Vilken tillgänglighet finns till barnpsykiatri?

3 Revisionell bedömning

Granskningen omfattar åtta kommuner och ett landsting och de revisionella bedömningarna finns i rapporter för respektive kommun och för landstinget.

Då vi sammanställer materialet ser vi följande som är gemensamt för alla granskningar:

- Den politiska styrningen, att samverkan ska ske, finns med få undantag i tillräcklig utsträckning i målformuleringar och andra styrdokument hos de granskade nämnderna. Däremot finns inga uttalade förväntningar på vad samverkan ska leda till.
- Det är positivt att det finns en medvetenhet om bristerna i samverkan. Det är också positivt med de projekt som nyligen startats med syftet att förbättra samverkan.
- Det finns välfungerande samverkan inom ungdomsmottagningar och familjecentraler.
- Huvudmännen har ingen samsyn avseende tillgängligheten till barnpsykiatri.
- Ett gemensamt styrdokument som reglerar formerna för samverkan där alla involverade är delaktiga i dess upprättande, skulle underlätta och förbättra samverkan framöver.
- En gemensam överenskommelse/avtal avseende ansvarsfördelning och samverkan kring enskilda individer, skulle underlätta och förbättra samverkan framöver.

4 Metod och genomförande

Granskningen är en så kallad samgranskning och genomförs i kommunerna Eskilstuna, Flen, Gnesta, Katrineholm, Nyköping, Oxelösund, Strängnäs och Vingåker samt i Landstinget Sörmland.

Styrdokument, avtal och överenskommelser har granskats. Verksamhetsansvariga inom kommunerna och landstinget har besvarat en enkät om styrdokument och mål, hur man arbetar med samverkan, hur samverkan fungerar samt inom vilka områden man skulle vilja se en mer utvecklad samverkan.

Inom landstinget har intervjuer gjorts med företrädare för barnhälsovård, barn- och ungdomshabilitering, neuropsykiatriskt centrum, NPC, samt barn- och ungdomspsykiatri BUP². Därutöver har intervjuer gjorts med närvårdscoordinatorer, strateg för barnrättsfrågor samt ordförande för psykiatribereidningen.

Inom respektive kommun har representanter för förskola, skola, elevhälsa/skolhälsovård och olika enheter inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg intervjuats. Vidare har intervjuer genomförts med representanter för familjecentraler och ungdomsmottagningar.

Handledning har under arbetet getts från Örebro universitet.

Denna rapport behandlar revisionsfrågorna ur ett övergripande perspektiv för samtliga granskade kommuner och landstinget. För att ta del av resultat för varje kommun eller landstinget hänvisas till respektive delrapport.

5 Styrning av samverkan

Politiska styrdokument

I landstingets och i flertalet av kommunernas politiska styrdokument anges att samverkan både internt och mellan huvudmännen ska eftersträvas. I landstingets styrdokument anges i högre utsträckning, än i kommunernas, även med vilka aktörer denna samverkan ska ske. Däremot beskriver inte dokumenten vad denna samverkan ska åstadkomma, vilket försvårar uppföljning och utvärdering.

² BUP – landstingets barn och ungdomspsykiatri

Styrdokument framtagna på verksamhetsnivå

Inom landstinget finns riktlinjer framtagna på verksamhetsnivå för delar av målgruppen som anger ansvarsfördelning och när samverkan ska ske. Detta gäller barn och ungdomar med neuropsykiatriska problem. Hittills har riktlinjerna avsett och tagits fram av landstingets egna verksamheter. Framtagande av riktlinjer för barn och ungdomar i behov av mycket stöd och intensiva behandlingsinsatser planeras ske i samverkan mellan huvudmännen.

Ett dokument *Hjälpreda Sörmland* har tagits fram mellan landstinget och respektive kommun samt Socialpedagogiska institutet. Dokumentet anger vilka insatser som finns och vem som ansvarar för insatsen för barn i skolåldern med funktionshinder. Det finns dock delar i dokumentet som ger utrymme för olika tolkningar. Oxelösund och Trosa saknar detta dokument.

