



Barn och ungdomar med migrationsbakgrund i första linjen för psykisk ohälsa

Tillgänglighet till vård, tillgång till översatta arbetsinstrument, och verksamhetens struktur. En rapport inom TINA-projektet.



**Karolinska
Institutet**

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Bakgrund.....	4
Metod.....	4
Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa.....	5
Barn med migrationsbakgrund inom första linjen	6
Första linjen	6
Barn med migrationsbakgrund.....	6
I vilken omfattning kommer barn med migrationsbakgrund till första linjen?	6
Varför kommer gruppen barn med migrationsbakgrund inte till första linjen?	7
Har barn med migrationsbakgrund samma möjligheter till adekvat vård?	9
Arbete med tolk.....	10
Utbildning.....	11
Projekt kring att öka vårdsökande hos barn med migrationsbakgrund	12
Sammanfattning.....	13
Del 2 – Anpassat material för barn med migrationsbakgrund	14
Sammanfattning.....	15
Bilaga 1 - Första linjen för barn inom hälso- och sjukvård	16
Bilaga 2 – Intervjupersoner	27
Bilaga 3 – Intervjuguide.....	28

Referera till rapporten

Johan Åhlén & Christina Dalman, ” Barn och ungdomar med migrationsbakgrund i första linjen för psykisk ohälsa: Tillgänglighet till vård, tillgång till översatta arbetsinstrument, och verksamhetens struktur. En rapport inom TINA-projektet.”. Institutionen för global folkhälsa, Karolinska Institutet

Bild framsida

<https://pixabay.com/sv/photos/pojke-barn-flicka-kids-utomhus-1854107/>

Sammanfattning

Den här rapporten är en del av TINA (Tidiga Insatser för NyAnlända), ett forskningsprojekt vid institutionen för global folkhälsa vid Karolinska Institutet.

Första linjen för psykisk ohälsa hos barn och unga finns mer eller mindre i alla Sveriges regioner. Strukturen för denna typ av verksamhet skiljer sig dock mellan regioner vilket delvis beror på befolkningsunderlag och geografi. Dessa skillnader i dimensionering och tillgänglighet kan emellertid skapa geografiska skillnader i möjligheter för barn och ungdomar att få vård på lika villkor.

Del 1 – Barn med migrationsbakgrund inom första linjen

Rapporten visar att barn med migrationsbakgrund är underrepresenterade i första linjens verksamhet. Flera möjliga anledningar till detta lyfts i rapporten, till exempel:

- Praktiska svårigheter att söka vård. Ofta saknas information om verksamheten på andra språk än svenska.
- Familjens tilltro till vården, t ex att man inte vet vad kontakten eller insatsen skulle innebära, eller har tidigare negativa erfarenheter av kontakt med myndigheter.
- Kulturella faktorer, till exempel synen på psykisk ohälsa, samt vilka åtgärder som är adekvata för att komma till rätta med familjeproblem.

Rapporten lyfter även de svårigheter som finns vad gäller tolkarbetet inom första linjen. Då tolken är avgörande för att ge familjer med tolkbehov samma möjlighet att tillgodogöra sig vård är tolkarbetet något som bör förbättras.

Del 2 – Anpassat material för barn med migrationsbakgrund

Rapporten visar att det finns skattningsformulär på andra språk fritt tillgängliga, men dessa används inte i någon större omfattning och att det generellt saknas annat material översatt till andra språk än svenska i första linjen.

Bakgrund

Undersökningar visar att den psykiska hälsan hos barn och unga har försämrats de senaste decennierna. Flera nationella satsningar har därför genomförts för att utveckla och stärka insatser för barn och ungas psykiska hälsa. En av satsningarna har inneburit att stärka den så kallade *första linjen* för barn och ungas psykiska hälsa, vars uppdrag är att tillhandahålla tidig intervention, dvs. stöd vid lätt till måttlig psykisk ohälsa.

En nyligen utförd utvärdering av första linjen i Stockholm visade att barn med migrationsbakgrund i betydligt lägre grad än svenskfödda har haft kontakt med första linjen för psykisk ohälsa. Detta är bekymmersamt eftersom barn med migrantbakgrund på gruppnivå har en hög förekomst av psykisk ohälsa. Det finns även undersökningar som visar att när barn med migrationsbakgrund väl når vården finns det risk för att de får mindre effektiv behandling. Detta kan bero på begränsad transkulturell förståelse bland vårdpersonal och brist på kulturellt inkluderande insatser. Utifrån perspektivet jämlik vård är detta en stor brist.

Det här är en rapport inom forskningsprojektet TINA. TINA syftar till att utveckla metoder för att underlätta hjälpsökande till tidiga insatser för psykisk ohälsa för nyanlända barn och ungdomar samt att anpassa vården till en mer lättillgänglig och inkluderande hjälp. I den första delen redovisas i vilken omfattning barn med migrationsbakgrund kommer till första linjen inom hälso- och sjukvården i olika delar av Sverige, möjliga hinder för vårdsökande (utifrån verksamhetens perspektiv), hur första linjen inom hälso- och sjukvård arbetar med denna grupp, erfarenheter av att arbeta med tolk, och exempel på vilken utbildning som personalen i första linjen har deltagit i kring migrationsrelaterade sociala bestämningsfaktorer, trauma och kulturella aspekter i vården. I den andra delen ges en översikt över vilket material för bedömning och behandling som finns översatta till andra språk än svenska och engelska. I den tredje och sista delen sammanfattas hur första linjen är uppbyggd i Sverige samt hur bedömning och behandling i stora drag utförs.

Metod

Rapporten bygger på intervjuer som gjorts med företrädare (från olika regioner) för första linjens verksamhet inom hälso- och sjukvården i Sverige. Totalt intervjuades 28 personer från 19 av Sveriges 21 regioner vid ett eller två tillfällen. Intervjuerna genomfördes under 2019. Vilken funktion intervjupersoner hade inom verksamheten skiljde sig mellan regioner. Intervjupersoner valdes utifrån att förfrågan skickades via mejl till chefer inom regionernas hälso- och sjukvård (hälso- och sjukvårdschef, verksamhetschefer, enhetschefer) där syftet med undersökning beskrevs, samt exempel på frågor gavs. Mottagaren fick i mejlet frågan om hen kunde svara på dessa frågor, eller vidarebefordra till någon annan person. Rapporten bygger på intervjuer med bl.a. enhetschefer, verksamhetschefer, kliniker, vårdutvecklare och hälso- och sjukvårdsstrateger. Rapporten behandlar således endast första linjeverksamhet inom hälso- och sjukvård, dvs. tidiga insatser som kan beskrivas vara första linjen inom kommunen

och skolan beskrivs inte. I bifogad Bilaga 1 finns ytterligare information om första linjens organisation, i Bilaga 2 finns intervjupersoner och deras funktion beskrivna, och i Bilaga 3 finns den intervjuguide som användes vid intervjuerna.

Första linjen för barn och ungas psykiska hälsa

Flera nationella satsningar har därför genomförts för att utveckla och stärka insatser för barn och ungas psykiska hälsa. En av satsningarna har inneburit att stärka den så kallade *första linjen* för barn och ungas psykiska hälsa, vars uppdrag är att tillhandahålla tidig intervention, dvs. stöd vid lätt till måttlig psykisk ohälsa. Första linjen för psykisk ohälsa hos barn och unga finns mer eller mindre i alla Sveriges regioner men då det inte finns några tydliga nationella riktlinjer för hur en första linjen verksamhet ska organiseras, vad lätt till måttlig psykisk ohälsa innebär, eller vilken vård som ska erbjudas, ser första linjen olika ut i olika delar av landet. Intervjuerna som ligger till grund för denna rapport visar att första linjen för psykisk ohälsa hos barn och unga under de senaste åren har utvecklats mer eller mindre i alla Sveriges regioner (för en längre och mer djupgående beskrivning av vad som framkommit under vår undersökning om första linjeverksamhet för barn och unga generellt, se Bilaga 1. Att organisationen skiljer sig mellan regioner är till viss del förståeligt utifrån att verksamheten behöver anpassas till exempelvis befolkningsunderlag och geografi. Däremot är de stora skillnaderna något som kan behövas diskuteras med tanke på perspektivet jämlik vård. Skillnader i verksamhetens dimensionering och tillgänglighet kan skapa olika möjligheter för barn och ungdomar att få vård på lika villkor beroende på vilken region man tillhör.

