

Ansvarsfördelning första linjen – Bup

avseende barn och unga med psykisk ohälsa
i Västerbottens läns landsting 2015



Ansvarig för revidering:
V-chef Helen Alskog

Ansvarig och godkänd av:
VO-chef primärvård Håkan Larsson
VO-chef medicin Jennie Liling Ståhl

Innehållsförteckning

Inledning	3
Arbetsprocess	3
Dokumentets struktur	4
Bakgrund	5
Organisation	5
Vad är första linjen?	6
Första linjens ansvar	6
Generella riktlinjer och grundläggande förhållningssätt	7
Bedömning	7
Behandling	8
Bedömning/behandling inom Barn- och ungdomspsykiatri i Västerbotten	11
Matriser	
Barn och ungdomar med begynnande psykos eller bipolär sjukdom	13
Barn och ungdomar med beteendeproblem och trotsigt eller normbrytande beteende	14
Barn och ungdomar som är ledsna, nedstämda eller deprimerade	16
Barn och ungdomar med ångslan, oro och ångesttillstånd	18
Barn och ungdomar med psykosomatiska symtom	20
Barn och ungdomar med självskadande beteende	22
Barn och ungdomar med svårigheter att reglera uppmärksamhet och aktivitetsnivå	24
Barn och ungdomar som tänker och kommunicerar annorlunda	26
Barn och ungdomar som har utsatts för trauma eller lever i en utsatt situation	28
Barn och ungdomar med ätproblematik	30
Remittering till Bup	32
Bup:s ansvar	33
Konsultationsmodell	33
Bilagor	
1 Bedömningsinstrument	35
2 Risk- och skyddsfaktorer	37
3 C-GAS formulär	39
4 Remissmall Bup inklusive förtydligande	40
5 Skillnad första linje uppdrag Primärvård-Elevhälsa	42

Referenser och användbara länkar

Inledning

Det här dokumentet är ett underlag för beslut/klargörande kring ansvarsfördelning mellan Barn och ungdomspsykiatri Västerbotten, Bup, och Landstingets primärvård.

Syftet är att ge riktlinjer och stöd i handläggningsfrågor kring barn och unga med psykisk ohälsa.

2010 fattades ett politiskt beslut att Västerbotten läns landsting ska utveckla en definierad första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa genom att hälsocentralerna/sjukstugorna/familjecentralerna och ungdomshälsorna har det primära ansvaret för barn och unga med psykisk ohälsa och utgör VLL:s första linje.

Ungdomshälsorna utgör ett tilläggsuppdrag i Hälsovalet.

Ur Hälsoval Västerbotten 2010 Uppdrag och regler:

'Hälsocentralen har det primära ansvaret för bedömning och behandling av psykisk ohälsa för alla åldersgrupper.

Hälsocentralen ska särskilt beakta barn och unga med psykisk ohälsa.

Hälsocentralen ska särskilt beakta tidig upptäckt av barn som far illa och våld i nära relationer.'

Landstingsstyrelsen beslöt att införa remisskrav till Bup fr.o.m. 1 april 2014 och det aktualiserade frågan och behovet av en tydlighet i gränsdragningen mellan första linjens ansvar och Bup:s ansvar.

Arbetsprocess

En styrgrupp bildades våren 2014 bestående av:

Helen Alskog, verksamhetschef Hörnefors hälsocentral och Ungdomshälsan samt primärvårdens kontaktperson gentemot Bup

Lillemor Eriksson, tidigare avdelningschef Ungdomshälsan Umeå

Anna Wallgren, verksamhetschef Bup

Barbro Helgesson, verksamhetsutvecklare Bup

Sven-Åke Boström, verksamhetschef Tre Älvar och kontaktperson gentemot Barn- och ungdomscentrum Västerbotten, BUC

Gunnar Engberg, distriktsläkare Morö backe hälsocentral

Mai-Greth Abrahamsson, avdelningschef Vilhelmina sjukstuga

Styrgruppen har ansvar för att det framtagna dokumentet förankras på VO-nivå och beställarenheten för genomförande i verksamheterna.

Verksamhetschef för Bup och av VO-chef utsedd representant för primärvården ska kontinuerligt följa upp hur ansvarsfördelningen fungerar under det inledande året. Därefter ska utvärdering ske en gång per år. Inför varje nytt år ska kvalitetsindikatorer fastställas och följas upp. (Arbete kring detta pågår.)

Utvärderingen ska ge kunskap om hur ansvarsfördelning främjar respektive försvårar för verksamheterna och om nya metoder och arbetssätt ska införlivas i den praktiska verksamheten.

En arbetsgrupp har utsetts utifrån nedanstående uppdrag:

Ta fram underlag som förslag till vad som ska göras inom respektive nivå (första linjen och Bup)

Ta fram och gradsätta: Vad är svåra/måttliga/lindriga symtom/diagnoser
Vilken bedömning/insats/åtgärd ska göras inom respektive nivå
Kompetenshöjningsområden på sikt – utbildningsplan för primärvården (gärna lärande seminarium). Planen färdigställs i början av 2015.

Arbetsgruppen startade sitt arbete maj 2014 med dessa representanter:

Helena Stenmark, psykolog Bup
Annalena Pejok, psykolog Byske hälsocentral
Lillemor Eriksson, avdelningschef Ungdomshälsan Umeå
Yvonne Lundqvist, distriktssköterska Hörnefors hälso- och familjecentral
Monika Engman, kurator Vännäs och Bjurholms hälsocentraler och medlem i PUR
Ann-Christine Libelius, projektledare Hälsa, lärande och trygghet, HLT, är samman-
kallande och ansvarar för en breddad och fördjupad rapport, som ska vara styrande för
kommande arbete.

Som stöd för arbetet finns en referensgrupp bestående av:

Bruno Hägglöf, överläkare och professor Bup
Maria Boström, överläkare och MLA Bup
Sven-Arne Silfverdal, överläkare och MLA Barnhälsovård Västerbotten
Gunnar Engberg, MLA, verksamhetschef Kåge-Morö backe
Håkan Larsson, primärvårdschef Landstingets primärvård
Ove Berglund, chefläkare, Västerbottens läns landsting

Dokumentets struktur

Dokumentet är uppbyggt i en generell del som är grundläggande för bemötande av barn och unga med psykisk ohälsa samt matriser med mer information om bedömning och behandling av specifika tillstånd.

Observera att dokumentet **endast är en vägledning** som inte ger en heltäckande beskrivning av symtom/bedömning/behandling.

Som ledning i arbetet med gränsdragningarna har arbetsgruppen använt Sveriges Kommuner och Landstings, SKL:s, kunskapssammanställning 'Rätt insatser på rätt nivå för barn och ungdomar med psykisk ohälsa'.
(ISBN 978-91-7164-458-9)

De tillstånd/områden som arbetsgruppen har behandlat är.

1. Barn och ungdomar med nedstämdhet och depression
2. Barn och ungdomar med oro och ångesttillstånd
3. Barn och ungdomar med svårigheter att reglera uppmärksamhet och aktivitetsnivå
4. Barn och ungdomar med beteendeproblem, och trotsigt eller normbrytande beteende
5. Barn och ungdomar som tänker och kommunicerar annorlunda
6. Barn och ungdomar med ätproblem
7. Barn och ungdomar med självskadande beteende
8. Barn som har utsatts för trauma eller lever i en utsatt situation
9. Barn och ungdomar med begynnande psykos och bipolär sjukdom
10. Barn och ungdomar med psykosomatiska symtom (ingår inte i SKL:s kunskapssammanställning)

Arbetsgruppen har för varje tillstånd i en matris beskrivit symtom, bedömning/behandling både vid lindriga/måttliga symtom och svåra symtom för åldersgrupperna 0–6 år, 7–12 år och 13–17 år samt gett förslag till stöd för bedömning. Undantag specifika behandlingsinsatser vid svåra symtom. (hänvisar här till den generella delen bedömning/behandling Bup)

Separat i bilagor beskrivs också bedömningsinstrument, risk- och skyddsfaktorer, C-GAS – funktionsskattning, remissmall till Bup samt skillnad första linjeuppdrag primärvård-elevhälsa.

Bakgrund

Initiativ har tagits på nationell nivå för att stimulera utbyggnaden av en första linjes vård. År 2008 tecknade regeringen och SKL en överenskommelse om första linjen för barn och unga med psykisk ohälsa. År 2011 enades regeringen och SKL om en ny överenskommelse i psynk-projektet som syftar till att synkronisera insatser för barn och unga som har eller riskerar psykisk ohälsa.

Ett av målen är att öka tillgängligheten inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri och att alla landsting från och med 2012 ska kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter beslutad fördjupad utredning/behandling inom högst 30 dagar.

Ett led i detta är att beskriva och tydliggöra vilken typ av svårigheter eller tillstånd som kan tas emot på första linjen respektive specialistnivå.