Kartläggningar av vårdprocesser och framtagandet av riktlinjer/vårdprogram är ett område under utveckling och fler grupper kommer att beröras, till exempel barn och ungdomar med ätstörningar. Detta arbete behöver göras för hela vård- och insatsprocessen och därmed även involvera kommunernas verksamheter. I nuläget är en del av de metoder som används evidensbaserade. Behov finns av framtagande av fler evidensbaserade metoder, vilket även har uppmärksammats på nationell nivå.

Organisatoriska förutsättningar för samverkan

På politisk nivå har landstinget en struktur för att främja samverkan via samverkansberedningar i varje länsdel³ och även en övergripande politiskt beredning i psykiatriberedningen. Dessa beredningar bjuder in de kommunala nämnderna i respektive kommun. Någon gemensam politisk arena finns dock inte.

Merparten av kommunerna bedöms ha en tydlig organisation för sina insatser för målgruppen och därmed även förutsättningar för samverkan med andra aktörer. Landstingets närvårdsorganisation ger förutsättningar för samverkan mellan kommun och landsting.

Landstingets verksamheter finns etablerade i respektive länsdel (från och med april 2009 även NPC⁴). Barnhälsovård, barn- och ungdomshabilitering och NPC har ett mer lika

³ Södra: Nyköping, Oxelösund, Gnesta och Trosa. Norra: Eskilstuna och Strängnäs. Västra: Katrineholm, Flen och Vingåker

⁴ NPC – landstingets neuropsykiatriska centrum

uppdrag i varje länsdel än vad barn och ungdomspsykiatri har. BUP:s skillnader i uppdrag innebär att insatser och åldersgrupper varierar mellan länsdelarna.

Organisationer som inte stödjer samverkan är där samverkan kring individen inte är tillräckligt strukturerad utan är avhängig den enskilde handläggaren/tjänstemannen, det vill säga styrningen av samverkan brister. Ett par kommuner har pekat på detta. Andra orsaker som kan försvåra samverkan är resurs- eller kompetensbrist. I flera kommuner har socialtjänsten haft interna processer som försvårat samverkan till exempel vakanser och omorganisationer.

Det finns också andra omständigheter som påverkar förutsättningarna för samverkan. Exempelvis finns skillnader i kommunernas socialtjänst avseende om en insats ska vara biståndsbedömd eller ej. Tillgången till elevvård t ex psykologstöd påverkar också, liksom barn- och ungdomspsykiatriens utbud som är olika i de olika länsdelarna. Det innebär att det kan vara aktörens tillgång till insats och inte individens behov som är utgångspunkt för samverkan.

Vi ser relativt stora skillnader i kostnader för skolhälsovård, men kan konstatera att detta inte avspeglas i skillnader i väntetid eller förutsättningar för samverkan.

5.1 Bedömning

Vår bedömning är att landstinget och merparten av kommunerna säkerställer i sin styrning till verksamheterna att samverkan ska ske med andra aktörer och huvudmän.

Det finns en politisk struktur och en verksamhetsorganisation som från landstingets sida ger stöd för denna samverkan. För att samverkan ska nå önskad effekt bör kommunerna involveras i dessa strukturer.

Generellt anser vi att samverkan behöver tydliggöras avseende vad som ska åstadkommas. Även uppföljning och utvärdering av samverkan behöver utvecklas.

Arbetet med att kartlägga vårdprocesser har startat inom landstinget men behöver utvecklas och även omfatta kommunernas verksamheter för att ge underlag för behov av samverkan för fler inom målgruppen.

Riktlinjer, överenskommelser om ansvarsfördelning och de samverkansforum som nu har startat anser vi visar på en god ambition att klargöra ansvarsfördelning och ge stöd i samverkan. Granskningen visar dock att det finns gränsdragningsproblem både internt och mellan kommun och landsting.

6 Samverkan på organisationsnivå

Det finns inget gemensamt styrdokument kring samverkan mellan landstinget Sörmland och länets kommuner för arbetet med målgruppen barn och unga med psykisk ohälsa.

Landstinget har valt att organisera sin samverkan med kommunerna inom respektive länsdel. En kartläggning av aktuella samverkansgrupper för barn och ungdom, har genomförts per länsdel. Den visade att flest antal samverkansgrupper/projekt finns i den södra länsdelen, följt av den norra. Den västra länsdelen har minst.