Det finns ett stort behov av att utveckla samverkan med andra verksamheter som arbetar med tidiga insatser för barn och unga med psykisk ohälsa (både kommunala och inom hälso- och sjukvård). När det gäller tidiga insatser är det ofta flera andra verksamheter som bistår med att förmedla sådana insatser, t ex BVC-mottagningar, elevhälsa, ungdomsmottagningar, socialtjänsten etc. Detta skapar en utmaning vad gäller vem som gör vad. Ett ytterligare förtydligande av ”vem som gör vad” behövs för att samverkan mellan dessa verksamheter ska fungera bättre.

Vad gäller behandlingsinsatser är det tydligt att det finns mycket få vetenskapligt utvärderade insatser som är anpassade för första linjen (dvs. riktade till mildare psykiska besvär och som ges under kortare kontakter). Att anpassa evidensbaserat behandlingsmaterial till den kontext man befinner sig i är ofta nödvändigt, men kräver också noggrannhet och utvärdering. Vi uppmuntrar till att fler av de insatser som idag används inom första linjen utvärderas vetenskapligt.

Barn med migrationsbakgrund inom första linjen

Första linjen

Med första linjen menas i detta sammanhang den vårdnivå som erbjuder insatser för barn och ungdomar med lätt till måttlig psykisk ohälsa. Runt om i landet har olika verksamheter vuxit fram för att tillhandahålla sådana insatser. Utvecklingen av dessa verksamheter har stötts av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). En drivkraft för utvecklingen av första linjen som ofta nämns i de intervjuer vi genomfört i arbetet med denna rapport, är att primärvården och dess vårdcentraler, husläkarmottagningar, eller hälsocentraler tidigare saknat kompetens för att möta barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Flera intervjupersoner beskriver att primärvården egentligen har uppdraget att tillhandahålla denna vård, men att primärvården inte har lyckats med detta uppdrag, vilket skapat ett behov av en ny typ av verksamhet. En annan drivkraft uppges vara det höga trycket på barn- och ungdomspsykiatri.

I en uppföljning av första linjen i Stockholms län (2018) fann man att barn med migrationsbakgrund från vissa delar av världen i betydligt lägre grad kom till första linjen. Vi ville därför undersöka om detta mönster återfinns i andra delar av Sverige samt även undersöka hur anpassat och tillgängligt innehållet i första linjen är för denna grupp.

Barn med migrationsbakgrund

I den här rapporten använder vi genomgående begreppet barn med migrationsbakgrund. Vår definition av detta är *barn med föräldrar som varit mindre än 10 år i Sverige*. Varför vi valde just denna definition baseras på att vi i studier sett att det i regel tar cirka 10 år tills att en person som kommer till Sverige använder psykiatrisk vård på liknande sätt som en person som är född i Sverige.

I vilken omfattning kommer barn med migrationsbakgrund till första linjen?

I de intervjuer som gjordes för denna rapport betonade intervjupersonerna att deras svar inte baserades på data, utan på deras egna erfarenheter, eftersom uppgifter om föräldrars tid i Sverige inte registreras.

En vanlig uppfattning i intervjuerna var att barn med migrationsbakgrund inte kommer till första linjen i samma omfattning som barn med föräldrar födda i Sverige. Denna skillnad blir tydlig om man jämför med hur många som kommer till BVC, dit de allra flesta föräldrar och barn (även de med migrationsbakgrund) kommer. Under åren 2015–2016 när många personer flydde till Sverige var det betydligt vanligare med besök av barn med migrationsbakgrund. Nu har dessa besök minskat och de som har fått stanna i Sverige kommer inte i hög omfattning.

En del intervjupersoner var osäkra på i vilken omfattning barn med migrationsbakgrund kommer till första linjen och hade svårt att svara på hur det ser ut andelsmässigt för denna grupp. Endast en region beskrev att andelen barn med migrationsbakgrund som kommer till första linjen stämmer väl överens med andelen som är bosatta i området.

Varför kommer gruppen barn med migrationsbakgrund inte till första linjen?

I intervjuerna framkom många tankar om vilka orsaker som kan förklara varför denna grupp i regel är underrepresenterad i första linjens verksamhet. Nedan har vi försökt dela in dessa möjliga orsaker i olika teman.

Problem med egenanmälan

I många regioner bygger verksamheten på det som kallas egenanmälan om vård, det vill säga att föräldern (eller barnet) på egen hand kontaktar mottagningen. I gruppen barn med migrationsbakgrund lyfte många intervjupersoner att detta förfarande inte verkar fungera särskilt väl. När dessa familjer kommer till första linjen är det sällan via egenanmälan utan för att någon annan aktör har hjälpt dem eller remitterat dem dit, till exempel skola, socialtjänst, eller kyrkan. En hel del ärenden kommer även från den somatiska vården i och med att familjen initialt söker hjälp för kroppsliga besvär hos barnet.

Några intervjupersoner beskrev däremot att äldre barn med migrationsbakgrund, vilka åtminstone bott ett tag i Sverige, kan ha lättare att söka på egen hand. Detta både för att de fått kännedom om första linjen, men också för att de önskar prata med någon om sina besvär.

Socialtjänsten eller vården

Vissa intervjupersoner lyfte att den lägre andelen barn med migrationsbakgrund i första linjen är en del av ett bredare problem vad gäller sociala faktorer. Första linjen är lite av en ”medelklassmottagning” dit välfungerade och välutbildade föräldrar vänder sig, eftersom hälso- och sjukvård anses lite finare än socialtjänsten, även om liknande insatser ges även där. En del intervjupersoner har funderat på om detta innebär att barn med migrationsbakgrund får stöd för psykisk ohälsa via socialtjänsten. En annan tanke var att denna grupp i många fall ”hoppas över” första linjen och hamnar direkt i specialistvård, eftersom denna grupp i många fall exempelvis kan ha traumarelaterade besvär vilket ofta hänvisas till BUP.

Svårt att veta om det hjälper

En ytterligare möjlig orsak till att gruppen barn med migrationsbakgrund är underrepresenterade i första linjen kan bero på att dessa familjer inte alltid vet vad en kontakt med första linjen innebär, och att de därför också har svårt att se vilken skillnad en sådan kontakt skulle leda till. Intervjupersonerna beskrev även att de insatser som första linjen erbjuder är skapade utifrån ett visst sätt att förstå psykisk ohälsa, och att det inte är säkert att dessa metoder är inkluderande eller känns attraktiva för alla grupper.

Kulturskillnad/stigma

De flesta intervjupersoner tog upp att det finns kulturella skillnader som delvis kan förklara varför barn med migrationsbakgrund är underrepresenterade i första linjen.

Till exempel berördes att det finns olika sätt att se på psykisk sjukdom, där tolkningen av symptom i hög grad tolkas utifrån kulturell bakgrund. Till exempel kan det vara så att vissa ord och begrepp som personalen använder inte finns på det modersmål som familjen talar. En annan teori som lyftes var att psykiska symptom ses som något som familjen själva ska hantera, och att det är svårt att relatera till att de ska lösa problemet tillsammans med en person de aldrig har träffat. Slutligen nämndes att en del familjer har haft så stora utmaningar (inklusive långa rättsliga processer kring asyl och uppehållstillstånd) att lättare psykisk ohälsa som sömnproblem eller lättare ångest inte betraktas som något man behöver söka hjälp för.

Det kan även finnas olika sätt att se på behandling, vilket också är beroende av kulturell bakgrund. Till exempel är en erfarenhet att många föräldrar med migrationsbakgrund efterfrågar medicin till sina barn. En del av de intervjuade beskrev vissa föräldrar som ovana och delvis oförstående för första linjeverksamhetens förväntningarna på föräldrar som aktiva i barnens behandling. Upplevelsen för vissa intervjupersoner var att psykologen får rollen som en traditionell allvetande ”doktor”, och att denna ofrivilliga roll gör det svårt att genomföra de vanliga behandlingarna.

Vidare lyftes att psykisk ohälsa är ett tabubelagt ämne och att det därför kan vara svårt för barnet att prata med föräldern om detta. En erfarenhet från ungdomsmottagningar med första linjeuppdraget är att ungdomar som söker hjälp för psykisk ohälsa är noga med att fråga om sekretess mot familjen. Att få en diagnos kan vara tabubelagt och likställas med att man är ”sjuk i huvudet”, snarare än en möjlighet att få adekvat stöd.