Organisation

Specialistnivå

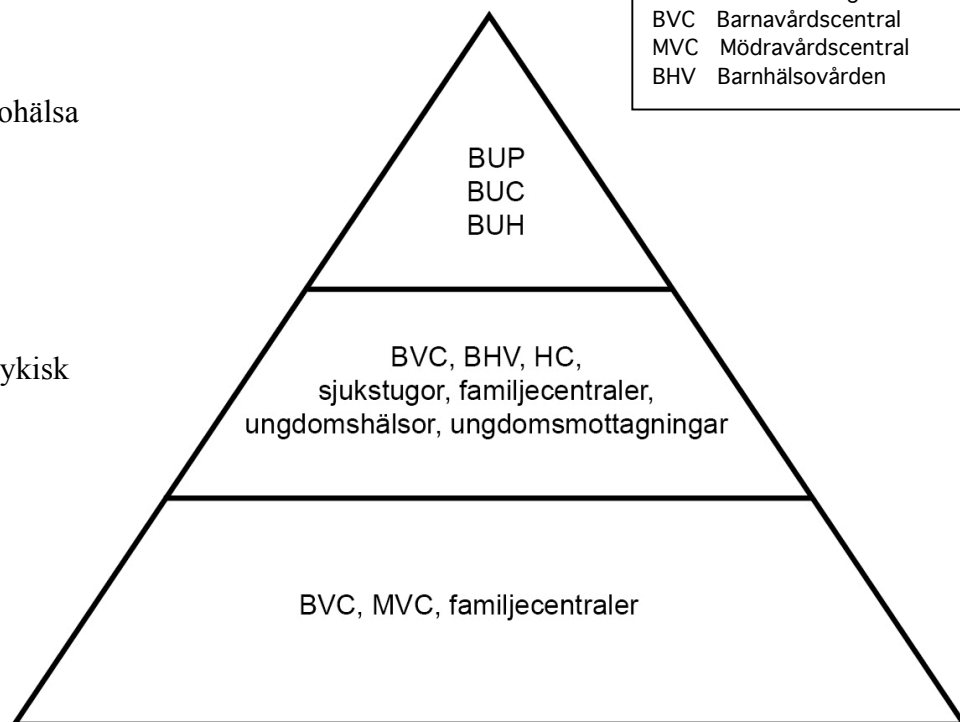
Allvarlig psykisk ohälsa

Första linjen

Lindrig/måttlig psykisk ohälsa

Generell nivå

Insatser till alla barn/ungdomar



Förklaringar

BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
BUC	Barn- och ungdomscentrum
BUH	Barn- och ungdomshabilitering
BVC	Barnavårdscentral
MVC	Mödravårdscentral
BHV	Barnhälsovården

Vad är första linjen för barns och ungdomars psykiska hälsa?

SKL:s definition av första linjen är:

”Den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att först ta emot barn och ungdomar som visar tecken på lindriga till måttliga psykosociala problem

En väl fungerande första linje bör:

- erbjuda tidiga och lättillgängliga insatser och därmed förhindra utveckling av allvarlig problematik, samt
- avlasta specialistnivån och därmed ge förutsättningar för ökad tillgänglighet och utvecklad spetskompetens på denna nivå”.

Första linjens ansvar

Så mycket som möjligt av vård och stöd till barn och ungdomar med psykisk ohälsa ska ske i första linjens verksamheter, i närmiljön och i nära samarbete med föräldrar, skola och nätverk. Problem ska ses i sitt sammanhang, vård och stödinsatser ska ges med ett helhetsperspektiv.

Förutom detta ska alla verksamheter i första linjen ta emot och erbjuda en god och säker bedömningsfunktion, ge behandlingsinsatser för lindrig till måttlig psykisk ohälsa samt kunna avgöra vilken nivå av insatser som ska ges till barnet och ungdomen.

Generella riktlinjer och grundläggande förhållningssätt

Nedanstående riktlinjer och förhållningssätt gäller alla tillstånd och insatser. Därefter beskrivs i bifogade matriser vad som utöver detta behöver beaktas vid specifika tillstånd.

När barn och ungdomar söker hjälp för psykisk ohälsa i första linjen är det centralt att ha ett hälsofrämjande synsätt där man tar tillvara de resurser som finns hos barnet/ungdomen och i dess omgivning. Man bör beakta hur barnet/ungdomen har det, om något hänt i barnets eller ungdomens liv som kan förklara problematiken. Viktigt att försöka förändra de faktorer i barnets/ungdomens liv som kan påverka hälsan. Detta innebär också att undvika sjukdomsförklaring av normalreaktioner på yttre händelser och kriser.

Vård i närmiljö och i samverkan bör ske

- I barnets/ungdomens vanliga miljö – hem, förskola, skola
- I den miljö där problemen märks mest
- I samarbete mellan dem som träffar barnet/ungdomen och kan vara ett stöd

Hälsofrämjande synsätt

- Se och bygga på de resurser som finns, hos barnet/ungdomen, hos föräldrarna, i nätverket, i förskolan/skolan, i lokalsamhället
- Stödja en positiv utveckling av barnets/ungdomens, föräldrarnas och nätverkets resurser

Övrigt att uppmärksamma

- Att alltid uppmärksamma om barnet far illa/lever i en utsatt situation - *anmälan till socialnämnden enligt 14 kap. 1§ SoL*
<http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/barnsomfarilla/anmalanarbarnfarilla>
- Att alltid uppmärksamma barnets/ungdomens utvecklingsnivå/eventuella begåvningsnedsättning
- Att alltid uppmärksamma eventuellt riskbruk eller missbruk av alkohol och/eller andra droger. Screening görs med hjälp av instrumenten Audit och Dudit.
- Att alltid uppmärksamma och fråga om våld, sexuella övergrepp

Vårdsnivån avgörs av den sammantagna bedömningen av

- Art (typ av svårigheter)
- Grad (allvarlighetsgrad)
- Funktionsnivå
- Risk- och skyddsfaktorer

Bedömning

- Barnets/ungdomens funktionsförmåga och symtombelastning är viktig för bedömning av behov av insatser.
- Fungerar livet i stort, kan barnet eller ungdomen äta, sova och delta i dagliga aktiviteter?
- Skiljer sig barnets/ungdomens upplevelser från föräldrarnas?

Svaren på dessa frågor kan ge en fingervisning om allvarlighetsgraden av de besvär barnet eller ungdomen har. Bedömning och eventuell utredning görs om det kan finnas somatiska orsaker till barnets/ungdomens problem.

En bra grund för bedömning är en noggrann beskrivning av barnets/ungdomens styrkor och svårigheter.

Nedanstående är exempel på frågor:

- När började svårigheterna?
- Hur tar de sig uttryck?
- I vilka situationer märks de mest?
- Vad har man gjort för att stödja och underlätta dessa situationer för barnet/ungdomen?
- Vad har hänt i barnets/ungdomens liv den senaste tiden?
- Vad har hänt i föräldrarnas liv?
- Vad tror föräldrarna att barnets/ungdomens svårigheter beror på?
- Vad tror barnet/ungdomen själv att svårigheterna beror på?

Bedömningsinstrument kan vara ett stöd i bedömningen för att fånga in och beskriva svårigheter/symtom. De kan även komplettera bedömningen och grad av problematik vid remittering och i samverkan med andra aktörer.

ORS/SRS, C-GAS, SDQ/ CORE är instrument som kan användas generellt. Dessa ingår i det nationella arbetet SKL/Psynk som arbetar med att stärka utvecklingen av första linjen. De övriga instrumenten är utformade utifrån specifikt tillstånd.

Förteckning över olika rekommenderade bedömningsinstrument bifogas i bilaga. De kan användas utifrån behörighet och vid behov.

Vanligtvis sätts inte diagnos på barn och ungdomar med psykisk ohälsa på första linjen, förutom vid läkarbesök.

Övriga yrkeskategorier kan sätta diagnos om det bedöms relevant till exempel i samband med remittering.

Behandling

Grunden för psykisk hälsa är att de vardagliga rutinerna fungerar. Att barnet/ungdomen sover, äter och rör på sig samt har en normal dygnsrytm.

Korttidsbehandling i form av stödjande kontakt, psykosocial intervention alternativt psykoterapi i form av till exempel KBT-behandling bör kunna erbjudas barn och ungdomar med lindrig och måttlig psykisk ohälsa. Även familje- och nätverksarbete ska kunna erbjudas när så krävs. Insatser från sjukgymnast och arbetsterapeut bör erbjudas vid behov.

Första linjens verksamhet bör också vid tidig ålder identifiera barn med utvecklingsavvikelser eller barn som inte uppnår förväntade färdigheter. Man ska också kunna bedöma problemens omfattning, konsekvenser för barn och familj, ta ställning till och även kunna göra viss screening/utredning. Genomgående bör barn 0-6 år med psykisk ohälsa av någon art i första hand handläggas på BVC, där det finns en god kännedom om barn/familjer. BVC och barnhälsovården erbjuder även föräldrastöd till familjer som bedöms ha behov av detta.

Vid psykosomatiska symptom som till exempel huvudvärk, ont i magen görs en bedömning och somatiska orsaker ska uteslutas.

Tecken på allvarlig psykisk sjukdom som psykos, bipolär sjukdom och suicidrisk ska alltid identifieras på första linjen och sedan remitteras för fortsatt bedömning och behandling sker på specialistnivå

Tecken på funktionsnedsättning såsom kognitiv utvecklingsstörning, autismspektrumstörning och ADHD identifieras på första linjen och fortsatt utredning sker som regel utanför primärvården. Se eventuella lokala överenskommelser mellan elevhälsa och Bup.

Tidig upptäckt

- Orsaker i omgivningen?
- Normalisera – göra reaktioner på händelser i livet begripliga.
- Levnadsvanor

Identifiera och remittera till specialistnivå

- Barn med allvarlig utvecklingsavvikelse
- Tecken på allvarlig psykisk sjukdom

Korttidsbehandling

- Samtalsstöd 6-8 ggr
- Behandling hos sjukgymnast eller arbetsterapeut
- Föräldrastöd
- Familje/Nätverksarbete
- Samverkan med skola och socialtjänst

Vem gör vad i första linjen?

Teamarbete mellan olika professioner i verksamheten är en viktig grundförutsättning.

Följande yrkeskategorier kan ingå i teamet på första linjen:

- Läkare
- Psykolog
- Kurator
- Sjukgymnast
- Arbetsterapeut
- Distriktsköterska/psykiatrisjuksköterska

Vad kan första linjen kartlägga vid första kontakten?

- Vilka svårigheter har barnet/ ungdomen/familjen?
- Vad vill barnet/ungdomen/familjen ha hjälp med?
- Vilka styrkor/resurser finns?
- Tidigare försök till förändring eller andra insatser
- Diskutera förslag till förändring/lösningar
- Vilka aktörer har varit i kontakt med familjen? (Skola, socialtjänst, Bup)
- Informera om de verksamheter eller insatser som kan erbjudas
- Formulera gemensamt mål/uppdrag och syfte med insatsen

Vad kan första linjen göra när barnet/ungdomen redan har en diagnos?

