

Yttrande över delbetänkandet Börja med barnen! En sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34)

Generella kommentarer

Utredningen pekar på flera allvarliga brister vad gäller samordningen av vården för barn och unga. Detta är en bild som överensstämmer med vår bild och det glädjer oss därför att initiativ tagits till denna utredning med syftet att skapa en mer sammanhållen vård. I och med att problemen är så stora och då en bristande vård av barn och unga får allvarliga negativa konsekvenser för framtida generationer tror vi dock att det finns en risk att de förslag som presenteras inte är tillräckliga. Även om vi anser att flera av förslagen är goda, finns det en risk att de innebär att man försöker laga vissa delar i ett större system som måste göras om i grunden. Dessa förändringar behöver genomföras i nutid för att komma dagens unga till nytta, istället för att göra små ändringar i ett system som ändå kan behöva ändras inom några år, efter ytterligare nya utredningar.

Utredningen pekar på flera stora ändringar som egentligen borde behöva genomföras nu men där utredningen anser att tiden inte är mogen för större förändringar. Vår bedömning är att det skulle vara bättre om utredningen tydligare pekar på vilka förändringar som bedöms vara bäst och redan nu påbörjar arbetet med att skapa förutsättningar för en mer genomgripande förändring. Utredningen framför att ”i ett komplext system finns inga enkla lösningar för en sammanhållen vård”. Detta bör man ta fasta på och påbörja ett mer genomgripande förändringsarbete.

Ett av de viktigaste förslagen i delbetänkandet är det som gäller ett nationellt hälsovårdsprogram. Ett sådant program skulle kunna få effekt om det implementeras fullt ut, med tydlig beskrivning av vem som ska genomföra programmet och hur man ska säkerställa att det genomförs. Förslaget är dock svårt att bedöma mot bakgrund av att dessa delar inte är fullständigt beskrivna.

Kommentarer avseende utredningens specifika förslag

1. Förtydligande av skyldigheten att arbeta för att främja hälsa

Skyldigheten att arbeta med förebyggande åtgärder för sjukdom och skada är en naturlig del inom hälso- och sjukvården. När det gäller hälsofrämjande uppgifter blir fältet mer oklart eftersom såväl medicinska, psykologiska, psykosociala men kanske än mer kulturella och mediala faktorer påverkar människors välbefinnande idag. Är det utredningens avsikt att förlägga friskvård och välbefinnande huvudsakligen till hälso- och sjukvården? Risken är då att allt mänskligt beteende hamnar under den medicinska specialiteten psykiatri eller under psykisk ohälsa i primärvården. En sådan utveckling vore inte önskvärd.

En majoritet av alla barn 2-5 år går i förskolan. Det i kombination med skolplikten medför att den pedagogiska miljön utgör en central arena för ett hälsofrämjande arbete. För att kunna arbeta evidensbaserat krävs ökad kunskap inom både förskola och skola. Tydliga riktlinjer och välutbildad personal inom detta område är viktigt för att implementera hälsofrämjande inslag på ett säkert och evidensbaserat sätt. För att arbeta förebyggande krävs exempelvis att lärare får ökad kompetens i att 1) pedagogisk organisera skolarbetet för att skapa en inkluderande miljö som inte bidrar till ökad prestationsångest eller förstärker svårigheter att

uppnå kunskapskraven hos elever i sårbara grupper, t.ex. med neuropsykiatrisk problematik (ADHD, autismspektrum) och 2) upptäcka tidiga tecken på psykisk ohälsa.

Vidare bör skolan inom ramen för hälsofrämjande arbete erbjuda eleverna utbildning i hur man hanterar stress/ångest och förebygger psykisk ohälsa genom hälsofrämjande beteende med avseende på kost, fysisk aktivitet, sömn och användning av digitala medier. Genom universella preventionsprogram (d.v.s. program för alla elever) som används i flera andra länder och även finns på vissa skolor i Sverige skulle man troligen med små insatser (några timmar/läsår) kunna uppnå vissa positiva effekter för många elever. Denna typ av program skulle även kunna utgöra en viktig del i att tidigare fånga upp elever som behöver utökad stöd.