Hälso- och sjukvårdsnämnden i landstinget har tillsatt samverkansberedningar i varje länsdel; med uppdraget att utveckla samverkansfrågorna för närvård och folkhälsa. De träffar politiker och ansvariga tjänstemän i kommunerna i olika konstellationer. I den södra och norra länsdelen sker träffarna med en kommun per träff medan samverkansberedningen i den västra länsdelen träffar de tre kommunerna tillsammans.

Inom landstingets närvårdsorganisation finns närvårdscoordinatorer anställda, en för varje länsdel. Deras huvudsakliga uppgift är att stödja och underlätta samverkan mellan olika aktörer inom landsting och kommuner. Någon motsvarighet finns inte inom kommunerna.

I den södra och norra länsdelen finns det var sin gemensam arbetsgrupp för landstinget och de berörda kommunerna kring barnfrågor i närvården (barn och unga i åldern 0-18 år). Där ingår representanter från barnhälsovård, barnhabilitering, barn- och ungdomspsykiatri, primärvård, skola och socialtjänst. Arbetsgrupperna upprättar verksamhetsplaner och verksamhetsberättelser.

Någon motsvarande arbetsgrupp finns inte i den västra länsdelen.

I samtliga granskade kommuner finns det ungdomsmottagningar där landstinget och kommunen samverkar och finns i samma lokaler. I familjecentralerna samverkar också kommun och landsting i samma lokal. Det finns familjecentraler i Eskilstuna, Nyköping, Oxelösund och Strängnäs. De övriga kommunerna i länet saknar familjecentral.

Flertalet kommuner har i samverkan med landstinget använt ”Miltonpengar”⁵ för att skapa samverkanslösningar på övergripande nivå eller i arbetet kring enskilda barn och ungdomar. Flera av de samverkansformer som redovisas i granskningen är relativt nystartade. Som exempel på samverkanslösningar (där både kommun och landsting är

⁵ Milton-pengar – statligt stimulansbidrag för att utveckla psykiatri. Beviljas endast till kommuner och landsting gemensamt.

involverade) kan nämnas: VITS (Vardagsnära insatser i tydlig samverkan) i Nyköping, Gnesta respektive Oxelösund, Coachmodellen i Katrineholm, SAMS (samverkan i Strängnäs), BUSAM (samverkan både på politisk- och tjänstemannanivå) i Flen.

När det gäller samverkan på en övergripande nivå mellan BUP och respektive kommun varierar samverkan stort mellan kommunerna. I en kommun har tjänstemannaledningen i socialtjänsten och BUP en gemensam planeringsdag varje år och alla handläggare på individ- och familjeomsorgen träffar personalen på BUP två gånger om året. I en annan kommun sker ingen övergripande samverkan mellan socialtjänsten och BUP. De övriga kommunerna befinner sig i spektrumet mellan dessa kommuner.

Det finns även behov av att förbättra intern samverkan. I kommunerna redovisas att försök görs för att skapa en bättre samsyn mellan skolan och socialtjänsten och att det finns behov av att tydliggöra sina roller och uppdrag för varandra. Där man har hittat stabila samverkansformer på övergripande nivå har de olika verksamheterna och den berörda personalen ofta fått en bättre förståelse för varandras uppdrag och roller.

6.1 Bedömning

Det saknas en tydlig struktur av hur samverkan är organiserad. Syftet med de olika samverkansformerna, informationsmötena etc är oklart.

En förutsättning för att samverkan ska fungera är att alla parter är delaktiga och att ansvaret för samverkan åligger alla. Socialtjänstlagen ger dock ansvaret för initiativet till kommunernas socialtjänst. Landstinget har aktivt verkat för att förbättra samverkan med kommunerna, genom inrättande av samverkansberedningar, närvårdskoordinatorer etc. Vi anser det lovvärt att landstinget tagit initiativ och agerat.

Samverkan bör utgå från behov, vilket innebär att kan finnas olika former av samverkan i länet.

Ungdomsmottagningarna och familjecentralerna är exempel på praktisk samverkan som styrs gemensamt av huvudmännen och som också kommer brukarna/patienterna till godo.