- Kartlägg problematiken
- Har något hänt som kan bidra till de svårigheter som barnet/ungdomen/ familjen upplever?
- Vilken hjälp och stöd har man i nuläget?

- Bedömning av eventuell insats på första linjen alternativt specialistnivå
- Eventuell samverkan med andra verksamheter

Farmakologisk behandling

Det huvudsakliga ansvaret för psykofarmakologisk behandling av barn och ungdomar ligger på Bup. Undantag är tillfällig behandling av sömnproblem med melatonin (Circadin, Melatonin) och ångest med hydroxizin (Atarax).

Generellt gäller att om en försämring inträder eller om ingen effekt av behandling kan ses efter sex till åtta veckor ska barnet/ungdomen remitteras till specialistnivån.

I undantagsfall kan längre behandlingstider vara befogade till exempel när det gäller motivationsarbete.

Bedömning/behandling inom Barn- och ungdomspsykiatri i Västerbotten

Öppenvård

Det finns tre stycken barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Västerbotten: i Lycksele, Skellefteå och Umeå. Alla tre mottagningarna arbetar med barn och ungdomar 0-17 år. I det patientnära arbetet på Bup arbetar psykologer, läkare, sjuksköterskor, behandlingsassistenter, kuratorer, skötare, sjukgymnast, dietist och arbetsterapeut.

Inremissbedömning

Sedan 1 april 2014 har Bup remisskrav. När remissen kommer till Bup görs en inremissbedömning med ställningstagande till om patienten (enligt vad som framkommer av remissen) har en psykiatrisk problematik som är av sådan grad att vård på specialistnivå är indicerad. Vid inremissbedömningen görs även en prioritering av ärendet.

Bedömningssamtal

Patienten och dennes vårdnadshavare kallas till mottagningen för bedömningssamtal som genomförs av en eller flera personer, oftast av olika yrkeskategori. Vid bedömningssamtalet får patienten och vårdnadshavarna bland annat berätta om bakgrund, styrkor och psykiatriska symtom. Ibland kan personalen fastställa diagnos efter första samtalet och ibland behövs ytterligare bedömningssamtal innan diagnos fastställs. När hela bedömningen är färdig återlämnas bedömningsresultatet till patienten och dennes vårdnadshavare tillsammans med förslag på vilken behandling eller utredning som kan bli aktuell.

Behandling

Det finns många olika behandlingar man kan få på Bup beroende på patientens diagnos och ålder och vilka önskemål och förutsättningar patienten och vårdnadshavarna har. Man kan till exempel få

- Familjebehandling
- Individualterapi
- Gruppbehandling
- Föräldrautbildning
- Farmakologisk behandling
- Kostbehandling
- Sjukgymnastbehandling

Samarbete med vårdgrannar

På Bup samarbetar vi ofta med skolan, socialtjänsten, barn- och ungdomshabiliteringen och barnkliniken för att patienten ska få ett så bra stöd som möjligt. Innan samarbetet påbörjas måste vårdnadshavarna (och ibland patienten beroende på ålder och mognad) godkänna samarbetet.

Utredning

Efter att bedömningen är färdig och ibland också under pågående behandling står det klart att patienten behöver genomgå en utredning. Då sätts patienten upp på väntelista för just den sortens utredning patienten behöver. Hur utredningen går till beror på vilken frågeställning man har.

Dygnet runt-vård

Bup har en vårdavdelning i Umeå där patienter med svårare psykiatrisk problematik får vård. Vanliga patientgrupper på avdelningen är patienter med akut suicidrisk, svår ätstörning eller utagerande beteende. På avdelningen arbetar man med patienten och dennes vårdnadshavare på många sätt samtidigt. Alla patienter får ta del av vissa grundläggande aktiviteter till exempel träffa läkaren och göra en vårdplan. Andra delar av behandlingen skräddarsys beroende på vad patienten har för problematik.

Barn och ungdomar med begynnande psykos eller bipolär sjukdom

Första linjen		Bup	
Ålder	Symtombeskrivning	Bedömning/Behandling	Bedömning/Behandling
T.o.m. 17 år	Udda, desorganiserat, inadekvat och omdömeslöst beteende Social isolering, minskat intresse för anhöriga och vänner Misstänksamhet Förföljelseidéer Vanföreställningar Forcerat osammanhängande tal med splittrade associationer Stört tankeförlopp, udda tankegångar Förändrad verklighetsuppfattning Hallucinationer, förvrängda sinnesintryck Förvirring Saknar sjukdomsinsikt Sjuklig hyperaktivitet, mani/hypomani Svårbegripliga känsloutbrott Flacka affekter, tilltagande passivitet Desorientering Kraftigt svängande stämningsläge	Fråga och bedöm om patienten är orienterad till person, rum, tid och situation. Läkare bör bedöma ev. somatisk orsak till symtomen. Blotta misstanken ska föranleda remiss till Bup. Vid behov av akut polisiär handräckning se under remittering till Bup.	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar

Barn och ungdomar med beteendeproblem och trotsigt eller normbrytande beteende

Första linjen – lindriga/måttliga symtom				Bup – svåra symtom	
Ålder	Symtombeskrivning	Bedömning/Behandling	Förslag till stöd för bedömning	Symtom beskrivning	Bedömning/Behandling
0–6 år	Återkommande fysisk aggressivitet mot vuxna eller som mönster i samva- ron med jämnåriga	BVC Föräldrastöd Ev. samverkan med förskola och socialtjänst Beakta ev. samsjuklighet t.ex. depression	ASQ-SE från 3 år SDQ från 4 år Konsultera BHV- psykolog och för- skolans specialpe- dagog	Återkommande fysisk aggressivi- tet, kamratproblem och trots mot vuxna som går utöver det man ser hos barn i samma ålder och som inte lindras efter stöd till föräldrar och förskole/skolpersonal samt åtgärder i hem och förskolemiljö.	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar
7–12 år	Initierar slagsmål med kam- rater och uppvisar fysisk aggressivitet mot vuxna. Kränker andras grundlägg- ande rättigheter och/eller beter sig opålitligt och normbrytande	Bedöma allvarlighetsgrad och mönster – se längst ner i matrisen Beakta ev.samsjuklighet t.ex. depression /ADHD samt upp- märksamma risk- och skyddsfak- torer. Om lindrig problematik erbjud föräldrastöd och egen samtals- kontakt. Viktigt att tidigt initiera samverkande insatser med stöd från skola, fritidsverksamhet och socialtjänst.	SDQ BUS Jag tycker jag är ORS/SRS	Återkommande fysisk aggressivi- tet, kamratproblem och trots mot vuxna som går utöver det man ser hos barn i samma ålder och som inte lindras efter stöd till föräldrar och skolpersonal samt åtgärder i hem och förskolemiljö.	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar

13–17 år	Fientligt, negativt trotsigt beteende. Gentemot särskilt föräldrar och auktoritetspersoner, men även mot jämnåriga. Aggressivitet, skolk, anknytning till asociala gäng	Bedöma allvarlighetsgrad och mönster – se längst ner i matrisen Beakta ev. samsjuklighet t.ex. depression, ADHD samt uppmärksamma risk- och skyddsfaktorer. Erbjud föräldrastöd och ev. individuell samtalskontakt. Viktigt att tidigt initiera samverkande insatser med stöd från skola, fritidsverksamhet och socialtjänst.	C-GAS SDQ/CORE BUS Jag tycker jag är ORS/SRS	Återkommande aggressivitet, fientlighet, kamratproblem och trots mot vuxna som går utöver det man ser hos unga i samma ålder och som inte lindras efter stöd till föräldrar och skolpersonal samt åtgärder i hem och skolmiljö.	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar
-------------	---	---	--	---	--

Frågor som stöd i bedömning se SKL-rapport sid 50; <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/social-omsorg/ratt-insatser-pa-ratt-niva-for-barn-och-ungdomar-med-psykisk-ohalsa-en-kunskapssammanstallning.html>

Barn och ungdomar som är ledsna, nedstämda eller deprimerade

Första linjen – lindriga/måttliga symtom				Bup– svåra symtom	
Ålder	Symtombeskrivning	Bedömning/Behandling	Förslag till stöd för bedömning	Symtom beskrivning	Bedömning/Behandling
0–6 år	Spädbarn: Failure to thrive. Anknätningsproblematik 1–6 år: Mat-och sömnproblem Som ovan samt tillbakadragenhet, minskat intresse för roliga saker. Arga, kinkiga Kroppsliga symtom - magont m.m.	BVC Bedömning av barnet samt föräldrars mående och situation. Föräldrastöd Ev.samverkan med socialtjänsten	EPDS vid misstanke om depression/ Nedstämdhet hos någon av föräldrarna. ASQ-SE vid 3 år SDQ fr.o.m. 4 år Konsultera BHV-psykolog	Undandragande i socialt samspel, apati, försämrad tillväxt, tillbakagång i utvecklingen	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar
7–12 år	Vid lindriga symtom - motsvarande nivå ledsenhet: Nedstämdhet, ledsenhet Minskat intresse för sådant som tidigare varit roligt. Irritabilitet, vredesutbrott Huvudvärk, magont. Oro, räddhagsenhet, separationsoro.	Kartlägg psykosociala orsaker, ex. skolsvårigheter, kamrat eller familjeproblem, livshändelser etc. Obs! beakta självmord i närmiljön. Kartlägg ärftlighet av depression/mani. Bedöm självmordsrisk, differentialdiagnoser och samsjuklighet, ex. tvång, psykotiska symtom. Vid självmordsrisk, samsjuklighet, försämring eller utebliven effekt efter 4–6 veckor, remiss till Bup. Samverkansintervention utifrån kartläggning. Föräldrastöd. Kortare samtalsbehandling med psykoedukativt fokus. Normalisera rutiner samt mat- och sömnvanor. Stöd för att komma igång med aktiviteter och sociala kontakter. För utförligt vårdprogram se SFBUP	SDQ CDI/BDI C-GAS BUS Jag tycker jag är ORS/SRS	Utöver symtom av lindrig grad dessutom mat- eller sömnproblem, trötthet/energilöshet, hopplöshetstankar, känsla av meningslöshet/tomhet. Viss nedsättning av funktion som koncentrationssvårigheter och påverkat skolarbete, ett visst undandragande från kamrater och intressen. Hämning, apati, självmordsrisk Samsjuklighet.	Bedömning, utredning, vård och behandling Behandling enligt SFBUP:s riktlinjer steg 1–3 Samarbete med vårdgrannar