Det kan även finnas ett misstroende mot vården och en del kan vara rädda för att söka kontakt, både för att man inte vet vad man kan förvänta sig, men även för att man som familj kan ha negativa erfarenheter av att träffa myndighetspersoner.

Hälsolitteracitet

Hälsolitteracitet är ett begrepp som handlar om i vilken grad en individ har förmåga att ta mot, bearbeta och förstå grundläggande hälsoinformation för att kunna fatta ändamålsenliga beslut. Personer med lägre nivå av hälsolitteracitet har svårigheter med att ta del av medicinsk information, vilket påverkar både hälsa och behandlingsutfall. Vissa grupper kan ha lägre nivå av hälsolitteracitet än befolkningen i allmänhet. Hit hör ofta exempelvis äldre, lågutbildade, nyanlända invandrare och migranter utan god kunskap i det nya landets modersmål. En möjlig orsak som lyfts av flera intervjupersoner till den låga andelen som kommer till första linjen var att många familjer helt enkelt inte vet att första linjen finns, vilket skulle kunna förklaras med lägre hälsolitteracitet. Det finns en brist i att ge information om verksamheten på olika språk. Informationen kan också vara bristfällig i de arenor dessa familjer rör sig i. Det kan

även vara en effekt av att inte vara integrerad i samhället, och att inte ha en överblick eller grundorientering i hur vården är strukturerad. En sådan överblick är svår att ha även som välintegrerad i samhället. Ett exempel på information som är viktig att förstå för att kunna tillgodogöra sig stöd och hjälp i första linjeverksamhet är att förstå psykologens roll, men en person med låg hälsolitteracitet vet inte alltid vad en psykolog gör och att en psykolog inte är en myndighetsperson som kan påverka processer kring asyl eller uppehållstillstånd.

Ett gott exempel

På ungdomsmottagningarna i en region har man bestämt att alla ska ha en baskunskap om hedersvåld, och att det ska finnas en tydlig rutin för att ta hand om detta. Det har lett till att vårdgivaren har hittat flexibla sätt att mötas och att boka tider, t ex för att ungdomen inte har vågat kontakta mottagningen på vanligt sätt. Över tid har det lett till att ungdomar som är utsatta för hedersvåld litat på vården, och att det är fler personer som vågar sig dit.

Har barn med migrationsbakgrund samma möjligheter till adekvat vård?

Flera intervjupersoner uppgav att de tror att barn med migrationsbakgrund erbjuds insatser i samma utsträckning som barn födda i Sverige. Däremot uppgav de att de flesta av dessa barn i praktiken, av olika anledningar, i hög grad inte har samma möjligheter. Framförallt bedöms språkproblem och tolkarbetet utgöra hinder. Ett av problemen är att det inte finns några upparbetade rutiner för hur man ska agera i de fall då det behövs tolk och det krävs också träning i att arbeta med tolk. Det kan även vara svårt att använda screeninginstrument tillsammans med tolk eftersom det kan vara svårt att bedöma om översättningen blir korrekt. I en region finns en i personalen som talar arabiska. När hen deltar i kartläggningen av arabisktalande personer har man upplevt att hen får fram mer relevant information.

Extra svårt kan det vara vid avancerade terapeutiska kontakter där man upplever att det finns stor risk för missförstånd eller att nyanser i språket försvinner, och att det leder till att behandlare kanske behöver förenkla till den grad att behandlingen saknar vissa delar. Rent praktiskt kan det också vara lättare att ringa och uppmuntra och påminna familjer om det sker på svenska.

Å andra sidan lyfte vissa regioner att det snarare läggs mer resurser på denna grupp just eftersom tolk är involverad. Om familjer med migrationsbakgrund väl kommer i kontakt med vården så är det dessutom inte ovanligt att de har fler symptom än genomsnittet, vilket kan leda till längre kontakter och även mer kontakt med andra verksamheter som t ex skolan.

Flera intervjupersoner nämnde att familjer i asylprocessen generellt sett har kortare kontakter, och att dessa familjer på grund av sin situation sällan får behandling initierad. Barn och ungdomar som väntar på utvisning får sällan mer än korta stödjande insatser, även om de har betydligt större behov.

Ett par regioner beskrev att föräldrar alltid uppmuntras till att vara engagerade, men att det ändå i jämförelse med svenskfödda föräldrar oftare förekommer insatser där man arbetar med barnet enskilt. Till exempel kan så ske om barnet behärskar språket bättre än föräldrarna eller att man som behandlare har svårt att förstå familjerelationer och hierarkier i familjen, vilket gör att det kanske känns skrämmande att träffa hela familjen.

Det lyftes även att tillgång till behandlingsinsatser i första linjen inte sker lika snabbt som för svenskfödda barn. Detta kan bero på att det inte är lika enkelt att boka tid över telefon, speciellt i de regioner där första steget i processen innebär just en telefonintervju.

Vissa försöker aktivt att underlätta engagemanget hos föräldrar i dessa familjer genom att erbjuda besök på Vårdcentralen och förklara vilken funktion första linjenmottagningen har. Detta eftersom man anser att vårdsökande kan vara ett stort steg för dessa familjer och att det underlättar med personlig kontakt jämfört med att ringa eller endast skicka skriftlig information.

Arbete med tolk

Hur många besök har tolk?

De allra flesta intervjupersonerna beskrev att de inte samlar statistik på hur många av de patienter som besöker första linjen som använder tolk. Generellt sett var dock uppfattningen att det är relativt sällan som tolk behövs. Från några regioner uppskattade intervjupersonerna att det handlar om 5 %, men att det varierar mellan mottagningar inom regionen. Delvis beror det på vilken dimension socialtjänsten har, där det vid mindre insatser från socialtjänsten faller ett större ansvar på första linjen.

När används tolk?

Alla intervjupersoner uppgav att de alltid erbjuder professionella tolkar i de fall där det behövs, och att de inte använder barn eller släktingar som tolkar i några sammanhang. De flesta uppgav att det brukar vara möjligt att efterfråga samma tolk vid fler tillfällen, men att det varierar hur väl det fungerar.

Flera intervjupersoner nämnde att familjen ibland tackar nej till tolk, trots att de som behandlare gör bedömningen att det skulle vara bra med tolk. Ofta försöker behandlaren motivera familjen om man upplever att tolk behövs.

Den generella erfarenheten var att det är stor variation vad gäller kvalitet på tolkarna. Eftersom det är väldigt blandat, lyftes detta även som en patientsäkerhetsfråga. En intervjuperson sa att hen ofta inte litar på tolken.

Platstolk eller telefontolk?

Många regioner använder både platstolk och telefontolk. Vissa beskriver att valet mellan platstolk och telefontolk är beroende av vad patienten önskar. Det nämns även att det är vanligare att telefontolk används för ungdomar, medan platstolk är vanligare när det gäller barn. Flera intervjupersoner nämnde att de använder både platstolk och telefontolk, men att den allra största delen är telefontolk.

I vissa regioner används enbart telefontolk, mycket utifrån geografiska skäl. I praktiken går det att "flyga in en tolk", men detta sker endast i mycket akuta ärenden, och då sällan i denna verksamhet.

Erfarenheten av platstolk och telefontolk är att det fungerar bra eller mindre bra med båda metoderna. Det vill säga, huruvida det fungerar bättre med telefontolk eller platstolk handlar inte om formatet utan om vem tolken är.

Flera intervjupersoner lyfte fördelar med telefontolk. Till exempel nämndes att det ofta är smidigt, och att det på vissa sätt är praktiskt lättare att få till. Den främsta fördelen som lyftes är att telefontolk faktiskt är det format som patienterna främst efterfrågar. Enligt intervjupersonerna upplever patienterna att de har möjlighet att vara mer anonyma vid telefontolk. Till exempel i mindre städer kan det vara svårt att hitta en tolk med samma språk som familjen inte är bekant med. Den nackdel som nämndes med telefontolk är att tekniken ibland strular och att vissa behandlare inte känner tillit till telefontolk.

Utbildning

Flera intervjupersoner beskrev att de har deltagit i kortare utbildningsdagar eller deltagit på konferenser med några föreläsningar i ämnen som hedersvåld, trauma och kulturell bakgrund anordnade av regionen, i vissa fall av SKR, men att de inte fått någon längre utbildning i ämnen som de tror skulle kunna hjälpa dem i mötet med barn med migrationsbakgrund. Sådana ämnen kunde vara sociala bestämningfaktorer hos utrikesfödda, trauma eller transkulturella vårdmöten. Upplevelsen var att de kortare utbildningsinsatserna gett en grundläggande förståelse, men att det behövs mer tid och mer övning eftersom ämnena trauma och hedersvåld är svåra.

