



cutting through complexity

Samverkan kring barn och ungdomar med psykisk ohälsa

Revisionsrapport

Landstinget i Värmland och
14 värmlandskommuner
2013-03-10

kpmg.se



Förord

14 av länets kommuner tillsammans med Landstingets revisorer har i sina riskbedömningar och revisionsplaner för 2012 prioriterat en gemensam granskning av samverkan kring barn- och ungdomspsykiatri mellan Landstinget i Värmland och de värmländska kommunerna.

De kommuner som ingått i granskningen är: Arvika, Eda, Årjäng, Sunne, Kil, Filipstad, Karlstad, Säffle, Forshaga, Kristinehamn, Hammarö, Torsby, Grums och Storfors kommuner

En av beröringspunkterna mellan kommunernas och landstingets verksamheter rör den barn- och ungdomspsykiatriska vård, omsorg och stöd som utförs av respektive huvudman. I gränssnitten mellan kommunernas och landstingets verksamheter finns risk för brister i kommunikationen som kan påverka patientsäkerheten negativt. Det kan resultera i att barn och ungdomar inte får den vård och omsorg som de behöver. Sådana risker kan också finnas i gränssnitten mellan enheter inom en och samma huvudman.

Den granskningen vi utfört har avsett alla verksamhetsformer inom barn- och ungdomspsykiatrisk vård, omsorg och stöd som förekommer inom landstinget och de deltagande kommunerna. Även gränssnitten mellan enheter inom respektive huvudman har ingått i granskningen.

Innehåll

1.	Sammanfattning	1
2.	Inledning	4
3.	Revisionsinriktning	4
3.1	Syfte	4
3.2	Avgränsning	5
3.3	Ansvariga nämnder/styrelse	5
3.4	Revisionskriterier	5
3.5	Projektorganisation	6
4.	Metod och genomförande	6
5.	Barn och ungdomars behov av psykiatrisk vård, omsorg och stöd	7
5.1	Definitioner	7
5.2	Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar	9
5.3	Utvecklingsarbete nationellt	9
5.3.1	Förstärkt vårdgaranti BUP	9
5.3.2	Prestationsbaserad ersättning	11
5.4	Första linjen	12
6.	Aktuell lagstiftning och föreskrifter	14
7.	Samverkan mellan landstinget och kommunerna	15
7.1	Region Värmland	15
7.1.1	Beredningsgruppen	15
7.1.2	Psykiatrisamordning Värmland	16
7.2	Huvudmännens gemensamma riktlinjer och överenskommelser	17
7.2.1	Vår bedömning	19
8.	Samverkan kring enskilda barn och ungdomar	20
8.1	Utvecklingsarbete kring första linjen i Värmland	24
8.1.1	Vår bedömning	26
Bilaga 1	Kommunvisa iakttagelser	
Bilaga 2	Resultat av enkät kommunnivå (inkl.landstinget)	
Bilaga 3	Resultat av enkät länsnivå	

1. Sammanfattning

Vi har på uppdrag av landstingets revisorer tillsammans med revisorerna i 14 av länets kommuner genomfört en gemensam granskning av samverkan kring barn- och ungdomspsykiatri mellan Landstinget i Värmland och de värmländska kommunerna.

Vår övergripande bedömning är att det i Värmland saknas en tydlig styrning, uppföljning och kontroll av hur samverkan avseende barn och ungdomar med psykisk ohälsa ska utvecklas mellan landstinget och kommunerna. Framförallt saknas en tydlig koppling till politisk nivå såväl inom landstinget som i kommunerna. Utifrån den genomförda granskningen är det också vår bedömning att det idag inte kan sägas finnas en ändamålsenlig strukturerad samverkan mellan huvudmännen för den aktuella målgruppen.

Vi är väl medvetna om att samverkan i huvudsak sker mellan tjänstemän nära det enskilda barnet eller ungdomen. Det ställs därför många gånger stora krav på att den professionella nivån ska samverka mellan varandra. För att denna samverkan ska ges bästa möjliga förutsättningar att bli framgångsrik är vår uppfattning är den måste grundas i en samsyn mellan de som ansvar för respektive verksamheter och inte enbart bero på den enskilde medarbetarens kontakter eller insikter. Vi menar att samsynen måste vara förankrad hos ansvariga tjänstemän och förtroendevalda.