		riktlinjer vid depression steg 1. Ev. samverkan med skola, socialtjänst			
13–17 år	Symtom och signaler kan vara av varierande grad: Minskat intresse för aktiviteter, överdriven trötthet, förändrad aptit och sönmönster. Slutar bry sig om sitt utseende, hygien. Nedstämdhet, ledsenhet döljer den ofta, irritation, gråt i ensamhet, oförmåga att glädjas, tappat intresse, skolproblem, minskad ork, ångest	Kartlägg psykosociala orsaker, ex. skolsvårigheter, kamrat/ familjeproblem, livshändelser etc. Obs! beakta självmord i närmiljön. Kartlägg ärftlighet av depression/mani. Bedöm självmordsrisk, differentialdiagnoser och samsjuklighet, ex. tvång, psykotiska symtom. Individuell samtalskontakt/psykoterapi. Familj/nätverksarbete. Vid försämring eller utebliven effekt, remiss till Bup. För utförligt vårdprogram se SFBUP riktlinjer vid depression steg 1. Ev. samverkan med skola, socialtjänst.	BDI, HAD, C-GAS, SDQ/CORE ORS/SRS	Påtagligt nedsatt funktion i relation till skola, fritidsintressen och kamrater. Hämning, apati, social tillbakadragenhet. Återkommande besvär. Samsjuklighet. Återkommande självskadande beteende Självmordsrisk	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Behandling enligt SFBUP:s riktlinjer steg 1–3 Samarbete med vårdgrannar

Barn och ungdomar med ängslan, oro och ångesttillstånd

Första linjen – lindriga/måttliga symtom				BUP – svåra symtom	
Ålder	Symtombeskrivning	Bedömning/Behandling	Förslag till stöd för bedömning	Symtom beskrivning	Bedömning/Behandling
0–6 år	Somatiska symtom t.ex. magsmärtor. Sömnsvårigheter, ängslighet, separationsrädsla, ev. specifik fobi/tvång som är ett problem i vardagen	BVC Kartlägg familjestress/händelser och utlösande faktorer. Föräldrastöd Ev. samverkan med socialtjänst vid bristande föräldraförmåga och sociala riskfaktorer	ASQ-SE från 3 år SDQ från 4 år Konsultera BHV-psykolog.	Påtaglig påverkan på socialt liv och förskole-/skolgång, Påtagligt undvikande beteende. Samsjuklighet Omfattande ångestproblematik med ett flertal samtidiga ångestdiagnoser	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar
7–12 år	Oro/ångest som är begränsad till något eller några få livsområden och som inte ofta och inte i hög grad påverkar individen och nätverkets livsföring. Överdriven ängslighet. Specifik enkel fobi. Ritualer, tvångstankar. Enstaka panikattacker. Visst undvikande beteende. Social oro	Kartlägga orons karaktär och inverkan på funktion i hem och skola. Vid svårare tillstånd, komplicerande faktorer och generaliserad ångest, remiss till BUP. Information och psykopedagogik. KBT med föräldrastöd. Ev. specifikt behandlingsprogram - Cool kids Ev. samverkan med socialtjänst och skola.	SDQ CYBOCS C-GAS BUS Jag tycker jag är ORS/SRS	Påtaglig påverkan på socialt liv och skolgång, Påtagligt undvikande beteende. Samsjuklighet Omfattande ångestproblematik med ett flertal samtidiga ångestdiagnoser	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå. Samarbete med vårdgrannar

13–17 år	Oro/rädslor/ångest som påverkar ungdomen eller nätverkets funktion eller livsföring. Överdriven ängslighet. Specifik enkel fobi. Ritualer, tvångstankar. Enstaka panikattacker. Undvikande beteende. Social oro. Kroppsliga obehag. Skolfrånvaro. Inskränkning i det sociala livet.	Bedöma/kartlägga orons karaktär och inverkan på funktion i hem och skola. Vid svårare tillstånd, komplicerande faktorer och generaliserad ångest remiss till BUP. Individuell samtalskontakt KBT-inriktning, MI-metodik, familj/nätverksarbete. Eventuell samverkan socialtjänst, skola. Webb-information, psykopedagogiska insatser. Eventuellt specifikt behandlingsprogram – Child.	BUS CORE C-GAS BOCS ORS/SRS	Påtaglig påverkan på socialt liv och skolgång, Påtagligt undvikande beteende. Samsjuklighet Omfattande ångestproblematik med ett flertal samtidiga ångestdiagnoser Återkommande självdestruktivitet	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar
----------	---	--	---	--	---

Stöd i bedömning av oro, ångest sid 8-9 Vårdprogram Skåne; https://www.skane.se/Public/psykiatri_skane/bup/vardprogram/Vardprogram-for-barn-och-ungdomar-med-angest-ocd.pdf

Barn och ungdomar med psykosomatiska symtom

Första linjen – lindriga/måttliga symtom				Bup – svåra symtom	
Ålder	Symtombeskrivning	Bedömning/Behandling	Förslag till stöd för bedömning	Symtom beskrivning	Bedömning/Behandling
0–6 år	Failure to thrive, avvikande längd- och viktutveckling. Ont i kroppen, mage, huvud. Sömnproblem.	BVC . Utesluta somatisk orsak till symtom. Kartlägga förändringar, överkrav, stressorer och livshändelser i barnets/familjens liv. Vara uppmärksam på dolda funktionshinder och göra anpassningar utifrån dessa. Ev.samverkan socialtjänst, förskola. Föräldrastöd BHV psykolog	ASQ-SE från 3 år SDQ från 4 år Konsultera BHV-psykolog	Vid svåra och långvariga psykosomatiska symtom då insatser inom 1:a linjen eller vid BUC inte gett effekt. Vid misstanke om neuropsykiatrisk funktionsnedsättning Konsultera alltid Bup bakjour innan remittering	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialnivå Samarbete med vårdgrannar

7–17 år	Spänningshuvudvärk. Yrsel. Rygg- och muskelvärk. Ont i magen. Illamående. Trötthet. Andningsbesvär.	Somatisk utredning och bedömning för att utesluta somatisk grundorsak. Konsultera BUC vid behov, inkl. smärtteam Nus. Kartlägg förändringar, överkrav, stressorer och livshändelser i barnets/familjens liv. Bedöm ev. andra ångestsymtom. Vara uppmärksam på dolda funktionsnedsättningar och göra anpassningar utifrån dessa. Observera risk- och skyddsfaktorer. Eventuell samverkan socialtjänst, skola. Individuell samtalskontakt av t.ex. KBT- karaktär, familj/nätverksarbete. Insats sjukgymnast för t.ex. avspänning och kroppskännedom.	SDQ/CORE C-GAS ORS/SRS	Vid svåra och långvariga psykosomatiska symtom då insatser inom 1:a linjen eller vid BUC inte gett effekt. Vid misstanke om neuropsykiatrisk funktionsnedsättning Konsultera alltid Bup bakjour innan remittering	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar
------------	--	---	--	--	---

Barn och ungdomar med självskadande beteende

Första linjen – lindriga/måttliga symtom				BUP – svåra symtom	
Ålder	Symtombeskrivning	Bedömning/Behandling	Förslag till stöd för bedömning	Symtom beskrivning	Bedömning/Behandling
0–6 år	Skadar sig själv medvetet	BVC Beakta funktionsnedsättning. Viktigt med anamnes, om misstanke om social utsatthet anmälan till socialtjänsten. Ev. samverkan med förskola, socialtjänst. Sexualiserat beteende är ett varningstecken Bedömning och föräldravägledning kring beteenden relaterade till barnets utvecklingsnivå av BHV-psykolog	ASQ-SE från 3 år SDQ från 4 år Konsultera BHV psykolog	När insatser på första linjen inte gett effekt. Vid misstanke om neuropsykiatriskt funktionshinder	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar
7–12 år	Övergående eller enstaka självskadebeteende utan allvarlig vävnadsskada	Bedömning av allvarlighetsgrad, omfattning och samsjuklighet. Kartläggning av psykosocial situation. Bedömning av nedstämdhet, oro, ev. suicidrisk och impulsivitet. Om lindrig problematik erbjuds samtalsbehandling, familj och/eller nätverksinsats Ev. samverkan med skola, socialtjänst.	ORS/SRS C-GAS SDQ	När insatser på första linjen inte gett effekt. Vid misstanke om neuropsykiatriskt funktionshinder eller enligt nedan	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar

13–17 år	Självska debeteende som att: vid enstaka tillfällen skära sig på armar, ben med vasst föremål eller på annat sätt skadar sig och tillfogar sig smärta som ångestreduktion.	Bedömning av allvarlighetsgrad, omfattning och samsjuklighet. Bedömning av suicidrisk och impulsivitet. Undersök frekvens på självskade beteendet samt gör en social anamnes. Om ungdomen skär sig eller rispar sig vid enstaka tillfällen och/eller inte har några påtagliga svårigheter beskrivna i sin sociala anamnes ges insats på första linjen Vid lindriga symtom: Individuell samtalskontakt, familj och nätverksarbete . Ev.samverkan med skola, socialtjänsten	C-GAS SDQ/CORE ORS/SRS	Upprepat självskadande beteende. Samsjuklighet som kräver differentialdiagnostik. PTSD, dissociativa syndrom, impulskontrollstörningar, ätstörning, allvarlig depression eller ångest. Om det framkommer att det finns en självmordsrisk. "Kompulsiv självskada" som kan noteras hos individer med utvecklingsstörning eller autism. "Grov självförvållad självskada/självstympling" som kan förekomma hos personer med svåra psykiatriska tillstånd	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar
-------------	--	---	----------------------------------	--	--