I vissa regioner har man låtit några personer från personalen, med särskilt intresse, gå på föreläsningdagar eller delta i kurser för att de ska få bättre kunskap om transkulturella aspekter. Förhoppningen är att dessa personer ska sprida kunskapen vidare till övriga personalgruppen på tex arbetsplatsträffar eller ge stöd till medarbetare i det kliniska arbetet.

Ett gott exempel är från Dalarna där regionen har satsat på utbildningsinsatser i ämnet för alla i första linjenverksamheten, t ex har man bjudit in föreläsare till enheten och uppmuntrat alla att delta (utbildningsinsatsen har varierat från en timme till en heldag). Folkhälsostateger

eller motsvarande i regionen har ofta samordnat detta så att kunskapen även når socialtjänst och övrig hälso- och sjukvård.

Ytterligare ett gott exempel är från Gävleborg där regionen genomfört stora utbildningsinsatser som mer eller mindre alla i första linjen tagit del av. Alla mottagningar har till exempel någon som utbildats i trauma-fokuserad KBT (TF-KBT). All psykosocial personal har fått delta i minst två heldagar (eller motsvarande i halvdagar) och vissa har även fått en mer omfattande utbildning i migrationskunskap under fyra till fem dagar.

Projekt kring att öka vårdsökande hos barn med migrationsbakgrund

Trots att de tillfrågade i de allra flesta regioner tror att det är finns en underrepresentation av gruppen barn med migrationsbakgrund i första linjens verksamhet är det skralt med projekt som syftat till att underlätta för denna grupp att komma i kontakt med första linjen.

Ett projekt som nämndes var från Östergötland där personal från första linjen varit ute på grundskolor, gymnasium och kurser i svenska för invandrare för att förmedla information om första linjen. Detta hade dessutom kompletterats med att första linjeverksamheten bjudit in till smågrupper där man haft fem olika tolkar som informerat om insatser för unga människor.

I Gävleborg nämndes att man arbetat med en del projekt i bostadsområden där det finns en hög andel barn med migrationsbakgrund. Dessa projekt har haft syfte att upptäcka psykisk ohälsa i ett tidigt skede, vilket har varit uppskattat. Det har till exempel handlat om att stödja öppna förskolan, och att ge vissa mammor extra stöd.

En anledning till att det inte finns några specifika projekt riktade till denna grupp är att verksamheten redan nu är under hög belastning och att sådana projekt är svåra att initiera.

Sammanfattning

Vår rapport åskådliggör att barn med migrationsbakgrund generellt sett är underrepresenterade i första linjens verksamhet inom hälso- och sjukvård. Flera olika möjliga anledningar till att denna grupp inte kommer till första linjen lyfts i denna rapport. En viktig förklaring är sannolikt de praktiska svårigheter som har att göra med proceduren för hur man som familj söker vård. Till exempel saknas det ofta information om verksamheten på andra språk än svenska och i dessa fall uppmantras familjen att på egen hand kontakta mottagningen, vilket ofta sker telefonledes med hjälp av taltjänster på svenska. En annan viktig del är sannolikt vilken tilltro familjer med migrationsbakgrund har till denna typ av insats. Det kan handla om allt från att man inte vet vad kontakten eller insatsen skulle innebära, till att man har tidigare negativa erfarenheter av kontakt med myndigheter. Slutligen beror sannolikt en del av den underrepresentation som finns i denna grupp på kulturella faktorer som hur man ser på psykisk ohälsa samt vilka åtgärder som är adekvata för att komma till rätta med problemet.

I rapporten blir det tydligt hur viktig tolkens roll är, men tyvärr också vilka svårigheter som finns utifrån den varierande kvalitet som finns hos tolkarna. Att översätta arbetet med psykologisk behandling för en familj är förmodligen i många fall en avancerad uppgift, och det är inte konstigt om en del tolkar upplever det som svårt. Eftersom tolken är avgörande för att ge familjer med tolkbehov samma möjlighet att tillgodogöra sig vården är tolkarbetet något som sannolikt behöver lyftas tydligare. Det kan innebära att behandlare på mottagningarna vidareutbildas i att arbeta tillsammans med tolk, och på vilka sätt de som behandlare kan underlätta för tolken och familjen. Det kan även handla om att tolken stärks i sin förståelse för arbetet med psykisk hälsa hos barn, och det arbete med familjer som behandlingen inom första linjen ofta innebär.

Det finns stor anledning till fortsatt arbete för att öka tillgänglighet till vård för barn med migrationsbakgrund, samt säkerställa att de har samma möjligheter att få hjälp med sina besvär som barn utan migrationsbakgrund.

Anpassat material för barn med migrationsbakgrund

Bedömningsmaterial

Vad gäller vilka bedömningsinstrument (intervjuer, enkäter etc.) som finns översatta på olika språk fanns generellt begränsat med kunskap om detta samt begränsad användning från regionerna. Flera saknade helt vetskap om att det finns formulär tillgängliga på andra språk, och en del uttryckte till och med att de var ganska säkra på att det inte finns. Andra uppgav att de använder tolk istället för att använda översatta formulär.

Det vanligaste formuläret som används inom första linjen är SDQ. SDQ finns översatt till cirka 90 språk, vilka är fria att ladda ner från nätet. Trots detta är det endast två regioner som uppgav att de visste att det finns en möjlighet att använda nättjänsten, och att de i vissa fall använder SDQ på andra språk. Se länk <https://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b0.py>

Ett instrument som också används i flera regioner är SCAS. Även SCAS finns översatt till 33 språk (bland annat arabiska, polska, ryska, persiska, spanska, turkiska). Men ingen region beskrev att de använde dessa översättningar. Se länk https://www.scaswebsite.com/1_1_.html

Förutom de två nämnda formulären ovan vilka avser att mäta utagerande problem, emotionella svårigheter, hyperaktivitet och koncentrationssvårigheter, problem med jämnåriga, och pro-socialt beteende (SDQ) samt ångest (SCAS) kan även nämnas att PHQ-9 som används i flera regioner även finns fritt tillgängligt att ladda ned på nätet på 50 olika språk. <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/en/clinical-tools/assessment/screening-for-common-mental-disorders/phq-in-different-languages/>

Flera regioner nämnde att översatta formulär är något som de skulle kunna undersöka mer noggrant och att det inte heller skulle vara svårt. En del hänvisade till att det i nuläget dock är så pass få patienter som det gäller, och att det därför inte har funnits incitament för att göra detta.

Psykoedukativt- och behandlingsmaterial

De allra flesta regioner uppgav att de inte har något översatt material vad gäller psykoedukation eller behandling. Ett par intervjupersoner uppgav att de hänvisar patienter till youmo.se där det finns psykoedukativ information och videos på svenska, engelska, tigrinja, somaliska, arabiska och dari. I en region har man fått ta del av material från traumaenheten, vilka i detta fall har översatt material om t ex ångest och depression till flera olika språk.

Det vanligaste är att behandlingen (inklusive materialet) är på svenska, och att tolk kopplas in i de fall där familjen behöver det stödet. Detta leder till att det kan bli mer individuella kontakter, eftersom det kan vara svårare med tolk där patienter träffas i grupp. Det finns dock undantag, där man upplevde att det fungerat förhållandevis väl att ha grupper med simultantolk.

Det lyftes även att underlaget för att ha grupper på något annat språk än svenska är litet. En idé som nämndes är att sådana grupper skulle kunna struktureras tillsammans med andra mottagningar, eller till och med över regiongränser.

Ibland vill familjen inte ha tolk även om behandlaren uppger att det skulle behövas. I dessa fall blir det såklart problematiskt att det inte finns material på andra språk.

En annan idé som beskrevs var att göra det befintliga materialet mer lättillgängligt (dvs. material på lätt svenska) för dem som endast har grundläggande kunskaper i svenska. Det skulle även vara hjälpsamt för andra med begränsad språkförståelse. I en region har man t ex arbetat med att anpassa språket i en del material för patienter med autism. Detta material har personalen märkt fungerat väl även för andra grupper.

En intervjuperson nämnde att, på liknande sätt som med enkäter och intervjuer, är underlaget för att översätta behandlingsmaterial för svagt, eftersom gruppen med annat modersmål än svenska inte i hög grad kommer till dessa mottagningar.