Vi anser vidare att om målet är att kunna ge likvärdiga insatser till alla barn och ungdomar i Värmland är vår bestämda uppfattning att en fungerande samverkan är nödvändig. En likvärdig samverkan för barn och unga med psykisk ohälsa anser vi ger ökade förutsättningar för goda och jämlika insatser i hela länet. Vår bedömning är att det finns risk för att dessa förutsättningar inte finns i länet för närvarande. Vårt intryck, utifrån våra intervjuer, är att BUP inte uppträder enhetligt i samarbetet med kommunerna. Bilden som vi erhåller utifrån intervjuerna är att samarbetet ser olika ut med olika kommuner och är till stor del beroende av vilka personer som träffas.

Vår granskning har visat att det finns en upparbetad struktur i länet för samverkan genom Beredningsgruppen inom Region Värmland och det arbete som bedrivs inom Nya Perspektiv. Vår bild, utifrån den genomförda granskningen, är att kopplingen mellan denna grupp och till ansvariga nämnder och styrelser inom huvudmännen är allt för otydlig för att säkra en tydlig styrning, ledning och kontroll. En bedömning som vi anser stärks av att 61 % av de förtroendevalda som svarat på vår enkät inte anser att det finns någon uppföljning av samverkan på politisk nivå.

Vår bedömning är ändå att denna struktur, rätt använd och med en tydligare politisk förankring och styrning, skulle kunna vara ett ändamålsenligt samverkansorgan för att skapa förutsättningar för en samsyn. Vår granskning visar också att ledningsfunktioner inom landstinget och kommunerna generellt sett är nöjda med de möjligheter till samverkan och kunskapsutbyte som erbjuds inom Nya Perspektiv.

På ett övergripande plan kan vi konstatera att det finns en viss struktur i form av gemensamma överenskommelser, riktlinjer och rutiner i länet avseende målgruppen. Vi konstatera samtidigt att det finns risk för att flertalet av dem är relativt obekanta och inte är implementerade ute i verksamheterna.

Vår slutsats är att det finns risk för, att i en situation med externa incitament i form av prestationsersättning och statsbidrag, har ambitionen att uppnå målen för dessa drivit på arbetet med en regional samverkan kring barn och ungdomar. Detta riskerar ha skett på ett sätt så att helhetssynen på behoven och de lokala förutsättningarna i länet i vissa fall har gått förlorad. Ovanstående kan ha lett fram till att vissa processer har drivits fram för snabbt utan tillräcklig förankring såväl på politisk nivå som i berörda verksamheter.

Mot bakgrund av ovanstående ser vi det som väsentligt att ansvaret för att säkerställa efterlevnaden av gemensamma överenskommelser, handlingsplaner m.m. klargörs. Vi konstaterar att ansvaret för tillsynen och uppföljningen av detta åligger landstingsstyrelsen i landstinget och ansvariga nämnder i kommunerna och kan inte överföras till samverkansgrupperingar inom Region Värmland.

Sammanfattningsvis har granskningen visat att det tagits olika initiativ för att utveckla såväl samverkan generellt som på en första linje för barn och ungdomar med psykisk ohälsa i länet. Vi kan dock konstatera att framgången hittills varit liten samt att helhetssyn och öppenhet inte tycks ha präglat arbetet så här långt. Det är bland annat anmärkningsvärt att landstinget ensidigt har beslutat om att lägga ner ett påbörjat gemensamt utvecklingsarbete utan någon föregående diskussion med kommunerna. Vår bild är också att såväl de tidigare arbeten som genomförts inom Region Värmland som nuvarande uppdrag inom landstinget saknar tillräcklig politisk förankring. Något som vi ser som väsentligt för ett fungerande system för styrning, uppföljning och kontroll.

Ovanstående brister i samverkan och ambition att utveckla gemensamma utgångspunkter för arbetet kring barn och ungdomar med psykisk ohälsa i ett länsperspektiv behöver dock inte, enligt vår bedömning, betyda att barn med psykiskt problem i praktiken inte får den hjälp som de behöver. I granskningen beskrivs att samverkan i individärenden många gånger fungerar bra. Samtidigt påpekas det av flera att för att samverkan ska fungera krävs att den enskilde medarbetaren har goda personliga kontakter med tjänstemän i andra verksamheter. Det vill säga att en väl fungerande samverkan inte bygger på förutsägbara strukturer och rutiner, utan bygger på enskilda individers relationer och kompetens. En situation som riskerar innebära att vård på lika villkor till alla barn och ungdomar med psykisk ohälsa i länet inte kan säkerställas.