Barn och ungdomar med svårigheter att reglera uppmärksamhet och aktivitetsnivå

Första linjen – lindriga/måttliga symtom				Bup – svåra symtom	
Ålder	Symtombeskrivning	Bedömning/Behandling	Förslag till stöd för bedömning	Symtom beskrivning	Bedömning/ Behandling
0–6 år	Överdrivet aktiva, svårt att fokusera på uppgifter, bristande impulskontroll relaterat till ålder, svårt med byte av aktiviteter, svårt att komma till ro på kvällen, sömnsvårigheter	BVC Kartlägg förändringar, överkrav, stressorer och livshändelser i barnets/familjens liv. Insatser kring basfunktioner som sömn, mat, rutin och struktur. Föräldrastöd, (hänvisa till ev. grupp) Ev. samverkan med förskola/skola och socialtjänst. Remiss BHV-psykolog För barn i förskoleklass gäller överenskommelse med skolan vid misstanke om neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, se länk nedan	ASQ-SE från 3 år SDQ från 4 år Konsultera BHV psykolog och förskolans specialpedagog	När insatser inte gett effekt på första linjen, symtom kvarstår och/eller samtidig trots/ beteendestörning eller annan psykiatrisk problematik Vid neuropsykiatrisk frågeställning: kartläggning, kognitiv bedömning av BHV-psykolog och anpassningar av barnets omgivning innan remittering till BUP Ev. frågeställning ADHD Tourettes syndrom hos lite äldre barn.	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå. Samarbete med vårdgrannar
7–12 år	Svårigheter att koncentrera sig, minnas, planera och organisera aktiviteter och saker. Motoriskt rörlig, impulsiv, otålig, rastlös. Känslig för förändringar. Sömnsvårigheter. Samspelsproblem.	Kartläggning av eventuell utlösande psykosocial stress och planering av stödinsats för denna. Insatser kring basfunktioner som sömn, mat, rutin och struktur. Arbetssterapeut kan vara behjälplig med bedömning, stöd och hjälpmedel för struktur och svårigheter att komma till ro. Vid misstanke om neuropsykiatrisk diagnos föreligger bör kartläggning och remittering ske till Bup. Överenskommelse finns mellan Bup och länets kommuner om att denna kartläggning sker av skolans elevhälsa för barn i grundskolan, se länk nedan	SDQ ORS/SRS Brown ADD C-GAS BRIEF SNAP IV	När insatser inte gett effekt på första linjen och symtom kvarstår och/eller samtidig trots/beteendestörning eller annan psykiatrisk problematik. Frågeställningarna kan t.ex. gälla ADHD ADD Tourettes syndrom Enligt överenskommelse mellan kommuner och landsting är det skolornas elevhälsa som remitterar till BUP efter att kartläggning och anpassningar genomförts vid neuropsykiatrisk frågeställning	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar

13–17 år	ADHD: Lättstörd, svårt att hålla koncentration, svårt med planering, organiserings, svårt att lyssna, dag-drömmar. Impulsiv, otålig. Rör sig mer än andra, plockar med saker. Rastlös ADD: som ovan utan hyperaktivitet Passivitet, svårt att komma igång, svårt att få saker gjorda TOURETTES syndrom: Tics- inte viljestyrda blinkningar, grimaser, ryckningar ibland i kombination med ADHD och/eller tvångssymtom	Se ovan. Alkohol/Drog-screening Individuell samtalskontakt, familjearbete samt samverkan skola och ev. socialtjänst Observera att alla gymnasieskolor inte ingår i överenskommelsen mellan kommuner och landsting gällande elever med misstänkta neuropsykiatriska funktionshinder. Se länk nedan	SDQ/CORE C-GAS BROWN ADD BRIEF SNAP IV AUDIT DUDIT ORS/SRS	När insatser inte gett effekt på första linjen och symtom kvarstår och/eller samtidig trots/ beteendestörning eller annan psykiatrisk problematik. Frågeställning ADHD, ADD, Tourettes	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar
-------------	--	---	---	--	---

<http://regionvasterbotten.se/wp-content/uploads/2012/08/O%CC%88VERENSKOMMELSE-vid-misstanke-om-psykisk-funktionsnedsa%CC%88tning-hos-barn-och-unga-2013-2015.pdf>

Barn och ungdomar som tänker och kommunicerar annorlunda

Första linjen – lindriga/måttliga symtom				BUP – svåra symtom	
Ålder	Symtombeskrivning	Bedömning/Behandling	Förslag till stöd för bedömning	Symtom beskrivning	Bedömning/Behandling
0–6 år	Svårtröstade, ointresserade av ögonkontakt, försenat/uteblivet språk alternativt slutar prata. Fastnar i beteenden, fixationer. Svårt att leka med andra barn och svårt att ta kontakter.	BVC Kartlägga förändringar, överkrav, stressorer och livshändelser i barnets och familjens liv. Eventuell samverkan skola, socialtjänst. Remiss till BHV-psykolog	ASQ-SE från 3 år SDQ från 4 år Konsultera BHV-psykolog samt logoped	Brister i förmåga till social interaktion, kommunikation och avvikande beteende i den grad att funktionsnedsättning inom autismspektrum-området misstänks.	Bedömning och utredning på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar Om utredningen leder till diagnos som ger rätt till stöd från Barn- och ungdomshabiliteringen informeras föräldrarna om detta. Vid samsjuklighet med annan psykiatrisk problematik samverkar Bup och BUH.
7–12 år	Kommunikativa och sociala svårigheter. Begränsad flexibilitet och föreställningsförmåga Annorlunda ätbeteende, avvikande sinnesreaktioner, självskadande beteende, tics, sömnproblem, svårreglerad oro	Om skola och familjeliv i stort fungerar och problematiken bedöms ligga inom ett avgränsat område, som problem i matsituationen eller vid insomning, kan kortare intervention ske i primärvård. Sömn- och strukturhjälpmedel kan förskrivas av arbetsterapeut. Ev. samverkan skola, socialtjänst. Vid misstanke om neuropsykiatrisk diagnos finns överenskommelse mellan Bup och länets kommuner att kartläggning sker av skolans elevhälsa för barn i grundskolan och i vissa kommuner även för	ORS/SRS	Brister i förmåga till social interaktion, kommunikation och avvikande beteende i den grad att funktionsnedsättning inom autismspektrum-området misstänks.	Bedömning och utredning på specialistnivå Om utredningen leder till diagnos som ger rätt till stöd från Barn- och ungdomshabiliteringen informeras föräldrarna om detta. Vid samsjuklighet med annan psykiatrisk problematik samverkar Bup och BUH.

		gymnasieelever. <i>Se länk nedan</i>			
13–17 år	Brister i förmåga till social och emotionell interaktion. Brist i kommunikationsförmåga. Begränsning i förmåga till flexibilitet och föreställningsförmåga. Svårt att tolka omvärlden	Anamnes – eventuell remiss Bup. Vid misstanke om neuropsykiatrisk diagnos se ovan. Bedöm risk- skyddsfaktorer Information, motivationsarbete. Individuell samtalskontakt/familje/nätverksarbete. Ev.samverkan skola, socialtjänst.	ORS/SRS	Brister i förmåga till social interaktion, kommunikation och avvikande beteende i den grad att funktionsnedsättning inom autismspektrum-området misstänks.	Bedömning och utredning på specialistnivå Om utredningen leder till diagnos som ger rätt till stöd från Barn- och ungdomshabiliteringen informeras föräldrarna om detta. Vid samsjuklighet med annan psykiatrisk problematik samverkar Bup och BUH.

<http://regionvasterbotten.se/wp-content/uploads/2012/08/O%CC%88VERENSKOMMELSE-vid-misstanke-om-psykisk-funktionsnedsa%CC%88tning-hos-barn-och-unga-2013-2015.pdf>

Barn och ungdomar som har utsatts för trauma eller lever i en utsatt situation

Första linjen – lindriga/måttliga symtom				Bup – svåra symtom	
Ålder	Symtombeskrivning	Bedömning/Behandling	Förslag till stöd för bedömning	Symtom beskrivning	Bedömning/ Behandling
0–6 år	Förväntade reaktioner på stressfaktorer/trauma. Äter sämre, sömnsvårigheter, oro/ängslan, avvikande utveckling, undvikande i kontakter. Ont i magen. Tecken på PTSD – se under svåra symtom	BVC Viktigt med anamnes, familjehändelser. Våld i familjen Vid misstanke om brott och barn som far illa gör anmälan till socialtjänsten. Vid brott överväg även anmälan till polis. Föräldrastöd. Normalisera, stabilisera situationen. Eventuell samverkan förskola, socialtjänst. Ev. remiss till BHV-psykolog	ASQ-SE från 3 år SDQ från 4 år Konsultera BHV-psykolog Kontakta specialpedagog i förskolan.	Även relativt lindriga symtom på PTSD hos yngre barn bör bedömas på Bup. Tecken på PTSD: -Återupplevande av den traumatiska händelsen ex. i lek, teckningar etc. - Undvikande, betraktar händelserna saklig och oberört. Håglösa, likgiltiga, vill inte leka. -Överdriven vaksamhet. Sömnsvårigheter, retlighet, mörkerrädsla, separationsrädsla, främlingsrädsla.	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar
7–12 år	Vanlig kontaktorsak i primärvård är skador och/eller psykosomatik. Exempel på reaktionsmönster är: Passivitet och undandragenhet. Oro och koncentrationssvårigheter. Utåtagerande/aggressivt beteende. Avvikande emotionell och/eller kognitiv utveckling.	Kartlägga livssituationen och familjens förmåga att hantera pågående stressorer. Vid misstanke om barn som far illa anmälan till socialtjänsten, som har huvudansvaret för barn som far illa. Vid misstanke om brott – polis-anmälan. Om enklare livskris nätverksarbete och samtalsbehandling	ORS/SRS	Måttliga och allvarliga symtom på PTSD bör bedömas på Bup. Tecken på PTSD: -Återupplevande av den traumatiska händelsen ex. i lek, teckningar etc. - Undvikande, betraktar händelserna saklig och oberört. Håglösa, likgiltiga, vill inte leka. -Överdriven vaksamhet. Sömnsvårigheter, retlighet, mörkerrädsla, separationsrädsla, främlingsrädsla. Självmodsrisk	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar

13–17 år	Ångest, oro, ibland en total tomhet på känslor. Sömnproblem, aptitlöshet, tröstätande, förtvivlan, hopplöshet, gråter, ensamhet, övergivenhet och vanmakt. Upplevelse att livet inte är värt att leva eller att livet aldrig någonsin kan bli bra igen.	Bedömning enl. ovan. Individuell samtalskontakt. Familjearbete/stöd. Mobilisera nätverk, info kring stödgrupper. Ev. samverkan/anmälan till socialtjänsten.	ORS/SRS	Måttliga och allvarliga symtom på PTSD bör bedömas på Bup. Tecken på PTSD: - Återupplevande av den traumatiska händelsen t.ex. i lek, teckningar etc. - Undvikande, betraktar händelserna saklig och oberört. Håglösa, likgiltiga, - Överdriven vaksamhet. Sömnsvårigheter, retlighet, mörkerrädsla, separationsrädsla, främlingsrädsla. Själv-mordsrisk	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar
-------------	---	--	---------	--	---

Barn och ungdomar med ätproblematik

Första linjen – lindriga symtom				Bup –måttliga/svåra symtom	
Ålder	Symtombeskrivning	Bedömning/Behandling	Förslag till stöd för bedömning	Symtom beskrivning	Bedömning/Behandling
0–6 år	Matmotstånd hos små barn kan uppstå vid annan sjukdom och bör behandlas utifrån detta. Ensidigt ätande, matvägran, överätande.	BVC. Bedömning av somatiskt status för ställningstagande till somatisk vård. Bedöm föräldraförmåga. Beakta anknytnings-problematik. Föräldrastöd, matdagbok. Dietistkontakt Ev. samverkan med förskola, socialtjänst	Konsultera BHV-psykolog Konsultera dietist BHV.	Svåra tillstånd som inte förbättras av behandling i första linjen och somatisk vård	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar
7–12 år	Matmotstånd med ringa viktpåverkan och utan medicinsk komplikation. Ensidigt ätande, matvägran, överätande	Längd- och viktkurva, somatisk bedömning och matintervju. Kartläggning av psykosocial situation, stress/oro. Remiss om måttligt/allvarligt tillstånd eller utebliven effekt efter 2–4 veckors rådgivande insats med fokus på normalisering av matrutin. Samverkan med skola/socialtjänst vid behov. Dietistkontakt Se särskild bilaga Vårdprogram för ätstörningar Västerbotten på vårdpraxis.	Bedömning av allvarlighetsgrad enligt vårdprogram. EDI-3 från 11 år. ORS/SRS	Utöver lindriga symtom: Tillväxtpåverkan. Avstannande pubertetsutveckling. Medicinska komplikationer. Påverkad funktionsnivå. Samsjuklighet Vid diagnosticerad eller starkt misstänkt anorexi, bulimi och ätstörning UNS se särskild bilaga i Vårdprogram för ätstörningar Västerbotten på vårdpraxis	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar

13–17 år	Matmotstånd med liten viktpåverkan. Ätstörning utan medicinsk komplikation. Ingen eller lindrig påverkan på livsföring. Tecken på ätstörning: Bantar, viktfixering, förändrat ätbeteende Minskat matintag. Överätande Tränar överdrivet. Koncentrationsproblem. Ibland olika tvångsbeteenden. Ängest eller nedstämdhet förekommer ofta. Självskada/ själv-mordstankar. Framkallar kräkning. Har utebliven mens eller oregelbunden menstruation	Bedöma art och grad. Påverkan på funktionsnivå. Bedöma risk och skyddsfaktorer. Somatiskt status inkl. provtagning enl. vårdprogram. Dietistkontakt Individuell samtalskontakt, familjearbete/föräldrastöd, samverkan skola/närverk. Se särskild bilaga Vårdprogram Västerbotten på vårdpraxis.	C-GAS Screening EDE-Q EAT ORS/SRS	Utöver lindriga symtom: Tillväxtpåverkan. Avstannande pubertetsutveckling, påverkad funktionsnivå, samsjuklighet. Måttliga/allvarliga medicinska komplikationer. Vid diagnosticerad eller starkt misstänkt anorexi, bulimi och ätstörning UNS se särskild bilaga i Vårdprogram för ätstörningar Västerbotten på vårdpraxis	Bedömning, utredning, vård och behandling på specialistnivå Samarbete med vårdgrannar
----------	---	---	---	---	---

Remittering till Bup

Förutsättning för remiss till Bup är att en bedömning är gjord av vilken nivå som är bäst lämpad att bistå barnet/ungdomen och dess familj. Den bedömningen ska göras i möte med barnet/ungdomen.

Bup:s remissmall är ett stöd för det ställningstagandet. Den ska fyllas i så fullständigt som möjligt för att underlätta ställningstagande till vilka insatser som bör erbjudas. Viktigt att Bup får information om vilka insatser som gjorts inom 1:a linjen och hur dessa utvärderats.

Bup tar inte emot enbart föräldrar för föräldrastöd.

Sedvanliga remitteringsprinciper gäller. Det innebär att ansvar kvarstår tills mottagande enhet bedömt ärendet och bekräftar övertagandet av att barnet/ungdomen fortsätter där.

För att undvika att barnet/ungdomen ”ramlar mellan stolarna” ska Bup begära komplettering av remissen för ett förtydligande i följande fall:

- Om remissen är svårbedömd
- Primärvården inte har genomfört insatser enligt ansvarsfördelningen

Remissmallen finns att hämta på VLL:s intranät linda > vårdpraxis > läkare > Bup, se bilaga 4.

Alla yrkeskategorier inom första linjen har behörighet att remittera till Bup om man gjort en bedömning att problematiken är av den art och grad att den kräver kontakt med specialistnivån.

Telefonkonsultation Bup

Se nästa sida

Vid akuta ärenden ring sjukhusväxeln 090-785 00 00 eller gå in på jourlinda där mobilnummer finns till jourhavande läkare.

Återremittering till första linjen

Kan vara aktuellt i följande situationer:

- Barnet/ungdomen är färdigbehandlad på Bup, men är i behov av första linjens insatser. Viktigt med riktlinjer och gemensam vårdplanering med tydlig gränsdragning.
- Vid behov av somatisk konsultation
- Ungdomen blir myndig och är i behov av första linjens insatser,
- se APP-dokumentet (ansvarsfördelning Primärvård – Vuxenpsykiatri) se vårdpraxis>läkare. Även här bör vårdplanering ske.

Bup:s ansvar

Barn- och ungdomspsykiatri i Västerbotten är en specialistverksamhet som ger specialiserad och högspecialiserad sjukvård, utredning och behandling till barn och ungdomar t.o.m. 17 års ålder.

Till Bup remitteras barn och ungdomar med psykisk ohälsa som inte tillhör första linjens uppdrag eller där första linjens insatser är otillräckliga efter genomförd behandling enligt detta dokument, förutsatt att den psykiska ohälsan faller inom specialistsjukvårdens uppdrag. Bup ska bedöma, utreda och behandla allvarliga och komplexa tillstånd av psykisk ohälsa/psykisk sjukdom.

Bup ska utöver detta genom en väl organiserad samverkan och ett utbud av konsultationstjänster och handledning vara andra vårdgivare behjälpliga i deras arbete med barn och unga som lider av psykisk ohälsa.

Öppenvårdsmottagningar finns i Umeå, Skellefteå och Lycksele. Slutenvård bedrivs i Umeå där man tar emot barn/ungdomar med akut och allvarlig psykiatrisk problematik när dygnet runt-vård bedöms nödvändig.

Konsultationsmodell

Aktörer

Konsultationsarbetet omfattar hälsocentraler, sjukstugor och ungdomsmottagningar/hälsor anslutna till Västerbottens läns landsting och Bup i Västerbotten.

Målsättning

Målsättningen är att optimera samverkan mellan primärvården och Bup för att förbättra insatserna för det enskilda barnet/den enskilda ungdomen och deras familjer och underlätta arbetet genom kompetensutveckling i vardagen. Barnets/ungdomens behov ska vara i fokus.

Konsultation

En fungerande konsultationsmodell mellan primärvården och Bup är en förutsättning för att ansvarsfördelningen ska fungera i praktiken och vara hållbar över tid.

Vid oenighet mellan verksamheterna i ansvarsfördelningsfrågor ska ärendet hänvisas till verksamhetschefsnivå och avvikelserapport ska skrivas.

Olika konsultationsvägar beskrivs nedan:

Samarbetsmöten

Regelbundna möten mellan primärvård och Bup organiseras utifrån lokala förutsättningar. Den beskrivna ansvarsfördelningen i detta dokument ska ligga till grund för arbetet och vara utgångspunkt vid oklarhet eller oenighet om vem som har ansvaret i enskilda ärenden. Sammankallande är antingen verksamhetschefer vid hälsocentralerna eller Bup. Båda parter förbereder de frågor som ska tas upp på mötet.

Konsultation

Vid frågeställningar och behov av konsultation rörande enskilda ej akuta ärenden tas kontakt med mottagningssköterska Bup, telefon 090-785 6600, meny val 2.som förmedlar vidare vid behov till berörd yrkeskategori.