Sammanfattning

Vår rapport tydliggör att det ibland saknas material översatt till andra språk än svenska i dessa verksamheter men att även det som finns översatt (ofta kortare självs kattade formulär) inte används och därför skulle kunna användas i högre utsträckning. Med tanke på att det för varje mottagning rör få individer per annat språk än svenska kan det vara en alltför stor insats att översätta psykoedukativt- och behandlingsmaterial för dessa enskilda mottagningar.

Bilaga 1 - Första linjens organisation

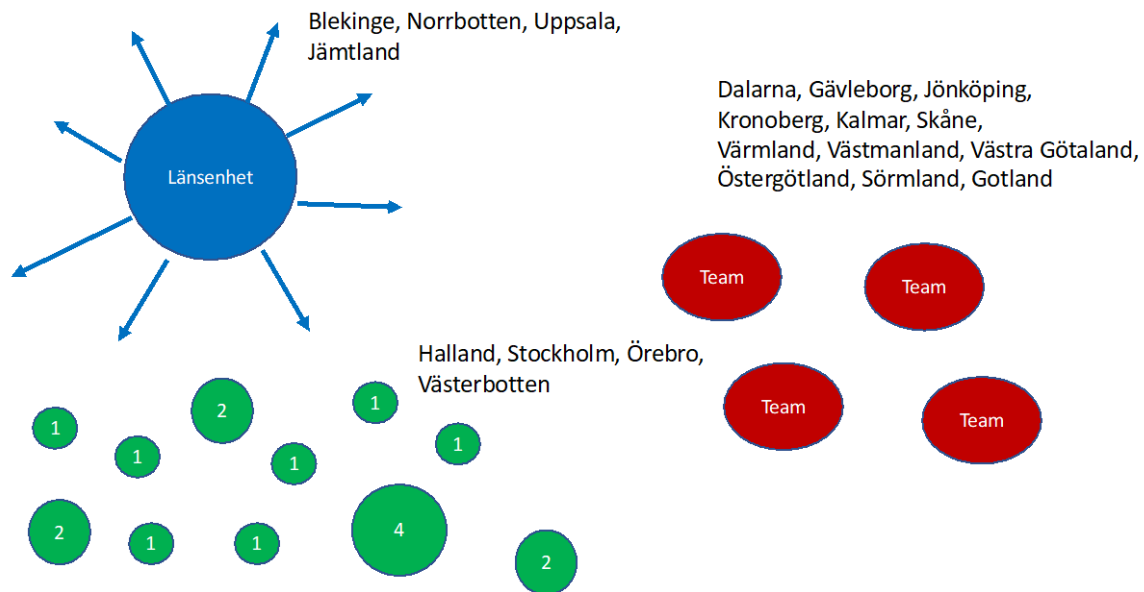
Första linjens organisation

Flera nationella satsningar har därför genomförts för att utveckla och stärka insatser för barn och ungas psykiska hälsa. En av satsningarna har inneburit att stärka den så kallade *första linjen* för barn och ungas psykiska hälsa, vars uppdrag är att tillhandahålla tidig intervention, dvs. stöd vid lätt till måttlig psykisk ohälsa. Första linjen för psykisk ohälsa hos barn och unga finns mer eller mindre i alla Sveriges regioner men då det inte finns några tydliga nationella riktlinjer för hur en första linjenverksamhet ska organiseras, vad lätt till måttlig psykisk ohälsa innebär, eller vilken vård som ska erbjudas, ser första linjen olika ut i olika delar av landet. I vissa regioner är första linjen under uppbyggnad (till exempel i Uppsala och Norrbotten), i andra regioner pågår utvärderingar och revisioner av modeller som har initierats de senaste åren (till exempel i Västra Götaland och Stockholm), och i åter andra regioner är första linjen en mer permanent verksamhet (till exempel i Skåne och Blekinge).

I de flesta regioner har första linjens mottagningar skapats på eller i nära anslutning till primärvården. Det finns några undantag, där nya mottagningarna skapats inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) eller inom Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM). Det finns även exempel där verksamheten först varit en del av primärvården, men sedan bytt till att ligga under BUP, och det motsatta, dvs. gått från att ligga inom BUP till att ligga under primärvården. Oavsett huvudman och organisatorisk placering i vårdhierarkin, uppger alla regioner att första linjens verksamhet är ett primärvårdsuppdrag.

De första linjenmottagningar som växt fram i Sverige kan generellt beskrivas som samtalsmottagningar där psykosociala insatser av olika slag erbjuds. Dessa mottagningar har olika benämningar t.ex. Barn- och ungdomshälsan, Föräldra- och barnhälsan, Barn- och familjhälsan, Psykosocial mottagning osv. Två regioner skiljer ut sig från mängden i och med att de valt att inte skapa en ny form av verksamhet för första linjenuppdraget. I Västerbotten ligger uppdraget på alla Hälsocentraler i regionen, och i Jämtland/Härjedalen ligger uppdraget inom barn- och ungdomspsykiatrins vanliga verksamhet.

I vilken grad verksamheten är centraliserad eller ej skiljer sig mellan olika regioner (Se Figur 1). I vissa regioner är verksamheten länsövergripande. Detta kan organiseras på olika sätt; allt från att familjer med vårdbehov i regionen behöver ta sig till den länsövergripande mottagning som finns, till att personalgruppen vid enheten endast träffas något tillfälle per vecka, och istället besöker olika vårdcentraler eller andra inrättningar. I många regioner är verksamheten uppdelad i team, mottagningar, eller noder vilka tillgodoser en viss del av regionen. En hel del av de skillnader som finns mellan regioner beror sannolikt på regionens geografi och demografi.



Figur 1

Schematisk bild av centralisering av första linjens mottagningar för olika regioner. Siffrorna i de gröna cirklarna symboliserar antal behandlare på en specifik mottagning.

Var mottagningar är placerade i relation till övrig primärvård eller barnhälsovård skiljer sig mellan regioner, men det ser även olika ut inom regioner. I vissa fall, ofta vid större mottagningar, är de placerade på egna adresser. I en del fall där mottagningar är en mindre filial och bemannas färre dagar i veckan kan de vara placerade på vårdcentraler eller tillsammans med barnhälsovård.

Samverkan med andra aktörer har från början varit en viktig del av utvecklingen av dessa mottagningar. I en del regioner finns till och med mottagningar där första linjens verksamhet inom hälso- och sjukvård sitter tillsammans med familjebehandlare på socialtjänsten (till exempel i Jönköping, Gotland och Stockholm).

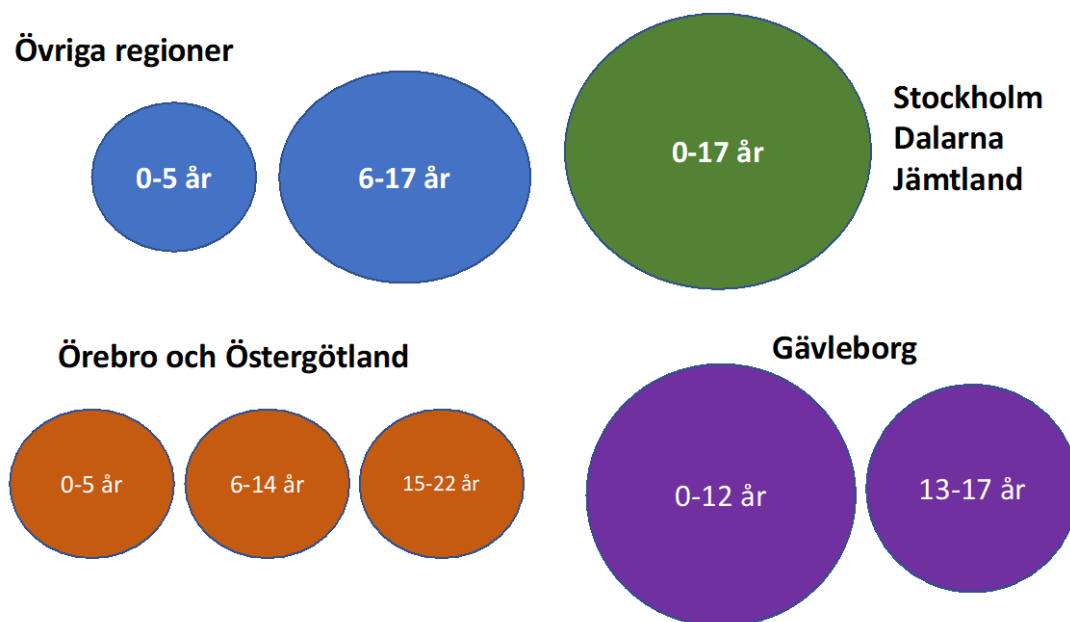
Kontaktvägar till första linjen

I de flesta regioner är det möjligt att göra egenanmälan om vård, och egenanmälan från förälder är för många regioner det vanligaste sättet att komma i kontakt med första linjen. Det finns undantag där remisskrav gäller (till exempel i Sörmland och Halland). I Halland har man remisskrav på grund av att mottagningen precis startat och den anses i nuläget vara alltför underdimensionerad för att klara av det tryck som möjligheten till egenanmälan skulle innebära. När regioner har gått från remisskrav till att möjliggöra egenanmälan har patienttrycket ökat avsevärt (vilket man till exempel erfarit i Uppsala). Tyvärr innebär det att det i flera regioner är långa väntetider, i vissa fall upp till 6 månader.