Sammanfattningsvis omfattar det hälsofrämjande arbetet i barns vardag inte bara levnadsvanor utan även pedagogiska åtgärder. Detta bör beaktas i högre utsträckning än idag, bland annat i relation till avgränsning av det som benämns Elevhälsans medicinska insats.

2. Nationellt hälsovårdsprogram från 0-12 år

Vi ställer oss generellt sett positiva till förslaget om ett nationellt hälsovårdsprogram då ett sådant kan vara en viktig del i målet att uppnå en mer likvärdig vård för barn och unga. Om ett sådant program kan implementeras på ett bra sätt, på liknade sätt som att de flesta familjer i Sverige idag tar del av de uppföljningar som finns inom mödravården och vid barnvårdscentraler, tror vi även att detta kan bidra till tidig upptäckt och tidigare insatser som kan förebygga senare problematik. Forskning pekar på att det finns mycket att vinna på att problem med både somatisk och psykisk ohälsa fångas upp tidigt i barnet liv. Centralt är dock att underlåtenhet vad gäller genomförandet får tydliga konsekvenser. Vi vill även peka på vikten av att inom ramen för ett nationellt hälsovårdsprogram utveckla riktlinjer för screening av psykisk ohälsa och modeller för stegvis vård för barn och unga med psykisk ohälsa.

Vi ställer oss bakom utredningens slutsats att föräldraskapsstöd ska vara en central del av insatser för barn och unga och vill samtidigt betona vikten av att föräldraskapsstöd ges enligt evidensbaserade metoder och i de fall då evidensbaserade program saknas bör forskningen stärkas. Inom ramen för det nationella hälsovårdsprogrammet måste även insatser för de barn som har mer omfattande medicinska behov och kroniska sjukdomar planeras och samordnas och detta kan beskrivas tydligare i delbetänkandet.

3. Hälso- och sjukvården behöver stärka sin samverkan med andra aktörer

Vi håller med om att ökad samverkan är viktigt. Detta har dock påpekats som en brist i många år utan att någon förbättring skett. Konkreta förslag behövs på hur samverkan ska öka och bli effektiv liksom hur man ska lösa de lagliga restriktioner som innebär att olika organisationer inte har rätt att dela viktig information. Olika organisationer besitter olika grad av kompetens vad gäller psykisk ohälsa hos barn.

Utan konkreta förslag på hur samverkan ska stärkas, inklusive system för att utvärdera att samverkan sker, tror vi att det finns en risk för att ansvarsfrågan mellan de olika vårdkontakterna förblir oklar och att patienten fortsätter falla mellan stolarna. När utredningen beskriver samverkan läggs stor vikt vid förslaget om ett nationellt hälsovårdsprogram. Vi ser inte hur införandet av ett sådant program automatiskt leder till högre samverkan mellan olika aktörer.

4. Barns rättigheter och behov behöver beaktas

Vi ställer oss positiva till ett mer systematiskt arbetssätt för att tillgodose barns och ungas rättigheter och behov av delaktighet, samt att vården av barn och unga bör utgå från ett barnrättsperspektiv. Vi tycker dock inte att det framgår hur delaktigheten kan stärkas och utvecklas så att den motsvarar t.ex. barnkonventionen och konventionen för funktionsnedsatta. Liknande gäller begreppet ”inkludering” som ska vara ett ledande koncept i skolsystemet, men fortfarande är bristande (se tex. <https://ki.se/media/104124/download>), och kan skapa ökade psykiska problem hos redan utsatta grupper.