7 Samverkan på individnivå

Det finns inga, för båda huvudmännen, gemensamma rutiner för samverkan runt enskilda barn/ungdomar. Det finns inte heller någon tydlighet i lagstiftningen kring detta område.

Dåvarande svenska kommunförbundet och landstingsförbundet, har 2003, i ett PM gjort ett försök att reda ut kommunernas respektive landstingets ansvar för barn och ungdomar

med psykiska funktionshinder. Förbunden hade den uppfattningen att det vore önskvärt att alla kommuner och landsting träffar överenskommelser om ansvarsfördelningen när det gäller insatser för barn med bl a psykisk ohälsa. Vidare framhålls vikten av gemensamma vårdplaneringar och överenskommelser mellan kommun och landsting i de enskilda fallen. Där konstateras också att kommunen inte har hälso- och sjukvårdansvar om barnet är placerad i HVB⁶-hem, utan det är landstinget. Om överenskommelse inte har träffats i det enskilda fallet är det den som står för beställningen som får stå för samtliga kostnader.

Alla som i sin profession möter barn har en skyldighet enligt socialtjänstlagen att anmäla om de misstänker att ett barn far illa. Rutiner kring detta tas inte upp i denna granskning.

Då flera aktörer behöver samverka kring ett enskilt barn, är det vanligt att någon av aktörerna kallar in de andra berörda till ett sk nätverksmöte. Oftast är barnet och/eller en företrädare för barnet med. Resultatet av ett sådant möte är ibland en individuell plan där olika aktörers uppdrag och ansvar tydliggörs. Det kallas åtgärdsprogram i skolan, genomförandeplan inom socialtjänsten, handlingsplaner och vårdplaner inom landstingets verksamhet.

Detta fungerar ibland mycket bra, men i intervjuerna har vi fått många beskrivningar på när det inte fungerar. Det sker t ex mycket sällan att landsting och kommun delar på kostnader för någon extern placering.

I Eskilstuna finns en samordningsenhet med ansvar att stötta verksamheterna vid externa placeringar, då det är oklarheter kring uppdrags- och betalningsansvar.

Flera av de samverkansformer som redovisas i granskningen är relativt nystartade. Flera drivs med statsbidrag, de så kallade Miltonpengarna, för att skapa samverkanslösningar på övergripande nivå eller i arbetet kring enskilda barn och ungdomar. Som exempel på samverkanslösningar där både kommun och landsting är involverade kan nämnas:

- VITS (Vardagsnära insatser i tydlig samverkan) i Nyköping, Gnesta respektive Oxelösund är möten mellan skola, socialtjänsten, BUP, NPC och habiliteringen. Syftet med gruppen är att förkorta samarbetsvägarna och att det inte görs dubbelarbete när ett barn förekommer i flera verksamheter samtidigt. En kommentar är att samarbete med och tillgänglighet till BUP har förbättrats genom detta.
- I SAMS (samverkan i Strängnäs) deltar BUP, socialkontoret och skolan. På mötet diskuteras hur man bäst ska arbeta vidare med den aktuella eleven och vem som ska göra vad.

⁶ HVB – hem för vård eller boende

- Coachmodellen i Katrineholm är en samverkan mellan skola, socialtjänst, fritid och BUP. Syftet är att inventera risk och skyddsfaktorer samt att upptäcka barn i behov av stöd tidigt.
- SAMLA är en samverkan inom landstingets egna verksamheter kring individärenden.
- KOLA samverkan mellan kommun och landsting på individnivå.

Hinder för samverkan

Rent praktiskt är det komplicerat att en huvudman, landstinget, ska samverka med så många kommuner. Den geografiska närheten spelar i praktiken stor roll. De kommuner som inte har någon BUP-mottagning, har i vissa fall svårt att få samverkan att fungera. Landstingets länsgemensamma verksamheter har svårt att vara tillgängliga för samverkan i alla kommuner. Inom flera kommuner har det varit hög personalomsättning, vakanser och omorganisationer som försvårat samverkan, då den i hög grad beror på informella strukturer, såsom fungerande personkemi.