Vissa regioner, till exempel Kalmar, Uppsala och Dalarna, beskriver att en stor del av patienterna är hänvisade från skola. Andra regioner beskriver däremot endast att få patienter hänvisas från skolan (till exempel Värmland och Kronoberg).

Åldersuppdelning

I de allra flesta regioner innebär första linjenverksamheten inom hälso- och sjukvård att man skapat mottagningar för barn mellan 6 - 17 år, utifrån bedömningen att det framför allt för denna åldersgrupp har saknats kompetens kring psykisk ohälsa inom primärvården. För vissa regioner har den övre åldersgränsen på dessa samtalsmottagningar begränsats till 13 eller 14 år (Östergötland och Örebro) utifrån att första linjens uppdrag för tonåringar istället mer tydligt förlagts vid regionens ungdomsmottagningar (Se figur 2).



Figur 2

Schematisk bild över åldersindelning vid första linjens verksamhet

För barn som inte kommit upp i skolåldern har de flesta regioner upplägget att psykologer vid Mödra- och Barnhälsovården fyller första linjens funktion. Undantaget är Stockholm där mödra-barnhälsovårdpsykologer saknas, och första linjen har istället uppdraget även för de yngsta barnen.

Yrkeskategorier på mottagningarna

Första linjen är i huvudsak bemannad med personal som genomför samtalsbehandling, dvs. legitimerade psykologer och psykoterapeuter samt andra yrkesgrupper (till exempel

socionomer och sjuksköterskor) med så kallad steg-1 kompetens (grundläggande psykoterapeutisk utbildning).

Vilken yrkeskompetens som finns och hur fördelningen mellan olika yrkeskompetenser ser ut vid dessa mottagningar skiljer sig mellan regioner. I många regioner (till exempel Dalarna, Sörmland, Västmanland, Kalmar, Gävleborg och Kronoberg) beskrivs att fördelningen mellan psykologer och personer med annan grundutbildning är ungefär lika. Dessa regioner belyser fördelarna med att ha fler yrkeskategorier som kompletterar varandra.

I vissa regioner är alla eller de flesta som arbetar inom verksamheten psykologer (till exempel Norrbotten, Uppsala, Stockholm, Västra Götaland och Halland). I andra regioner finns inte psykologer i verksamheten, eller utgör endast en liten del (Blekinge, Örebro, Jämtland, och Gotland).

I en del regioner har omfattning och yrkeskompetens hos personal varit kravspecificerat för verksamheten, till exempel i Västra Götaland. Kravet för att driva en första linjen mottagning i Västra Götaland har därför varit att en mottagning ska ha tre leg. psykologer och en psykoterapeut eller socionom.

Ungdomsmottagningarnas roll

En verksamhet som till viss del överlappar med de nämnda första linjen mottagningarna är ungdomsmottagningar. Hur rollerna fördelats mellan dessa verksamheter ser olika ut i olika regioner. I vissa regioner (Gävleborg, Örebro och Östergötland) har ungdomsmottagningarna fått ett tydligt förstärkt uppdrag och fungerar därmed som första linjemottagning för åldersgruppen ungdomar. I vissa regioner beskrivs ungdomsmottagningarna utgöra en basnivå i vården, medan första linjen ligger på ett högre steg i vårdhierarkin (dvs. mer riktade insatser). Detta gäller till exempel i Jönköping, Norrbotten och Dalarna. I vissa regioner har överlapp mellan verksamheter identifierats och det finns därför ett samarbete mellan dessa verksamheter (Västmanland och Sörmland). I några regioner beskrivs att samarbete till stor del saknas mellan verksamheterna eller att det är upp till patienten att välja utifrån egna önskemål (till exempel Kronoberg, Blekinge, Uppsala och Västerbotten).

Samverkan med andra verksamheter som erbjuder tidiga insatser

Samverkan med andra verksamheter som erbjuder tidiga insatser för besvär relaterade till psykisk ohälsa så som tex skolan och socialtjänsten är en viktig del av första linjens arbete. Hur sådan samverkan ser ut och hur utvecklad den är ser dock olika ut i olika regioner. En del av dessa skillnader kan sannolikt förklaras utifrån geografi och demografi. Till exempel, en första linjemottagning med ett begränsat upptagningsområde och ett mindre antal kommuner och skolor har större möjlighet att strukturera och organisera en sådan samverkan. För

mottagningar med ett större upptagningsområde i fler kommuner och dess skolor, beskrivs generellt att samverkan initieras när det finns behov för en specifik individ, eftersom en översikt och kontinuerlig kontakt med skolor och socialkontor inom upptagningsområdet skulle bli ett alltför omfattande arbete.

Vad gäller samverkan med skolan beskriver flera regioner att skolan i många fall hänvisar vidare till första linjen. Skolan beskrivs generellt som en viktig partner för samverkan. Exempel på positiva erfarenheter är i Gävleborg där man samarbetat i ett projekt kring hemmasittare, och i Kronoberg där särskilda medel getts till att utveckla samverkan genom att ge första linjen möjlighet att erbjuda konsultation kring individuella ärenden. I Uppsala har man ett gemensamt remissteam tillsammans med elevhälsan.

Även om det finns positiva exempel beskriver många regioner att samverkan med skola är en utmaning som inte alltid fungerar väl. Till exempel finns det utmaningar för hur man ska hitta gemensamma rutiner för hur elevhälsan ska remittera till första linjen, med tanke på att olika elevhälsoteam i ett område ofta har skilda arbetssätt. Några regioner belyser även att barn och ungdomspsykiatri oftare har ett bättre samarbete med skolorna eftersom många elevärenden gäller neuropsykiatriska utredningar, vilka görs inom barn- och ungdomspsykiatri. Det finns även erfarenheter av att elevhälsan tackat nej till samverkansprojekt eller överenskommelser, då elevhälsan hänvisat till skillnader i uppdrag mellan verksamheterna, till exempel att elevhälsan inte arbetar med psykisk ohälsa i allmänhet, utan endast problem kopplade till skolarbete och inläring.

Vad gäller samverkan med socialtjänst finns det i vissa regioner tydlig samverkan. På Gotland har man startat en gemensam mottagning tillsammans med socialtjänsten, där det på mottagningen finns anställda både på kommunsidan och regionssidan. Liknande lösningar finns även i region Stockholm, Jönköping och Dalarna.

I Kronoberg testar man en specifik modell, ”Skottlandsmodellen”, vilken innebär att samverkan sker genom att socialtjänst och första linjen gör en gemensam plan och beslutar vilken verksamhet som är ansvarig. I Västerbotten arbetar man med samverkan inom något som kallas HLT (Hälsa – Lärande – Trygghet) vilket innebär samverkan mellan Hälsocentralen (första linjen), elevhälsa och socialtjänst. I dessa verksamheter har man avsatt tid för att träffas strukturerat. Liknande team finns även i Västerbotten för de yngre barnen mellan BVC-sköterska, förskola och mödra-barnhälsovårdspedagoger.

Liksom samverkan med skola beskriver merparten av regionerna att det inte finns en formaliserad samverkan med socialtjänsten, men att sådan samverkan sker på individnivå vid behov.

Bedömning och behandling inom första linjen

Diagnoskrav

Det skiljer sig mellan regioner vad gäller diagnosticering i första linjens verksamhet. I en del regioner saknas krav på att registrera diagnos. Något som lyfts är att de som arbetar i verksamheten har olika professioner, och därmed olika erfarenhet och kompetens kring diagnosticeringsförfarandet. Däremot uttrycks att det i vissa fall kan vara hjälpsamt att sätta diagnoser ändå eftersom det underlättar remissförfarandet, till exempel till barn och ungdomspsykiatri. En åsikt som lyfts från en företrädare är att det är en profilering för verksamheten (gentemot till exempel psykiatri) att inte arbeta med diagnoser.