Relaterat till barns och ungas rättigheter kan situationen uppstå att föräldrar ibland motsätter sig de utredningar och insatser som t.ex. skolan eller hälso- och sjukvården vill genomföra genom att t.ex. utebli från möten. Det kan handla om familjer där föräldrarna själva lider av psykisk ohälsa eller inte vill riskera stigma vad gäller psykisk ohälsa. Detta innebär att det uppstår en konflikt mellan barnets rätt till stöd och föräldrabalken som reglerar föräldrarnas rättigheter. Vi ser det som en brist att utredningen inte tar upp denna problematik.

5. Hälso- och sjukvårdens ansvar att utse fast vårdkontakt skärps

Till att börja med råder det viss förvirring i texten kring vad begreppet en fast vårdkontakt innebär. På sid 312 skrivs t.ex. att den uppföljning som gjordes år 2020 visade att ungefär hälften av befolkningen har en fast vårdkontakt någonstans i vården. Här används troligen termen fast vårdkontakt i bemärkelsen namngiven husläkare. Om det är en namngiven vårdkontakt som utredningen primärt avser med begreppet fast vårdkontakt ser vi inte detta som högprioriterat utan att det istället är kvaliteten på vården och möjlighet att få snabb hjälp som är av störst betydelse för den hjälpsökande.

I andra delar av texten definieras begreppet fast vårdkontakt som en person som samordnar och planerar barnets vårdinsatser. Om det primärt är detta som åsyftas bör en term som fokuserar just på samordning användas. Det finns ett stort behov av denna typ av samordning då föräldrar till barn med svår psykisk ohälsa idag ofta lägger orimligt mycket tid på att själva samordna barnets vård. Vissa barn med psykisk ohälsa har föräldrar med liknande problem vilket gör att det blir en stor utmaning för föräldern att ansvara för samordningen. Bristen på hjälp med att samordna olika vårdkontakter är känd sedan länge från flertalet tidigare rapporter. Det är därför problematiskt att utredningen ger få konkreta förslag hur detta problem kan lösas, och att det i beskrivningen av begreppet fast vårdkontakt inte framgår vad som ingår i ett sådant uppdrag.

Det är även oklart vad skillnaden är mellan utredningens förslag med en fast vårdkontakt och samordnad individuell plan (SIP) som redan finns inskriven i lagen. Utredningen påpekar att det finns ett flertal problem med SIP, men ger inga förslag på hur dessa ska hanteras. Det finns därmed en risk att förslaget med en fast vårdkontakt inte blir någon förbättring jämfört med SIP.

Vi ställer oss tvekan till förslag till ny formulering i lagen (sid kap 6:2) att en fast vårdkontakt ska utses ”om patienten begär det, eller om det kan antas att det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov.” Med denna typ av formuleringar är risken stor att bedömningen av huruvida en fast vårdkontakt krävs blir subjektiv. Det krävs tydligare riktlinjer kring när och hur denna typ av samordnade vårdkontakt ska sättas in om detta förslag ska leda till några förändringar.

6. Sex steg för ett bättre stöd till barn och unga med psykisk ohälsa

Flertalet av de sex steg som ingår har redan kommenterats ovan. Utöver de tidigare kommentarerna är en aspekt som ofta förbises att den som ska utföra den inledande bedömningen av barn med psykisk ohälsa behöver ha hög kompetens för att kunna ta rätt beslut om vidare åtgärder då psykiatriska symtom ofta är komplexa. I flera andra länder sätts t.ex. diagnosen ADHD efter enbart kontakt med allmänläkare, vilket inte är en önskvärd utveckling.

Om primärvården ska få ökat uppdrag vad gäller utredning och vård av barn och unga med psykisk ohälsa är det viktigt att kompetensen ökar och att inte alltför hög tilltro sätts till att allmänläkare och sjuksköterskor ska förmå att hantera psykisk ohälsa hos barn och unga på ett tillfredställande sätt. Antalet psykologer inom primärvården måste öka, liksom access till psykiatrisk kompetens. Det är även viktigt att en mer noggrann psykiatrisk utredning av svåra fall (som även fortsättningsvis bör ske inom BUP) inte fördröjs inom primärvården så att tiden från kontakttagande till dess att åtgärder sätts in ökar istället för minskar för familjen.