7.1 Bedömning

Det pågår flera projekt som syftar till att förbättra samverkan kring den enskilde, det är positivt. I de granskade kommunerna har det framförts i olika stor grad, att det är svårt att samarbeta/samverka med landstinget.

Vår bedömning är att samverkan och ansvarsfördelning i individärenden bör regleras i någon form av formell överenskommelse för att inte vara beroende av fungerande personkemi. Det förutsätter att parterna har kunskap och förståelse för varandras uppdrag, förutsättningar och roller.

8 Tillgänglighet till barnpsykiatri

Barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna

BUP-klinikerna är de verksamheter som har ansvar för psykisk ohälsa då specialistkompetens krävs. Verksamheten utgörs av en klinik per länsdel och vänder sig till barn och ungdomar mellan 0-18 år i västra, 0-20 år i norra och 0-23 år i södra länsdelen. Inom norra och södra länsdelen finns särskilda enheter som vänder sig till unga vuxna.

Barn- och ungdomspsykiatrin finns tillgänglig dagtid vardagar och via jourssystem från vuxenpsykiatrin kvällar och helger. Varje klinik har sitt remisstteam och remisshantering sker enligt bestämda kriterier för prioritering.

Slutenvård finns att tillgå via avtal med barn- och ungdomspsykiatrin i Uppsala läns landsting och vuxenpsykiatrin i landstinget Sörmland.

Tillgängligheten beskrivs av verksamheten själv som väl fungerande med väntetider inom vårdgarantin och arbetssätt som innebär god genomströmning av patienter. Flera av kommunerna saknar dock ett tillräckligt stöd från BUP, eller beskriver stödet som ojämnt.

Enligt BUP behöver insatser utvecklas för invandrarungdomar och barn med normbrytande beteende.

I kommunerna uppfattas det som otydligt vad BUP har att erbjuda, kommunrepresentanterna efterlyser tydlig information om vilka resurser och behandlingsmetoder som finns hos BUP.

Barn- och ungdomspsykiatri i länet har en gemensam grund i det systemiska familjebehandlingsarbetet, men uppdragen till klinikerna utformas olika och skillnader finns i val av inriktning och kompetens. Ett Sörmlandsråd har skapats för att få en ökad samsyn inom barn- och ungdomspsykiatri i länet.

Barn- och ungdomshabilitering och neuropsykiatriskt centrum (NPC)

Målgruppen för barn- och ungdomshabilitering är barn och ungdomar mellan 0-18 år (för utvecklingsstörning upp till 21 år). Barn och ungdomar med psykisk ohälsa är inte en specifik målgrupp för enheten, men kan finnas som kombination med ett funktionshinder. NPC ansvarar för utredningar i syfte att ställa diagnos inom autismspektrat inklusive Aspbergers syndrom samt för stöd och uppföljning om kriterier för diagnos uppfylls.

Barn- och ungdomshabilitering finns i varje länsdel, medan NPC är en länsresurs. Från och med april 2009 kommer även NPC att finnas i varje länsdel. Samtliga nyanmälningar och remisser bedöms av ett länsteam enligt fastställda kriterier.

Tillgängligheten mäts i uppfyllelse av vårdgarantin, vilket barn- och ungdomshabiliteringen i stort sett klarar. Målet för vårdgarantin är 98 % och måluppfyllelse är 91 %. Under 2007 fick 13 barn/ungdomar av 150 nyanmälningar vänta mer än 90 dagar på ett första besök. Efter beslut om behandling ska detta erbjudas inom 90 dagar. Vårdgarantin mäts endast vad gäller första besöket, tillgång till administrativa system som visar annan väntetidsmätning saknas.

För barn med samsjuklighet (psykisk ohälsa i kombination med ett funktionshandikapp) behövs ett ökat stöd från BUP, enligt verksamhetsföreträdare. Insatserna som BUP tillhandahåller är inte anpassade för att hantera barn med en utvecklingsstörning. Under hösten startade samverkansgrupper internt inom landstinget. Dessa upplevs redan ha gett goda resultat för denna målgrupp.

Till NPC ökar antalet egenanmälningar och remisser. Under år 2007 inkom totalt 226 remisser (utredning och uppföljning), fram till och med oktober 2008 hade totalt 230 remisser inkommit.