I de flesta regioner finns dock ett krav att ställa diagnos i första linjens verksamhet, och att det gäller för alla yrkesgrupper (utom personal som är anställda inom kommunal verksamhet exempelvis socialtjänsten). De flesta uttrycker att det framför allt är ospecifika primärvårdsdiagnoser men även "lättare" psykiatriska diagnoser som ångest och depression som ställs.

Screening och diagnostisk bedömning

Många regioner använder screeninginstrument initialt i bedömningsförfarandet. En del regioner (till exempel Gävleborg, Jönköping och Skåne) använder regelbundet eller är på gång att regelbundet börja använda en kort strukturerad telefonintervju, The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI), vilken i vetenskapliga studier har visat någorlunda överensstämmelse med diagnostiska intervjuer. Ett annat screeninginstrument som regelbundet används i den initiala bedömningen i flera regioner är The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (används till exempel i Västmanland, Dalarna och Kalmar).

Vad gäller det fortsatta diagnostiska bedömningsförfarandet i första linjens verksamhet så finns en generell uppfattning att det bör vara begränsat, eftersom kontakterna i verksamheten ska vara korta, och att behandling och stöd till familjen ska komma igång så snart som möjligt. Ingen region använder regelbundet diagnostiska instrument. En motivering till det är att första linjens verksamhet ofta handlar om lättare psykisk ohälsa, i vilka fall symptom snarare än diagnos är relevanta att undersöka.

Många regioner beskriver att de vid behov eller utifrån den enskilda behandlarens erfarenhet använder skattningsskalor i bedömningsförfarandet, men att det inte finns något generellt förfarande för när eller hur detta görs. En del av dessa regioner beskriver att de utgår ifrån "Förstalinjeboken" vilken Uppdrag Psykisk Hälsa har författat. Exempel på skattningsskalor som nämns i de intervjuer som genomförts i arbetet med denna rapport beskrivs kortfattat i Tabell 1.

Tabell 1

Formulär	Förkortning	Beskrivning
-----------------	--------------------	--------------------

Alcohol Use Disorder Identification Test	AUDIT	Självskattningsformulär som avser vara ett screeninginstrument för riskbruk/missbruk av alkohol
Beck Depression Inventory	BDI	Självskattningsformulär som avser mäta svårighetsgrad av depression hos vuxna
Becks Ungdomsskalor	BUS	Självskattningsskalor för bedömning av emotionell och social förmåga hos barn och ungdomar. Det finns fem olika skalor som mäter ångest, depression, ilska, normbrytande beteende, och självbild
Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure	CORE-OM	Självskattningsformulär vilket syftar till att mäta psykisk hälsa före och efter behandling hos äldre tonåringar och vuxna
Drug Use Disorder Identification Test	DUDIT	Självskattningsformulär som avser vara ett screeninginstrument för riskbruk/missbruk av droger
Generalized Anxiety Disorder – seven items	GAD-7	Självskattningsformulär som avses vara ett screeninginstrument för oro och ångest hos vuxna
Montgomery Åsberg Depression Rating Scale	MADRS	Självskattningsformulär som avser mäta svårighetsgrad av depression hos vuxna
Patient Health Questionnaire	PHQ-9	Självskattningsformulär som avses vara ett screeninginstrument för depression hos vuxna
Revised Child Anxiety and Depression Scale	RCADS	Självskattningsformulär som avser mäta grad av ångestproblematik hos barn och ungdomar. Finns i föräldra- och barnversion
Screen for Child Anxiety Related Disorders	SCARED	Självskattningsformulär som avser mäta grad av ångestproblematik hos barn och ungdomar. Finns i föräldra- och barnversion
Spence Children’s Anxiety Scale	SCAS	Självskattningsformulär som avser mäta grad av ångestproblematik hos barn och ungdomar. Finns i föräldra- och barnversion

Strength and Difficulty Questionnaire	SDQ	Självskattningsformulär som avser mäta olika aspekter av psykisk ohälsa hos barn, samt prosocialt beteende
Swanson Nolan and Pelham Scale	SNAP-IV	Skattningsformulär som fylls i av förälder vilket avser vara ett screeninginstrument för ADHD och trotssyndrom hos barn

Tabell 1

Exempel på skattningsskalor som används inom första linjens verksamhet

Funktionsbedömning

Från intervjupersonerna framgår att det ofta görs en funktionsbedömning av barnet. Däremot är det olika huruvida en strukturerad metod används. Flera regioner använder det klinikerskattade instrumentet Children's Global Assessment Scale (CGAS). Några få uppger att de använder CGAS regelbundet (Jämtland och Sörmland). I vissa regioner görs en första bedömning via telefon enligt konceptet "En väg in", vilket i dessa regioner innebär att en första bedömning görs innan individen triageras till första linjen eller BUP. I en sådan bedömning kan CGAS vara ett bra mått för att bestämma vilken vårdnivå som är aktuell för barnet. I flera regioner beskrivs att CGAS framförallt skattas i de fall barnet behöver remitteras vidare till BUP (till exempel i Kronoberg och Västerbotten).

Behandling

Genomgående innebär första linjens verksamhet framför allt korta insatser, 1 - 6 tillfällen, även om det i vissa fall kan förekomma längre behandlingar. Det nämns att längre behandlingar framför allt erbjuds äldre barn (tonåringar) eftersom de har en mognad för att genomgå en mer omfattande behandling. Insatser ges både i grupp och individuellt i de flesta regioner, men det finns även regioner som enbart erbjuder individuella insatser.

Psykologiska behandlingar som utvecklats för barn och ungdomar med psykiska besvär och som enligt forskningen har effekt har framför allt utvecklats inom en barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Dessa behandlingar är dock ofta betydligt längre än de insatser som i regel erbjuds inom första linjens verksamhet. Många beskriver därför att första linjen använder egna "kortversioner" av evidensbaserade behandlingar som utvecklats på mottagningarna för att passa strukturen och patientgruppen i första linjens verksamhet bättre. I en del fall har verksamheter, istället för att utveckla egna kortversioner, använt sig av andra regioners material. Framför allt gäller detta Skåne som utvecklat material för olika gruppinsatser vilka spridits till flera regioner.

Exempel på egenutvecklat behandlingsmaterial för grupper som ej utvärderats vetenskapligt, men som används i fler regioner beskrivs i Tabell 2.

Tabell 2

Intervention	Förklaring
Deplyftet – psykopedagogisk insats	En psykosocial basbehandling, som bygger på psykopedagogisk modell från England
Hantera oro	Föräldrautbildning riktat till föräldrar med barn med lindrig ångestproblematik
Affekt	Föräldrautbildning till föräldrar med ”känslostarka” barn
Våga mera	Gruppbehandling för ungdomar (13–17 år) med oro/ångest där barn och föräldrar deltar tillsammans
Ångesthjälpen ung	Internetbehandling för unga med ångest utvecklad av Psykologpartners

Tabell 2

Exempel på ej vetenskapligt utvärderat behandlingsmaterial

Exempel på vetenskapligt utvärderade gruppmetoder (det vill säga utvärderade i randomiserade kliniska prövningar) som används i sin helhet eller som har använts som bas för egna kortversioner beskrivs kort i Tabell 3.

Tabell 3

Intervention	Förklaring
Att hantera depression	Depressionsbehandling 16 sessioner
Cool Kids & Chilled	Ångestbehandling för barn (Cool Kids) och ungdomar (Chilled)
KOMET	Behandling för utagerande problem. Bygger på amerikanska föregångaren Parent Management Training
Unified Protocol	Transdiagnostisk behandlingsmetod (ångest och depression).

Tabell 3

Vetenskapligt utvärderat behandlingsmaterial

Vid individuell kontakt, används ibland samma material som beskrivits ovan, men anpassat för den individuella kontakten. En del regioner beskriver dock att individuell behandling inte

nödvändigtvis baseras på en viss manual, utan att behandlaren utifrån sin kompetens och inriktning använder sig av de metoder som hen finner lämpligt.

Vanligast är att behandlare har en KBT-inriktning, men det förekommer även behandlare med psykodynamisk eller familjeterapeutisk inriktning. Det lyfts även att många behandlare arbetar eklektiskt, dvs. väljer metod och arbetssätt utifrån patientens behov snarare än utifrån en viss teoretisk förståelse av problemet.