Direktkontakt per telefon

För läkare och andra yrkeskategorier inom primärvården och Bup finns kontaktmöjligheter per telefon genom jourlinje/jourlinda. Vid frågeställningar i samband med remittering ska tillgång till direktnummer till primärvården och Bup framgå i remissen. Via direktnummer blir man hänvisad till berörd yrkeskategori.

Remiss

Se rutiner för remiss ovan

Uppföljning

Konsultationsmodellen ska följas upp en gång per år. Ansvarig är verksamhetschef Bup samt av VO-chef utsedd representant för primärvården.

Bilagor

Bedömningsinstrument

ASQ:SE- Screeninginstrument som alla BVC i länet skickar ut inför 3-årskontrollen. Mäter språk – hyperaktivitet/koncentration/impulskontroll – stereotypier/rigiditet/samspel/kontaktförmåga – ätbeteende – sömn – rädsla/ångest – följsamhet/trots – uppförandeproblem.

AUDIT - frågeformulär som mäter alkoholkonsumtion. Består av tio frågor. Med hjälp av screeningen kan man identifiera ev. riskbruk/missbruk.

BDI – mäter grad av depression. Behörighet leg. läkare och leg. psykolog

BRIEF- Formulär för självskattning, föräldrar- samt lärarskattning för bedömning av exekutiva funktioner. Ålder 5-18 år. Behörighet leg. psykolog, leg. läkare

BROWN ADD-scales – Används för att screena ADHD-symtom genom självskattningsformulär. Ålder 12-18 år. Behörighet leg. psykolog.

BUS – självskattningsformulär för barn och ungdom 7-18 år. Mäter ångest, depression, ilska, normbrytande beteende och självbild. Behörighet leg. läkare och leg. psykolog.

CDI – mäter grad av depression hos barn. Behörighet leg. läkare och leg. psykolog

C-GAS – mäter funktionsnivå hos barn och ungdomar på en skala 1-100. Runt C-GAS-värde 50 brukar man räkna att behov av primärvårdsnivå och specialistvårdsnivå möts. C-GAS genomförs av den som gör bedömningen av problematik/ger insats.

ChEAT – mäter attityder till mat och ätande samt grad av stort ätbeteende. Ålder under 12 år

EAT – samma som ovan men från 13 år och uppåt

CORE - Används från 16 år och uppåt. Är en självskattning där den unga svarar på 34 påstående om hur de haft det den senaste veckan. CORE skattas vid första besöket och i samband med det avslutande besöket.

För mer information se www.psynk.se/forsta-linjen/utvecklingsarbete/corewebb

CYBOCS – bedömer svårighetsgraden av tvångssymtom i åldrarna 6-17 år. Bedömningen sker genom en semistrukturerad intervju och bör göras av en tränad kliniker.

BOCS- är motsvarande instrument för vuxna och kan användas från 16 år.

DUDIT- frågeformulär som består av elva frågor. Screenar ev. konsumtionsmönster och narkotikarelaterade problem.

EDI-3- bedömning av grad av ätstörning. Från elva år till vuxen. Behörighet leg. psykolog, leg. läkare

EDE-Q – skattar grad av ätstörning. Används från 13 år och uppåt. Behöriga är de som har adekvat professionell kompetens. Rekommenderas för behandlingsutvärdering.

EPDS – används rutinmässigt på BVC för att lättare upptäcka mammor/pappor med depression eller tecken på depression och erbjuda olika typer av insatser.

HAD – används för att skatta ångest och depression. Används för ungdomar.

Jag tycker jag är - mäter självbild och självkänsla. Behörighet psykolog.

ORS Formulär finns anpassade för barn och ungdomar. Enkäten skattar variablerna personligt välbefinnande, nära relationer, socialt och hur man har det i livet i allmänhet. Används för att se inom vilka områden man har svårigheter och den utveckling/förändring som kan ske i samband med en samtalskontakt.

SRS-formuläret används av barnet/ungdomen för att skatta samtalet/träffen. Ger ett bra underlag för att bedöma hur barnet/ungdomen upplever samtalskontakten.

SDQ- Sve – skattning av styrkor och svårigheter hos barnet/ungdomen med hjälp av 25 frågor plus frågor om hur stor påverkan problemen har på livet.

Det finns frågeformulär till

- Föräldrar till barn 4-16 år
- Lärare till barn 4-16 år
- Barn/ungdomar 11-17 år kan använda självskattningsformuläret

De variabler som fångas upp är emotionella symptom, uppförandeproblem, hyperaktivitet/uppmärksamhetsproblem, kamratproblem och prosocialt beteende. Formulär finns att ladda ner på www.sdqinfo.org. Fördelarna är att det är en enkel enkät som är fri att använda och som inte kräver någon särskild utbildning. Det finns rättningsmallar och gränsvärden som kan användas men rekommendationen är i första hand att använda enkäten för att få en bild av vilka problem barnet/ungdomen har och i vilken utsträckning de påverkar barnets/ungdomens liv.

För mer information se www.psynk.se/forsta-linjen/utvecklingsarbete/sdqwebb och www.psynk.se/forsta-linjen/utvecklingsarbete/sammanställningsstod-sdq

SNAP IV- Mäter grad av ADHD-symtom och är normerat från 5-11 års ålder. Bedömning bör göras av tränad kliniker.

Risk- och skyddsfaktorer

En bedömning av det enskilda barnets/ungdomens totala risk- och skyddsfaktorer och symptom måste alltid göras för att avgöra komplexiteten i livssituationen och om insatser bör ges av primärvården eller Bup. Man måste också påminna sig om att en viss riskfaktor för en individ kan utgöra en tillgång för någon annan. Detta utifrån att barnets/ungdomens hela situation måste beaktas, inte olika faktorer i sig eller för sig. Motsatsen till riskfaktor är ofta en skyddsfaktor och vice versa vilket inte framgår specifikt här.

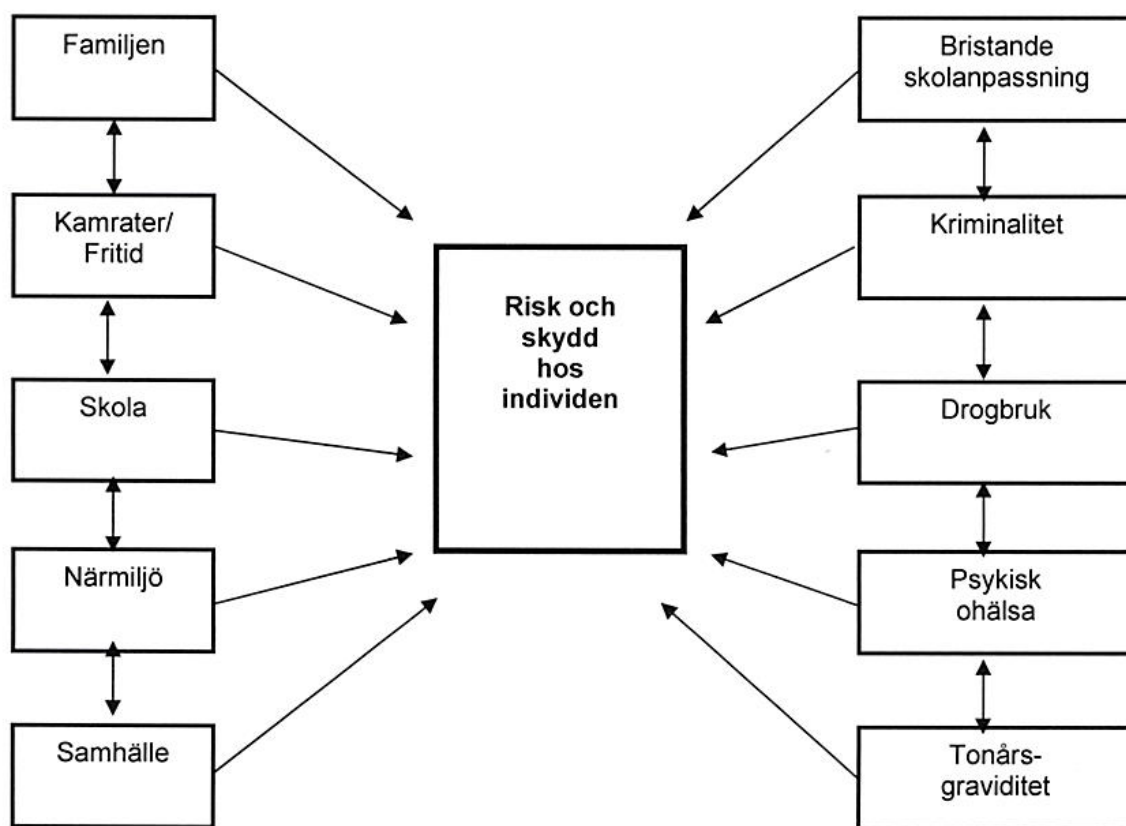
En riskfaktor för ett visst beteende är en egenskap, en händelse, ett förhållande eller en process som ökar sannolikheten eller risken för ett visst utfall. En skyddsfaktor är en egenskap, en händelse, ett förhållande eller en process som minskar sannolikheten för ett visst utfall. Närvaro av en eller flera skyddsfaktorer kan göra att barnet/ungdomen inte utvecklar psykisk ohälsa trots att han/hon utsätts för risker. Risk- och skyddsfaktorer samspelar och interagerar. En enskild riskfaktor innebär sällan någon påtaglig risk, men en kombination av flera riskfaktorer och få skyddsfaktorer ökar risken.

Man måste ta hänsyn både till förhållanden som rör individens egenskaper, erfarenheter och förutsättningar samt till egenskaper i förhållande till miljön.

Risk- och skyddsfaktorer finns på individnivå, i familjen, i skolan, hos kamrater/fritid, i närmiljön och på samhällsnivå. Faktorerna är ofta ospecifika, dvs. skyddsfaktorer skyddar mot flera former av ohälsa (t.ex. depression och utåtagerande beteende). Samma riskfaktor (t.ex. skolmisslyckande) skulle kunna leda till depression hos en individ och missbruksproblem hos en annan.