För att bli öka tillgängligheten pågår en utveckling mot fler gruppinsatser och ökad konsultation. En dialog förs med barnhälsovården för att öka upptäckten av autism så tidigt som möjligt, idag upptäcks flertalet först när de uppnått skolålder. Det finns evidensbaserade insatser för små barn med autism, vilket bland annat innebär att förskolebarn prioriteras.

Vårdgarantin uppfylls inte vad gäller tid till utredning, 43 % mot målet 100 %. Den genomsnittliga väntetiden 2007 för utredning (alla typer) var 379 dagar. Väntetiden har enligt verksamhetsföreträdare minskat. I slutet av året fanns 87 på väntelista för utredning och 26 som väntar på uppföljning (gäller både barn och vuxna).

Tidig upptäckt av psykisk ohälsa

Tillgänglighet till barnpsykiatri kan belysas ur flera synvinklar. Förutom i vilken utsträckning den mer specialiserade vården är tillgänglig spelar möjligheten till tidig upptäckt stor roll för resultatet.

För små barn 0-6 år finns i första hand barnhälsovård med psykologkompetens via barnavårdscentraler att tillgå. I stort sett alla barn och föräldrar besöker barnavårdscentralerna regelbundet under barnets första levnadsår och tillgängligheten är god. En dialog pågår kring behov av kompetens och metoder för att upptäcka tidiga signaler på psykisk ohälsa hos små barn.

Samlokalisering genom familjecentraler ger goda förutsättningar för att flera olika kompetenser är tillgängliga för barnet. Familjecentralerna vänder sig till föräldrar och deras barn 0-6 år, men finns inte i hela länet och har således en begränsad tillgänglighet för åldersgruppen.

Både barnhälsovård och familjecentraler har möjligheten att lotsa barnet/familjen vidare till någon av länets tre BUP kliniker eller till barn- och ungdomshabilitering om behov finns. Flera av kommunerna anser sig ha liten kontakt med BVC, någon uttrycker det som BVC "är långt borta".

Barn och ungdomar från mellan 7 och 13 år är i första hand hänvisade till skolhälsovården och vårdcentralerna. Det är dock ovanligt att barn/ungdomar vänder sig till vårdcentralen för psykisk ohälsa. Elevvården är olika utbyggd i länets kommuner och förutsättningarna att tidigt upptäcka och arbeta förebyggande psykisk ohälsa varierar.

Nästan alla kommuner anger att det förekommer väntetid till skolpsykolog för utredning. I och med att utredningsarbetet tycks ta alltmer tid i anspråk ser vi en risk att insatser i form av till exempel stödsamtal och konsultation ges mindre utrymme.

Kommunernas socialtjänst ger olika stöd för denna grupp. Ett par kommuner ger endast insats efter biståndsbeslut, vilket ger en lägre tillgänglighet.

Ungdomar över 13 år har förutom elevvård möjlighet att vända sig till de ungdomsmottagningar som finns i varje kommun. Ungdomsmottagningarna tillhandahåller bland annat stödsamtal och rådgivning. Möjlighet finns att upptäcka tidiga signaler och att lotsa ungdomen vidare.

Flera av de intervjuade varnar för ”diagnoshysteri”, man ser en risk för att insatser blir för snävt kopplade till krav på diagnos, snarare än på barnets svårigheter och behov. Det kan också leda till att föräldrarna ”bollas runt” mellan olika aktörer, med längre väntetider som följd.

8.1 Bedömning

Granskningen visar att tillgängligheten bör bli bättre för barn med neuropsykiatrisk problematik.

Hjälprea Sörmland anger att en basutredning och åtgärder först ska ske inom skolan och vid behov av specialistnivå (BUP eller NPC). Det kan innebära lång tid mellan att behov upptäcks och en specialistinsats i form av diagnos och medicinsk behandling/stöd kommer till stånd.