Vår bedömning är att det är väsentligt att det fortsatta utvecklingsarbetet kring första linjen i länet har en tydlig politisk förankring och styrning. Vi anser även att för att utvecklingsarbetet ska bli framgångsrikt är det väsentligt att respektive huvudman, inledningsvis, förhåller sig till och definierar sin egen roll utifrån sitt grunduppdrag och de tre nivåerna i insatspyramiden för barn och unga med psykisk hälsa, ohälsa eller psykisk sjukdom.

Först efter att detta grundarbete genomförts bedömer vi det som rimligt att huvudmännen gemensamt kan utarbeta såväl en samsyn som konkreta samverkansformer kring barn och ungdomar med psykisk ohälsa.

Mot bakgrund av ovanstående iakttagelser och bedömningar vill vi lyfta fram följande områden för att stödja utvecklingen av en förbättrad samverkan kring barn och ungdomar med psykisk ohälsa mellan Landstinget i Värmland och de värmländska kommunerna:

- ❖ Arbetet med att åstadkomma gemensamma utgångspunkter mellan huvudmännen för en första linjens vård avseende barn- och unga med psykisk ohälsa bör påskyndas. Arbetet bör struktureras med en tydlig koppling till den politiska nivån och bedrivs gemensamt mellan huvudaktörerna.
- ❖ Huvudmännen bör inledningsvis definiera sitt eget ansvar och roll i förhållande till sitt grunduppdrag och de olika nivåerna i insatspyramiden innan former för samverkan utarbetas. Utgångspunkten bör vara att huvudmännens insatser följer en röd tråd över åldersgränserna.
- ❖ Uppdrag, roller och ansvar för samverkansorganisationen i länet bör ses över så att de formella beslutsforumen i kommunerna och landstinget kan ta ett reellt ansvar för styrningen av samverkan och den interna kontrollen avseende denna .
- ❖ Gemensamma styrdokument avseende samverkan mellan och inom huvudmännen bör ses över med inriktning mot att uppnå bättre förankring och delaktighet från verksamhetsföreträdare samt säkerställande av att olika styrdokument är i överensstämmelse med varandra.

2. Inledning

Landstingets revisorer tillsammans med 14 av länets kommuner har i sina riskbedömningar och revisionsplaner för 2012 prioriterat en gemensam granskning av samverkan kring barn- och ungdomspsykiatri mellan Landstinget i Värmland och de värmländska kommunerna.

De kommuner som ingått i granskningen är: Arvika, Eda, Årjäng, Sunne, Kil, Filipstad, Karlstad, Säffle, Forshaga, Kristinehamn, Hammarö, Torsby, Grums och Storfors kommuner

En av beröringspunkterna mellan kommunernas och landstingets verksamheter rör den barn- och ungdomspsykiatriska vård, omsorg och stöd som utförs av respektive huvudman. I gränssnitten mellan kommunernas och landstingets verksamheter finns risk för brister i kommunikationen som kan påverka patientsäkerheten negativt. Det kan resultera i att barn och ungdomar inte får den vård och omsorg som de behöver. Sådana risker kan också finnas i gränssnitten mellan enheter inom en och samma huvudman.

Den granskningen vi utfört har avsett alla verksamhetsformer inom barn- och ungdomspsykiatrisk vård, omsorg och stöd som förekommer inom landstinget och de deltagande kommunerna. Även gränssnitten mellan enheter inom respektive huvudman har ingått i granskningen. I granskningen har också ingått att beakta, om det är relevant för denna granskning, att följa upp revisionsresultatet i den granskning som genomfördes år 2008.

3. Revisionsinriktning

Granskningen har inneburit en kartläggning och bedömning av samverkan gällande barn- och unga med behov av psykiatrisk vård, omsorg och stöd mellan och inom kommunernas och landstingets verksamheter.

Det övergripande revisionsmålet har varit att bedöma om Landstinget i Värmland och kommunerna, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, har inrättat ändamålsenliga arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring för att kunna tillgodose barn- och ungas behov av psykiatrisk vård, omsorg och stöd.

Inriktningen på granskningen har varit att dels genomföra en helhetsbedömning av samverkan mellan länets kommuner och landstinget och dels ge en övergripande bild av kommunvisa avvikelser och utvecklingsbehov.

3.1 Syfte

Granskningen har fokuserat på följande;

- Att kartlägga vilka avtal och överenskommelser som finns mellan Landstinget i Värmland och berörda kommuner.
- Att kartlägga vilka riktlinjer, instruktioner och direktiv som Landstinget i Värmland respektive berörda kommunerna utfärdat till sina enheter.