Vad gäller steg 5 som berör nära och tillgänglig specialiserad vård föreslår utredningen att den specialiserade vården ska stärka sin konsultativa roll och bli mer nära och tillgänglig för primärvården och elevhälsan. Utredningen påpekar även den höga personalomsättningen inom BUP och att erfarna kliniker saknas. Man kan tänka sig att trycket på BUP minskar om den konsultativa rollen stärks. De mål som sätts upp (t.ex. avseende antal patienter som en psykolog ska träffa varje dag) kan vara ohållbara med tanke på patientunderlagets vårdtyngd. Om BUP ska kunna utöka sin konsultativa roll krävs ökade resurser och förändrade arbetssätt. Finns denna möjlighet ställer vi oss positiva till ett utökat konsultativt förslag.

Covid-19-pandemin har inneburit en ökning av digitala vårdkontakter. Även om det finns vissa nackdelar med digitala kontakter tror vi detta arbetssätt kan innebära viktiga fördelar, inte minst vad gäller konsultativa insatser från BUP till primärvården och elevhälsan. Detta skulle möjliggöra diskussioner istället för att remisser skickas fram och tillbaka.

Vi tror även att en ökad konsultativ roll från BUP är nödvändigt om primärvården ska ta ett större ansvar för barns psykiska hälsa (t.ex. via det nya nationella vårdprogrammet) och att en konsultativ roll skulle kunna leda till en kompetenshöjning för primärvården. Dessutom bidrar förhoppningsvis en sådan modell till ökat samarbete mellan olika aktörer och kan leda till ökad förståelse inom BUP för hur primärvården och elevhälsan arbetar samt det omvända.

7. Ett samlat regionalt huvudmannaskap för vårdverksamheterna

Vad gäller förslaget kring ett samlat regionalt huvudmannaskap för mödrahälsovården, barnhälsovården, ungdomsmottagningarna, vårdcentralen och elevhälsans medicinska insatser är det svårt att förstå om utredningen anser att ett samlat regionalt huvudmannaskap anses vara det bästa men att förutsättningarna för denna förändring inte finns eller om man känner sig tveksamma till om detta är den bästa lösningen. Om det är så att utredningen anser att ett samlat huvudmannaskap är det som krävs för att få till en verklig förändring anser vi att det är bättre att ge ett sådant förslag och börja arbeta för att genomföra detta även om det kommer att ta tid. Hellre detta än att föreslå en kompromiss som riskerar att inte leda till de förändringar som krävs.

Avseende detta ställer vi oss även frågande till varför utredningen genomgående separerar elevhälsans medicinska insatser från de psykologiska och psykosociala insatserna. Det är viktigt att ta hänsyn till att hur undervisningen organiseras har stor betydelse ur

hälsosynpunkt. Den så kallade medicinska insatsen i elevhälsan inkluderar ett stort mått av psykologiska och pedagogiska insatser och att särskilja mellan den medicinska och den psykologiska delen blir därför inte logiskt. Att särskilja medicinska insatser från övriga insatser blir även oklart utifrån professionsaspekten och står i kontrast till förslagen om ökad samverkan. Psykologen såväl som specialpedagogen bör i hög grad vara delaktiga i pedagogiska insatser och bedömningen av barn inför remittering till BUP. Ofta finns en stark koppling mellan rent somatiska problem och psykisk ohälsa, vilket måste beaktas.

8. Utredningen återkommer om uppföljning

Uppföljningar bör vara en mycket viktig och central del, oavsett om insatserna ges inom specialistvården, primärvården eller elevhälsan. Detta område har också under lång tid identifierats som eftersatt och bidragit till bristande kvalitet i de insatser som sätts in. Det är därför förvånade att utredningen inte lämnar några konkreta förslag vad gäller uppföljning. En central aspekt är här vad som ska regleras i det nationella hälsovårdsprogrammet och konsekvenser om uppföljning inte sker.