Det finns exempel på regioner där man implementerat terapeutiska metoder som används oavsett vilken inriktning eller bakgrund man har som terapeut. I Västmanland har man valt att genomgående använda Focused Acceptance and Commitment Therapy (FACT), vilket är en kort intervention som bygger på traditionell ACT-behandling. I Örebro har man valt att satsa på det som kallas Compassion-focused therapy (CFT), och i Norrbotten på Interpersonal Therapy (IPT).

Utvärdering av behandling

I de allra flesta regioner saknas en systematisk utvärdering av behandlingseffekter inom första linjen. Ett par regioner beskriver dock att de regelbundet utvärderar behandlingsinsatser med hjälp av skalorna "Outcome Rating Scale" (ORS) och "Session Rating Scale" (SRS) (till exempel Gävleborg och Dalarna). Dessa formulär är utvecklade för att både följa barnets mående under behandlingen och barnets upplevelse av behandlingen. Några regioner beskriver att de använder ORS och SRS i viss mån, men att de skulle önska att dessa användes mer regelbundet (till exempel Jämtland, Kronoberg, Norrbotten och Västerbotten).

I vissa regioner beskrivs att det periodvis har skett en mer systematisk utvärdering med hjälp av före- och eftermätning med formuläret SDQ. Vissa regioner beskriver också att man systematiskt samlar information från SDQ för alla i verksamheten både före och efter behandling, men att utvärdering av dessa data inte skett.

Bilaga 2 – Intervjupersoner

1. Ann Christin Witteberg, Psykolog, Samtalsmottagning Barn och Unga, Region Dalarna
2. Anna Bystedt, Verksamhetschef, Ungdoms- och Samtalsmottagningar, Örebro Region
3. Annalena Pejok, Psykolog, Byske Hälsocentral, Region Västerbotten
4. Annika Selberg Lundberg, Verksamhetschef, Barn och ungdomshälsan, Region Norrbotten
5. Birgitta Ekholm Lejman, Samordnare barn och unga, Vårduppdragsenheten, Region Uppsala
6. Christina Sand, Enhetschef, Första linjen unga, Region Värmland
7. Elin Copcutt, Kurator, Första linjen, Blekinge
8. Emma Almgren, verksamhetsutvecklare för primärvårdsförvaltningen, Region Kalmar
9. Eva-Lena Fredriksson, Vårdenhetschef, Barn- & Ungdomshälsan, Region Östergötland
10. Helen Alskog, Verksamhetschef, Hälsocentralen Hörnefors, Region Västerbotten
11. Helena Jardebrink Avdelningschef, Första linjen barn och ungas psykiska hälsa, Region Blekinge
12. Håkan Samuelsson, Hälso- och sjukvårdsstrateg, Region Östergötland
13. Ingela Boije, Teamledare, Barn- och ungdomspsykiatri, Jämtland
14. Lars Gelander, Hälso- och sjukvårdschef, Region Blekinge
15. Jennifer Wellin, Vårdutvecklare & leg Psykolog, Region Gävleborg
16. Jenny Apoy-Söderdahl, Samordnare, Första linjen, Region Gotland
17. Jessica Roström, Avdelningschef Familjehälsan, Region Kronoberg
18. Kristina Hallberg, Psykolog, Vårdcentralen Falkenberg, Region Halland
19. Kristina Lingman, Verksamhetschef, Första linjen barn och unga, Region Gävleborg
20. Linda-Mari Nordsvan, Sektionsledare, Barn och ungdomshälsan, Region Norrbotten
21. Magdalena Ståhle, Verksamhetschef Barn och Ungdomshälsan, Kalmar region
22. Maria Heiver, Enhetschef, Barn och ungdomshälsan, Region Jönköping
23. Maria ten Siethoff, Enhetschef, Psykiatri Visby, Gotland
24. Mikael Lec-Alsén, Områdeschef Barn unga vuxna, Region Jämtland Härjedalen
25. Veronica Kurzbaum Dahlberg, Enhetschef, Samtalsmottagning Barn och unga, Region Sörmland
26. Sara Axelsson, Verksamhetschef, Barn och ungdomshälsan, Region Västmanland
27. Zofia Mellgren, Projektledare, Ungas psykiska hälsa, Region Västra Götaland
28. Emma Wikell, Enhetschef, Rudans Vårdcentral, Region Stockholm

Bilaga 3 – Intervjuguide

Första linjens struktur

1. Hur är första linjens psykiatri för barn och unga organiserad i er(t) region/landsting?

Viktiga frågor om ej dessa besvaras initialt

- a) Hur är första linjens psykiatri organiserad för olika åldersgrupper?
- b) Vilken vårdnivå har huvudansvar för första linjens psykiatri?
- c) Vilka vårdnivåer/verksamheter bedriver vården?
- d) Vilken svårighetsgrad på psykiatriska problem är hänvisad till första linjen vs. Specialiserad vård?
- e) Om flera aktörer ansvarar- hur samverkar man dem emellan? Samordning av insatser?

Yrkesgrupper

2. Vilka **yrkesgrupper** finns representerade i första linjens psykiatri, och hur ser fördelningen ut bland dessa?

Bedömning

3. Finns krav på att **ställa diagnos**?

4. Finns det **diagnostiska instrument** som (i princip) alltid används?

5. Finns det **klinikerskattningar** som (i princip) alltid genomförs (t ex CGAS)?

6. Finns det **självskattning/föräldraskattningsinstrument** som (i princip) alltid används?

7. Finns **självskattning/föräldraskattningsinstrument** översatta till andra språk än svenska, eller finns förenklade versioner för personer med annat modersmål än svenska?

8. Används tolk vid bedömningar?

- a) Hur många av alla besök innefattar tolk?
- b) Används professionell tolk? I vilken grad?
- c) I vilken grad översätter släktingar eller barn vid besöken?
- d) Används tolk på plats eller via telefon? I vilken grad?
- e) Används Google translate eller annat digitalt översättningsstöd; Appar som ”språk i vården” eller Tolkvox”?
- f) Hur går tolkförmedling till? Används till exempel samma tolk vid fler besök?

Stöd eller behandlingsinsatser

9. Används specifika **stöd- eller behandlingsmetoder** inom verksamheten? Vilka, och i vilken grad?

10. Finns det **anpassade/översatta stöd- eller behandlingsmetoder** för de som inte har svenska som modersmål? Vilka? Vilka språk?

11. Används något **psykoeducativt** material?

12. Finns det **anpassat/översatt psykoedukativt** material för de som inte har svenska som modersmål? Vilka språk?

13. Används **Internet** som en plattform för stöd eller behandling?

14. Uppskattningsvis, hur många av familjerna av familjerna som kommer till första linjen

- genomgår en systematisk (manualbaserad) behandling/program?
- får stödjande samtal?

Gruppen utrikesfödda barn (vars föräldrar varit bosatta i Sverige mindre än 10 år)

15. Motsvarar antalet utrikesfödda barn inom förstalinjen befolkningen i upptagningsområdet?

16. Hur handhas denna grupp i första linjens psykiatri idag? Dvs.

- Har de samma möjligheter att få en adekvat bedömning?
- Har de samma möjligheter att få adekvat stöd eller behandlingsinsats? Ex psykoterapi med tolk, samma uppföljning, nätverksmöten i lika hög utsträckning?
- Om man ser ojämlikheter- hur tänker man kring behov av förstärkning? finns någon form av riktade insatser/ projekt?

Utbildning

17. Har personalen vid första linjens psykiatri fått någon specifik utbildning vad gäller migrationsrelaterade sociala bestämningsfaktorer, trauma och kulturella aspekter i vården?

- Vilken utbildning (innehåll)?
- I vilken grad har utbildning skett (hur många av personalen)?
- I vilken omfattning (utbildningens omfattning)?
- Vem har stått för utbildning?

Karolinska Institutet är ett av världens ledande medicinska universitet med visionen att på ett avgörande sätt bidra till att förbättra människors hälsa. I Sverige står Karolinska Institutet för den enskilt största andelen medicinsk akademisk forskning och har det största utbudet av medicinska utbildningar. Varje år utser Nobelförsamlingen vid Karolinska Institutet mottagare av Nobelpriset i fysiologi eller medicin.



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutet
171 77 Stockholm
Telefon 08-524 800 00
ki.se