BUP uppfattar att tillgängligheten till barnpsykiatri är god, men den uppfattningen delas inte av merparten av kommunerna. Huvudmännen har ingen samsyn om vad god tillgänglighet är. Vi bedömer att de funderingar vi har mött hos de intervjuade kring andra aktörers inriktning, kompetens, val av insatser etc. visar att det saknas en tillit till varandras förmåga att hantera målgruppen. Vi uppfattar att detta till en del tyder på okunskap om varandras åtagande och uppdrag, en bristande dialog kring förändring av synen på psykisk ohälsa samt en otydlighet i gränsdragningen mellan olika aktörer.

Vår bedömning är att tillgängligheten även är beroende av hur och var första kontakten sker, det vill säga att tidiga signaler upptäcks. Vår uppfattning är att det finns större möjligheter för de mindre barnen och de över 13 år att via barnhälsovård och familjecentral respektive ungdomsmottagning få hjälp till rätt aktör och insats, än vad fallet är för barnen i åldersintervallet 7-13 år.

9 Förebyggande arbete

Att förebygga psykisk ohälsa är ett angeläget område och det har också uppmärksammats av statsmakterna. På uppdrag av regeringen har socialstyrelsen nyligen (november 2008) genomfört en inventering av vilka metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn.

I länet finns flera verksamheter som verkar förebyggande, både generellt riktade mot alla barn och det finns även förebyggande insatser som riktar sig till riskgrupperna.

De flesta barn kommer i kontakt med förskola och samtliga barn finns i skolan. Barnen uppmärksammas förutom i den dagliga verksamheten även genom skolhälsovårdens hälsosamtal.

Ungdomsmottagningar finns i samtliga av de granskade kommunerna. Mottagningarna fungerar på flera nivåer, både på en generell nivå, men erbjuder även riktade individuella insatser. Det är ett exempel på när samverkan mellan huvudmännen fungerar och att det kommer ungdomarna till nytta.

Familjecentralernas verksamhet syftar till att verka förebyggande genom stöd till föräldrar från familjebehandlare och socionomer samt deltagande i öppen förskola. Familjecentraler finns inte i kommunerna Flen, Gnesta, Katrineholm, Vingåker och Trosa. I Eskilstuna kommun är endast en familjecentral tillgängliga för samtliga boende i kommunen.

Föräldrautbildningar av olika slag⁷ erbjuds i flera kommuner. Det anses vara en förebyggande verksamhet. I ett par kommuner, Nyköping och Katrineholm sker föräldrautbildningar i samverkan mellan kommuner och landsting.

SKL driver ett landsomfattande projekt, Pinocchio, som syftar till att öka samverkan, samplanering och skapa ett gemensamt synsätt mellan verksamheter kring barn upp till 12 år. Gnesta har deltagit i projektets första del och Strängnäs deltar i projektets andra del.

9.1 Bedömning

I de kommuner där landstinget och kommunerna gemensamt bedriver familjecentraler som riktar sig till samtliga boende i kommunen bedömer vi att det finns förebyggande verksamhet i samverkan och därmed förutsättningar för tidig upptäckt för samtliga i

⁷ COPE, Komet, Connect, föräldrakraft m.m.

gruppen barn i åldrarna 0-6 år. Barnhälsovården, BVC har ett tydligt förebyggande ansvar.

I västra länsdelen samt Gnesta kommun bedöms förebyggande samverkan saknas för denna grupp och i Eskilstuna kommun där endast en familjecentral (i Torshälla) är tillgänglig för alla, är den förebyggande verksamheten begränsad.

Barnhälsovården har ett tydligt förebyggande ansvar och samverkar främst genom barnvårdscentralerna med kommunerna. Samverkan mellan barnvårdscentralerna och kommunernas förskolor är mer etablerad i vissa delar av länets kommuner.

Ungdomsmottagningarnas verksamhet vänder sig till samtliga åldersspannet 13-20(23) år och finns tillgängliga i hela kommunen. Verksamheten bedöms därmed kunna möta hela gruppen barn och unga med psykisk ohälsa i ett tidigt skede och erbjuda kuratorsstöd eller lotsa vidare till annan instans.

Vi bedömer att riktade förebyggande insatser saknas generellt för åldergruppen 6-13 år samt för de yngre barnen där det ej finns familjecentraler. De föräldrautbildningar som erbjuds i några av kommunerna (även i samverkan med landstinget) bedöms till viss del täcka upp förebyggande verksamhet.