- Att kartlägga vilken uppföljning som kommunerna och landstinget genomför.
- Att kartlägga den information som huvudmännen kommunicerar mellan sig avseende berörda barn.
- Att bedöma om landstingets och kommunernas styrning, uppföljning och utvärdering är tillräcklig för att säkerställa att barnens behov av vård, omsorg och stöd tillgodoses.
- Att bedöma om samverkan mellan Landstinget i Värmland och kommunerna och mellan enheter inom respektive huvudman fungerar tillfredsställande.
- Om det finns brister som behöver åtgärdas, ska rekommendationer avseende åtgärder lämnas.

3.2 Avgränsning

Granskningen har avsett att i första hand ge en bild av och bedöma samverkan mellan landstinget och kommunerna för den aktuella målgruppen och i andra hand ge en bild av insatser och samverkan lokalt i kommunerna. Detta har inneburit att vi gett en bedömning i ett länsperspektiv och att vi på kommunnivå redovisar verksamheternas aktuella uppfattning av samverkan.

I granskningen har inte ingått att genomföra patientintervjuer eller att bedöma vårdens innehåll. Det har heller inte ingått att verifiera att planerade service- och omvårdnadsinsatser respektive medicinska insatser faktiskt har utförts.

3.3 Ansvariga nämnder/styrelse

Föremål för granskningen är landstingsstyrelsen och ansvariga nämnder/kommunstyrelse i de i granskningen ingående kommunerna.

3.4 Revisionskriterier

Utgångspunkt för vår granskning har varit:

- Socialtjänstlagen (2001:453)
- Skollagen (2010:800) 2 kap 25-28§§
- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)2§ a-c
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete(SOSF 2011:9)
- Tillämpliga riktlinjer och rutiner antagna mellan huvudmännen
- Tillämpliga lokala riktlinjer och rutiner

3.5 Projektorganisation

Uppdragsansvarig och projektledare har varit Mikael Lind, certifierad kommunal revisor och konsult, medarbetare i granskningen har varit Örjan Garpenholt konsult och specialist samt Anna Tång, konsult. I uppdragsorganisation har även Erling Nyman, leg. psykolog och psykoterapeut, ingått som specialist och kvalitetssäkrare.

4. Metod och genomförande

Granskningen har genomförts på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i 14 av länets kommuner och Landstinget i Värmland.

I vår analys och granskning har vi utgått från de mål som har formulerats för samverkan, dels genom lagar, föreskrifter och vedertagen praxis, men även genom upprättade överenskommelser och handlingsplaner mellan landstinget och kommunerna. I vår granskning har vi även analyserat verksamhetens styrning och uppföljning. Vi har då bl.a. granskat hur väl samverkansarbete följs upp och om det leder till beslut och åtgärder och hur det påverkar den enskilde patienten.

En stabil och välfungerande samverkan kräver prioritering, kunskap, planering och inte minst ett aktivt ställningstagande hos ledningarna i berörda verksamheter. Granskningen har därför utgått ifrån den kunskap om hinder och framgångsfaktorer i samverkan som främst spridits i Sverige på senare år genom professor Berth Danermark vid Örebro universitet¹. För att uppnå en fungerande samverkan brukar tre förutsättningar nämnas som viktiga;

Styrning - det skall finnas ett samlat grepp över samverkansfrågor. Detta kräver engagemang och ställningstagande från den politiska och administrativa ledningen. Det uppfylls genom att legitimera, ge mandat och resurser samt efterfråga uppföljning och utvärdering.

Struktur- handlar om att skapa tydlighet. I struktur ingår att veta vad man talar om och att begrepp är tydligt definierade. Det skall finnas en tydligt syfte och ansvarsfördelning. Avtal, riktlinjer och handlingsplaner är exempel på verktyg för att utforma strukturer för samverkan.

Samsyn- avser att ha tydliga yrkesroller samtidigt som man har en gemensam problemförståelse. Det krävs en tillit till varandras kompetens och förståelse för varandras uppdrag, resurser och begränsningar. Olikheter är styrkan i en välfungerande samverkan. Samsyn kräver kontaktytor och kommunikation.