Ytterligare kommentarer av relevans för det aktuella delbetänkandet

1. Utredningen tar inte på ett tydligt sätt upp bristen på evidensbaserad vård inom många verksamheter som möter barn och unga. Det behövs tydligare riktlinjer från myndigheter kring vilka insatser som anses har god evidens, tydligare krav på att verksamheter som arbetar med barn och unga redogör för hur de arbetar utifrån evidensbaserade metoder, samt konsekvenser för verksamheter som inte följer riktlinjerna. Dessutom behövs mer satsningar på forskning vad gäller evidensbaserade metoder inom både skola och psykiatri.
2. Likaså tar utredningen inte upp universitetens roll i att öka kompetens om barns psykiska ohälsa. Vi anser att det borde finnas krav på att alla vårdutbildningar och lärarutbildningar innehåller tydliga lärandemål kopplade till barns psykiska hälsa. Med tanke på de långa värdköer som finns är det även troligt att det krävs att universitet och högskolor utbildar fler psykologer och specialpedagoger för att de förslag som presenteras ska kunna realiseras. God vidareutbildning av existerande personal inom både hälso- och sjukvården och skolan är också av yttersta vikt.
3. Utredningen diskuterar att det finns behov av att vidga synen bortom åldersgränsen 18 år (till 20 eller 21 år) och nämner kort behovet för stöd- och vårdenheter för unga vuxna (~17-25 år). Denna övergångsfas till vuxenålder borde behandlas mer. Det är mycket positivt att det nationella vårdprogrammet sträcker sig i ålder från 0-20 år istället för att avslutas redan när barnet bli myndigt. Det finns dock ett behov av bättre riktlinjer för hur övergången mellan barn- och ungdomsvård till vuxen vård ska ske. Detta handlar dels om hur man kan förbereda unga till vuxenlivet, dels vilka samhällsaktörer som har ett särskilt ansvar. Perspektivet med den genetiska grunden för psykisk ohälsa saknas, och det vore även önskvärt att tydligare lyfta fram hur barns tillvaro kan påverkas av föräldrar med psykisk ohälsa. Vuxenpsykiatrien behöver ta ett aktivt ansvar att utvärdera situationen för barnen när de kommer i kontakt med föräldrar med psykisk ohälsa.
4. Utredningen pekar på att nya grupper av barn överlever idag genom medicinska framgångar inom t.ex. barnhjärtkirurgi, barnoncervård, barnneurologi, metabola sjukdomar och neonatalvård. Dessa barn har ofta fortsatt behov av medicinska och

barnpsykiatriska resurser, samt stöd i skolan. Förutom samordning mellan olika aktörer och professioner, behöver behoven identifieras systematiskt och med en helhetssyn genom nationella vårdprogram. Hur detta ska ske (regionalt eller lokalt?) behöver förtydligas.

5. Slutligen behöver det förtydligas hur evidensbaserade tidiga interventioner för utvecklingsavvikelse ska implementeras likvärdigt i landets regioner utifrån de olika nationella vårdprogram som finns. Barn och unga med funktionsnedsättningar och kroniska sjukdomar har stort behov av resurser och stöd för att främja ökad aktivitet och delaktighet i dagliga aktiviteter. Här finns idag stora brister i samordningen av vården för barn med stort vårdbehov.

Karolinska Institutet, Stockholm

Sven Bölte, professor

Pia Enebrink, lektor

Clara Hellner, adjungerad professor

Nitya Jayaram-Lindström, forskare

Elisabeth Nilsson Jobs, psykolog

Eva Serlachius, adjungerad professor

Lisa Thorell, lektor

Eva Weidenhielm Broström, adjungerad professor

Ulrika Ådén, professor