Det mest betydelsefulla är inte att identifiera någon enskild betydande riskfaktor och försöka avlägsna den utan i stället sträva efter att den totala bördan av riskfaktorer minskar och öka tillgången till skyddsfaktorer. Fler allvarliga riskfaktorer kan öka behovet av kontakt med Bup.

En illustration av hur sammankopplade risk- och skyddsfaktorer är för unga människor



Referenser: Statens folkhälsoinstitut – www.fhi.se, Underlag för utvecklingsarbete med barn och ungas psykiska hälsa.- Åsa Nilsson Birgit Hjertquist & Åsa Centerstrand, Norrköpings kommun/Landstinget i Östergötland.

Exempel på riskfaktorer
Adopterade barn Eget missbruk Familjehems-/HVB-placering Fattigdom Föräldrar som är psykiskt /fysiskt sjuka, missbrukande, har kognitiva svårigheter, brukar våld i familjen. Konflikter i familjen Flykting-/invandrade barn Kronisk sjukdom/funktionshinder Prematur födsel Svagt/avsaknad av socialt nätverk kring familjen Upplevelse av upprepade misslyckanden t ex i skolan, separationer från viktiga personer
Exempel på skyddsfaktorer
Egna styrkor, tillgångar Framtidstro, framtidsplaner Känsla av begriplighet, sammanhang och meningsfullhet i tillvaron Socialt nätverk med vuxna och kamrater Trygg familjesituation Utvecklande fritid Valfungerande skolmiljö och skolgång

Källa: Ansvarsfördelning, organisation och resurser inom primärvården och BUP i Landstinget Dalarna 2011-10-21

CHILDREN'S GLOBAL ASSESSMENT SCALE – C-GAS

För barn och ungdomar i åldrarna 4-20 år.

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.

Svensk översättning 2001-04-06 M Helgesson, fil lic leg psykolog och P Gustafsson, MD PhD Barn-och ungdomspsykiatriska kliniken, Linköping

Svensk nyöversättning och bearbetning 2005-08-14, i samarbete med Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Bird H Columbia University, New York.
Anna Lundh, MD, Barn- och Ungdomspsykiatriska kliniken, Stockholm. E-post Anna.Lundh@sl.se

Skatta personens mest nedsatta generella funktionsnivå under den specificerade tidsperioden genom att välja den lägsta nivå som beskriver hans/hennes fungerande på ett hypotetiskt kontinuum av hälsa/sjukdom. Använd även de intermediära nivåerna (t.ex. 35, 58, 62).

Skatta aktuell funktionsförmåga utan hänsyn till behandling eller prognos. De tillhandahållna exemplen på beteenden är enbart illustrativa och erfordras inte för en speciell skattning.

Specificerad tidsperiod: 1 månad

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.	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.
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 vredeutbrott mot syskon, föräldrar eller kamrater).	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.
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 funktionssvårigheterna övergående. Dessa barn är ytterst lite störande för andra och anses inte avvika av personer som känner dem.	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).
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 ångslan 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.	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.
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.	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.

Remissmall för inremitterande till Barn- och ungdomspsykiatri Västerbotten

Bakgrund

Följande information behöver framgå i en remiss för att man på Bup ska kunna ta ställning till om ärendet tillhör den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri eller inte, hur det ska prioriteras och hur patienten ska kallas till mottagningen.

Remissdatum

Namn, adress och telefonnummer till remittenten

Vid akuta ärenden

Ring till Bup-jourläkare och diskutera handläggningen och skriv en kortare akutremiss. Namn och telefonnummer till jourläkare finns på jourlinda. Man kan också ringa via lasarettens växel.

Frågeställning

Formulera en tydlig frågeställning till Bup.

Kliniska upplysningar

Namn, adress och telefonnummer till samtliga vårdnadshavare samt information om deras inställning till eventuell behandling på Bup. Ny lag gör att patient kan få vård på Bup även om en vårdnadshavare nekar. Dessa frågor hanteras av socialnämnden tillsammans med Bup.

Familjesituation

Har familjen tidigare haft kontakt med Bup?

Beskriv de psykiatriska symtomen, deras varaktighet och påverkan på barnets vardagsliv.

Suicidalitet? Självskadebeteende?

Beskriv eventuella somatiska symtom, deras varaktighet och påverkan på vardagslivet. Vid misstänkt ätstörning måste information om tillväxt och viktutveckling framgå samt anamnes enligt vårdprogram.

Sömn

Matvanor och aptit

Missbruk av alkohol eller andra droger

Sjukdomar och funktionshinder

Aktuell medicinering (remittent inom VLL ser till att läkemedelslistan är korrekt och hänvisar till denna)

Ärftlighet

Vilken skola/förskola går barnet på? Hur trivs patienten på skolan? Hur fungerar själva skolarbetet? Hur fungerar kamratrelationerna på skolan? (Fråga patient och vårdnadshavare eller beskriv vad man fått veta vid träff med förskole/skolpersonal)

Finns det pågående kontakt med skolhälsovård, socialtjänst, ungdomshälsa, ungdomsmottagning eller behandling i primärvård eller på specialistklinik? Vilka insatser har gjorts? Effekt? (Fråga patient och vårdnadshavare eller beskriv vad man fått veta vid träff med respektive instans)

Information om och resultat av den bedömning/utredning som genomförts innan remiss skrivs. Glöm inte eventuella resultat av screeningar och genomförda psykologutredningar.

Psykiskt status vid senaste besök

Vid misstänkt ätstörning: längd, vikt, puls, blodtryck och blodcirkulation vid senaste besök samt resultat av labprover enligt vårdprogrammet för patienter med ätstörning.

Vid misstanke om neuropsykiatriska funktionshinder

(ADHD/autismspektrumstörning/mental retardation) som påverkar skolarbetet finns en överenskommelse mellan alla kommuner i länet och Västerbottens läns landsting om att skolorna gör en baskartläggning innan skolhälsovården remitterar barnet/ungdomen till Bup om det bedöms vara indicerat med vidare utredning eller barnpsykiatrisk behandling.

Skillnad i första linje uppdrag primärvård - elevhälsa

SKL beskriver i sin kunskapssammanställning första linjen som den verksamhet som inte är en specialistverksamhet. Det kan tänkas vara barnhälsovård, elevhälsa, primärvård, familjecentraler eller ungdomshälsa.

Elevhälsa

Enligt skollagen: För eleverna i förskoleklassen, grundskolan, grundsärskolan, sameskolan, specialskolan, gymnasieskolan och gymnasiesärskolan ska det finnas elevhälsa. Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas utveckling mot utbildningens mål ska stödjas. För medicinska, psykologiska och psykosociala insatser ska det finnas tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Vidare ska det finnas tillgång till personal med sådan kompetens att elevernas behov av specialpedagogiska insatser kan tillgodoses.

Elevhälsan kan ge korta insatser i form av t ex stödsamtal för att eleven ska nå målen i utbildningen. De har även ett utredningsansvar av skolsvårigheter och elevers eventuella intellektuella begränsningar och stödbehov. Bedömningar av begåvningsnivå görs av elevhälsan som kan berättiga till inskrivning i särskola. Remissgång för neuropsykiatriska frågeställningar i VLL är också från elevhälsa till Bup, då barnpsykiatri för sin diagnostik behöver skolans kartläggningsunderlag.

Primärvård

Ansvar och uppdraget i Hälsoval 2010 innebär att primärvårdens läkare, psykologer, kuratorer och sköterskor som möter barn och unga med psykisk ohälsa ska kunna bedöma grad av problematik barnet eller ungdomen har samt erbjuda olika behandlingsinsatser för lindrig/måttlig psykisk ohälsa. Detta har tidigare varit Bup:s målgrupp och ansvar som nu ligger inom primärvårdens uppdrag.

Alla yrkeskategorier inom elevhälsan utom specialpedagoger samt Primärvårdens olika yrkeskategorier som möter barn och unga med psykisk ohälsa har rätt att efter bedömning remittera till Bup i Västerbotten om barnet eller ungdomen har en problematik som tillhör specialistnivån enl. det politiska beslut som tagits kring remisskrav till BUP.

Referenser:

Rätt insatser på rätt nivå för barn och ungdomar med psykisk ohälsa – en kunskaps-sammanställning, SKL.

<http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/social-omsorg/ratt-insatser-pa-ratt-niva-for-barn-och-ungdomar-med-psykisk-ohalsa-en-kunskapssammanstallning.html>

Ansvarsfördelning, organisation och resurser inom primärvården och Bup i Lands-tinget Dalarna. Barn och ungdom med psykisk ohälsa 2011-10-21

Socialstyrelsens hemsida

<http://www.socialstyrelsen.se/psykiskhalsa/barnpsykiskhalsa>

SKL:s hemsida - Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa

www.psynk.se/forsta-linjen

Överenskommelse vid misstanke om psykisk funktionsnedsättning hos barn och unga i Västerbottens län

<http://regionvasterbotten.se/wp-content/uploads/2012/08/O%CC%88VERENSKOMMELSE-vid-misstanke-om-psykisk-funktionsnedsa%CC%88tning-hos-barn-och-unga-2013-2015.pdf>

Följande rapporter har sammanställts av Lena Sjöqvist-Andersson, verksamhetsutvecklingsstaben, VLL:

- 1) Rapport – ansvarsfördelning första linjen och specialistnivån för barn och unga med psykisk ohälsa. Västerbottens läns landsting 2010.
- 2) Rapport – Riktlinjer för en tydlig hantering av barn och unga med psykisk ohälsa inom primärvården. Västerbottens läns landsting 2011
- 3) Underlag för primärvårdens uppdrag att ta emot barn och unga som söker för psykisk ohälsa, och i förekommande fall deras föräldrar.

Användbara länkar:

www.1177.se/Vasterbotten

www.umo.se

www.snorkel.se

www.kuling.se

www.bris.se