Inom ramen för granskningen har inhämtats och kartlagts såväl gemensamma styrande dokument för samverkan som interna styrdokument, direktiv och instruktioner gällande samverkan inom respektive huvudman

I vårt kartläggningsarbete har vi genomfört en webb-baserad enkät. I enkäten har riktade frågor som anknyter till revisionsfrågorna ställts men även mer öppna frågor som legat till grund för probleminventering. Inriktningen på enkäten har varit att belysa hur nyckelfunktioner uppfattar samverkan och arbetet kring målgruppen idag. Mottagare av enkäten har varit personer som har övergripande ansvar inom det aktuella granskningsområdet, exempelvis inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP), Allmänmedicin, landstingsledningen och de berörda kommunernas

¹ Danermark, B. (2000). Samverkan: himmel eller helvete. Stockholm: Gothia.

ansvariga nämnder och förvaltningar t.ex. socialtjänst och elevhälsa. Enkäten har även ställts till förtroendevalda i landstinget och kommunerna.

Med utgångspunkt från bl.a. enkäten har vi genomfört ett stort antal intervjuer med chefer och medarbetare i kommun och landsting, vilket inneburit att representanter för samtliga deltagande kommuner inbjudits att delta. Intervjuerna har skett såväl genom gruppintervjuer som individuella intervjuer. Inbjudna i kommuner har varit representanter för socialtjänst och elevhälsa, i landstinget representanter för BUP, Läns gemensam psykiatri, Barn- och ungdomshabiliteringen, Barn- och ungdomsmedicin, och Allmänmedicin. I intervjuerna har vi ställt frågor som arbetsformer, resurser, hur de ser på den dagliga samverkan.

Föreliggande rapport är inom de deltagande kommunerna sakgranskad av socialchef eller motsvarande samt skolchef eller motsvarande. Inom Landstinget i Värmland är rapporten sakgranskad av hälso- och sjukvårdschef och divisionscheferna för allmänmedicin och psykiatri.

5. Barn och ungdomars behov av psykiatrisk vård, omsorg och stöd

Som en bakgrund till den genomförda granskningen kan det vara av vikt att dels ge en bild av hur psykisk ohälsa har definierats i rapporten och dels ge en övergripande bild av hur barn och ungdomar mår idag. Till detta bedömer vi det som väsentligt att spegla det utvecklingsarbete, främst genom olika stimulansinsatser, som sker från nationell nivå för att utveckla och förbättra arbetet kring barn- och ungdomar med psykisk ohälsa.

5.1 Definitioner

I Sverige används ICD 10² som klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem. Den gör ingen skillnad mellan sjukdom och hälsoproblem vare sig om de är psykiska eller fysiska. För psykiska problem används en klassifikation med tydliga kriterier; DSM-IV

I begreppet "psykisk ohälsa" inkluderas, enligt DSM-IV endast tillstånd som ökar risken för allvarlig sjuklighet eller död i förtid. Tillstånd som ingår i begreppet "psykisk ohälsa" ska 1) vara av psykisk karaktär, 2) vara relativt vanliga, samt 3) öka risken för allvarig sjuklighet, exempelvis risken för allvariga depressioner, eller död i förtid. Exempelvis uppfyller inåtvända psykiska problem som oro, ångest, depressiva symptom, sömnsvårigheter och huvudvärk samt utagerande beteendeproblem bland barn dessa villkor³.

Utifrån Sveriges kommuner och landstings (SKL) förslag på definitioner har vi hämtat nedanstående:

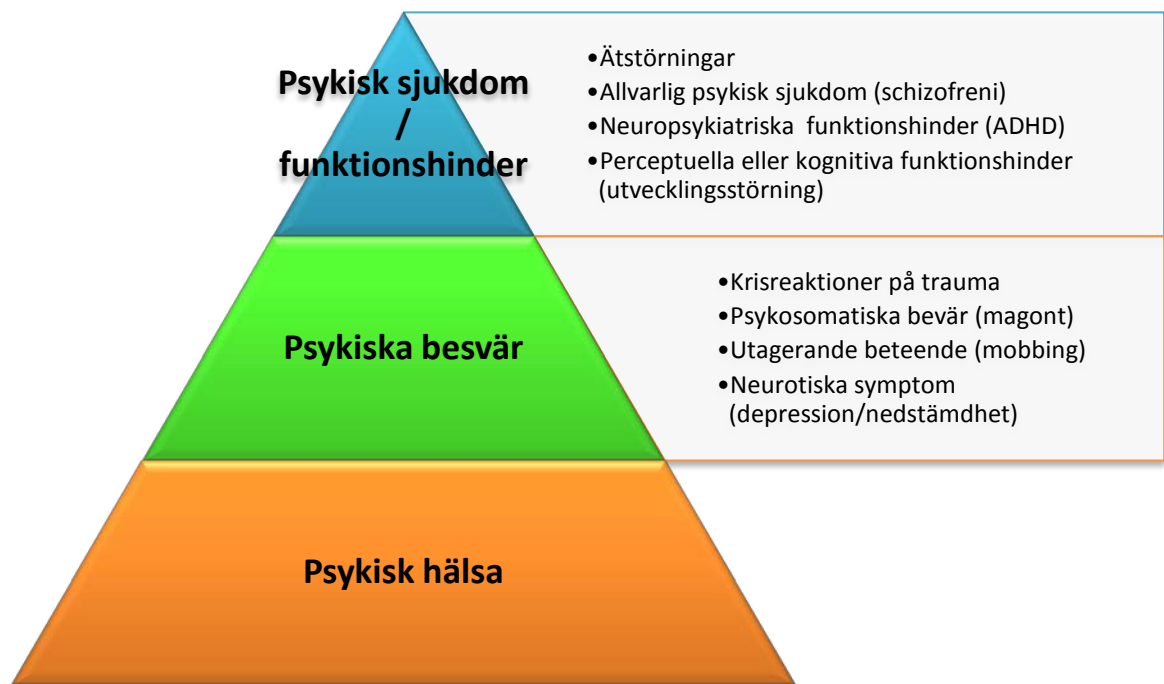
- *Psykisk ohälsa* används i dag ofta som en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom.

² International Classification of Diseases and related health problems, tenth version.

³ MINI-D IV: diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR, **Herlofson, Jörgen**, 1948- (översättare) **Landqvist, Mats** (översättare), Danderyd: Pilgrim press, 2002

- *Psykiska besvär* beskriver olika tillstånd med tecken på psykisk obalans eller symtom som oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. De psykiska besvären kan beroende på typ och omfattning i olika grad påverka funktionsförmågan. Symtomen behöver inte vara så omfattande att diagnos kan sättas och är ofta normala reaktioner på en påfrestande livssituation.
- *Psykiska sjukdomar* och psykiskt funktionshinder är när symtom eller funktionsnedsättning är av den typ eller grad att det kvalificerar till en diagnos⁴.

Utifrån SKL:s förslag på definitioner av psykiska besvär och psykisk sjukdom samt utifrån ICD 10 har vi valt att använda oss av följande definition av begreppen för granskningen, se figur 1.



Figur 1. Figuren visar granskningens valda av definitioner av begreppen psykisk hälsa, psykiska besvär och psykisk sjukdom/funktionshinder.

⁴ http://www.skl.se/psynk/om-psykisk-halsa/for-dig-som-ar-anhorig_1/vad_ar_psykisk_ohalsa_1, hämtat den 10 januari 2013

5.2 Psykisk ohälsa hos barn och ungdomar

Under hösten år 2009 genomförde Statistiska centralbyrån (SCB) på uppdrag av Socialdepartementet en totalundersökning bland alla elever i årskurs 6 och 9 i Sverige, *Grodan*. Undersökningen syftade till att kartlägga den psykiska hälsan bland barn och unga i Sverige. Den visade att de flesta barn och unga, 80-90 procent, mår bra men att ju äldre man är desto mer minskar deras psykiska hälsa. Denna åldersrelaterade psykiska hälsa för de svenska skoleleverna skiljer sig från övriga Europa och undersökningen visar att 11-åringar mår väsentligt bättre än 13- och 15-åringar⁵.

En undersökning från år 2009/2010, *Skolbarns hälsovanor*, som genomfördes av Statens folkhälsoinstitut (FHI) visade att flickor har generellt sämre psykisk hälsa än pojkar. Över en tredjedel, 37 procent av flickorna och 16 procent av pojkarna i årskurs 9, anger att de ofta eller alltid har upplevt två eller fler psykosomatiska symtom under de senaste sex månaderna. Omkring 90 procent av pojkarna vid åldern 11, 13 och 15 år och motsvarande andel 11-åriga flickor uppger att de mår bra eller mycket bra.

I årskurs 9 har nära 20 procent av flickorna betydande psykosomatiska besvär jämfört med 6 procent av pojkarna. Men i jämförelse med tidigare undersökningar har ökningen stannat av och i vissa fall minskar problemen, andelen är dock fortfarande omkring dubbelt så stor som vid mitten av 1980-talet⁶.

5.3 Utvecklingsarbete nationellt

5.3.1 Förstärkt vårdgaranti BUP

Vårdgarantin, är en garanti som beskriver hur lång tid en patient ska behöva vänta som längst för ett besök eller behandling inom hälso- och sjukvården. Den nationella vårdgarantin infördes år 2005 och innebar att landstingen skulle erbjuda behandling inom 90 dagar från det att läkaren fattat beslut om behandling. ⁷ Den 1 juli 2010 lagstads gades vårdgarantin och landstingen blev då skyldiga att hålla tidsgränserna. Socialstyrelsen kontrollera landstingen och om de inte kan leva upp till garantin kan man vidta åtgärder⁸.

För att landstingen ska leva upp till vårdgarantin har regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) gjort en överenskommelse om en så kallad "kömiljard". Denna omförhandlas varje år och kraven har successivt höjts.

För år 2013 har 988 Mkr avsatts till stimulansmedel. I överenskommelsen för åren 2007 till 2012 års ingick en särskild tillgänglighetssatsning för barn och unga med psykisk ohälsa. Från i

⁵ FHI (2011a), Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009.

⁶ FHI (2011b), Svenska skolbarns hälsovanor 2009/10. Grundrapport.

⁷ Överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om införande av en nationell vårdgaranti och en fortsatt satsning på förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Socialdepartementet 2005 (dnr S 2005/1527/HS).

⁸ <http://www.socialstyrelsen.se/ekonomiskaanalyser/effektivitet/vardirimligt/varvardsgarantin>, hämtat den 8 januari 2013

år, 2013, ingår nu denna satsning istället i överenskommelsen om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa⁹.

Den särskilda tillgänglighetssatsningen på barn och unga med psykisk ohälsa, eller den förstärkta vårdgarantin, har inneburit att Socialstyrelsen har fördelat 214 Mkr varje år mellan år 2007-2012 till landstingen. Syftet har varit att förbättra tillgängligheten till hälso- och sjukvård för barn och unga med psykisk ohälsa. Den förstärkta vårdgarantin har inneburit att barn- och ungdomspsykiatri (BUP), utöver de grundläggande kraven i den nationella vårdgarantin, senast år 2011 skulle kunna erbjuda tid för bedömning inom högst 30 dagar och därefter klara målet om beslutad fördjupad utredning/behandling inom högst 30 dagar¹⁰.

Som framgått ovan har Socialstyrelsen ett särskilt ansvar att följa upp hur landstingen klarar den förstärkta vårdgarantin inom BUP. Detta görs genom ett medelvärde för januari till oktober. Fördelningen mellan landstingen sker sedan i relation till deras befolkningsandel.

År 2012 fördelades 107 Mkr till de landsting som nådde målet att minst 90 % av barn och unga med beslut om en första bedömning inom den specialiserade barn och ungdomspsykiatri eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa har fått en första bedömning inom 30 dagar.

Vidare fördelades 107 Mkr till de landsting som nått målet att minst 80 % av barn och unga med beslut om en fördjupad utredning/behandling inom den specialiserade barn och ungdomspsykiatri eller annan verksamhet med uppdrag kring psykisk ohälsa har påbörjat en fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar.

För landstinget i Värmlands del var situationen år 2012 att 69 % av de sökande till barn- och ungdomspsykiatri i Värmland fick komma på ett första bedömningsbesök inom 30 dagar, således tilldelas man inga stimulansmedel.

Däremot fick 94 % av de barn och unga som varit på en första bedömning på BUP och fått beslut om ytterligare utredning och behandling denna påbörjad inom 30 dagar. Ovanstående innebar att Landstinget i Värmland år 2012 fick dela på de 107 Mkr tillsammans med 15 av de totalt 21 landstingen eller regionerna¹¹.

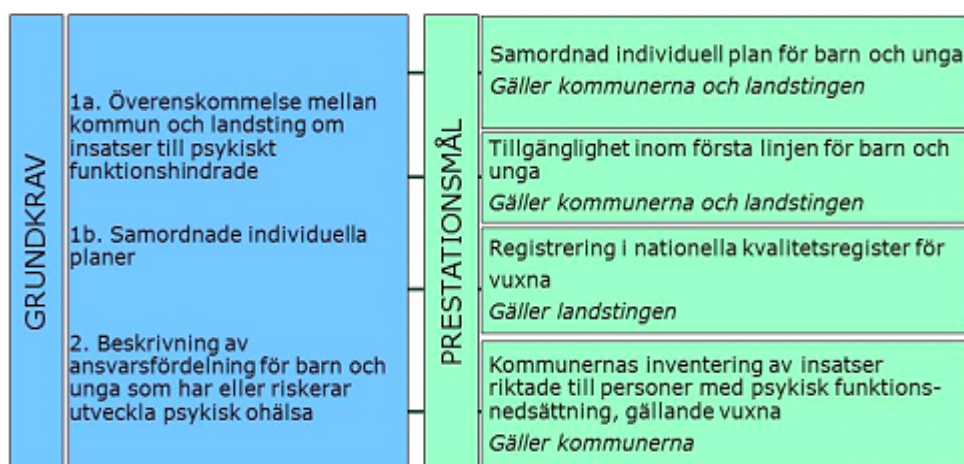
⁹ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om fortsatta insatser för att förbättra patienters tillgänglighet

¹⁰ Satsning på en förstärkt vårdgaranti för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa 2009 Uppföljning av statsbidrag, Artikelnr 2010-7-2

¹¹ <http://www.vantetider.se/se-vantetider/sammanstallningar/saerkild-tillgaenglighetssatsning-foer-barn-och-unga-med-psykisk-ohaelsa-2012>, hämtat den 8 januari 2012

5.3.2 Prestationsbaserad ersättning

För att ytterligare stimulera kommunerna och landstingen att öka tillgängligheten till insatser för barn och unga med psykisk ohälsa slöt regeringen och SKL ytterligare en överenskommelse år 2012. Överenskommelsen omfattar totalt 456,5 Mkr varav 350 Mkr är i form prestationsbaserad ersättning. För att erhålla medel ska kommuner och landsting först uppfylla två grundläggande krav och sedan nå upp till fyra prestationsmål, se figur 2.



Figur 2. Figuren visar de grundkrav och prestationsmål som kommuner och landsting måste uppnå för att ta del av stimulansmedlen gällande riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012. Bilden är hämtad från http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/psykiskhalsa/prestation-2012, 2013-02-05

Socialstyrelsen gjort bedömningen att i Värmland uppfyller tillräckligt många kommuner tillsammans med landstinget (80 % av befolkningen) de två grundkraven genom den överenskommelse och de handlingsplaner som antagits under år 2012 mellan landstinget och kommunerna (se vidare avsnitt 7.2). Vi kan dock konstatera att Årjäng, Hammarö, Munkfors, Grums och Storfors kommuner¹² inte lämnat in material för att uppfylla grundkraven.

Utifrån Socialstyrelsens bedömning anses Filipstad, Hagfors, Karlstad, Kil, Kristinehamn, Sunne och Torsby kommuner tillsammans med landstinget uppfyllt prestationsmål 1 och får tillsammans med övriga beviljade landsting och kommuner dela på 100 Mkr.

Filipstad, Hagfors, Kil, Kristinehamn och Torsby kommuner har tillsammans med landstinget även uppfyllt prestationsmål 2 och får därför tillsammans med övriga landsting och kommuner dela på ytterligare 50 Mkr¹³.

¹² <http://prestationer.psykiskhalsa.skl.se/>

¹³ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/stodtillinsatsermotpsykiskohalsasocialstyrelsensbedomning>, hämtat den 23 januari 2013

5.4 Första linjen

Under år 2007 och 2008 genomförde SKL enligt överenskommelse med regeringen ett projekt för att bland annat undersöka möjligheterna till en förstärkt vårdgaranti inom barn- och ungdomspsykiatri som beskrivits enligt ovan.

Projektet syftade även till att ta fram förslag till enhetliga medicinska indikationer för tillgång till utredning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri. SKL konstaterade då bland annat att ansvarsfördelningen var otydlig gällande barn och ungdomar med psykisk ohälsa, och att lagstiftningen inte gav någon tydlig vägledning om vem som hade ansvar. Vem som ansvarade för insatser mellan den generella och specialist nivån ansågs vara otydligast.

I projektet genomfördes en enkät bland barn- och ungdomspsykiatri som visade att denna verksamhet i genomsnitt träffar fem procent av alla barn och ungdomar varje år och att upp emot en tredjedel av dessa inte hade behövt specialistinsatser utan hade kunnat klaras av på en "första linje" om det hade funnits d.v.s. en nivå mellan generell och specialist.

Utifrån ovanstående och med det som bakgrund gav därför regeringen SKL i uppdrag, genom en överenskommelse år 2009, att under tre år genomföra ett utvecklingsarbete inom första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom, "Modellområdesprojektet psykisk hälsa barn och unga".

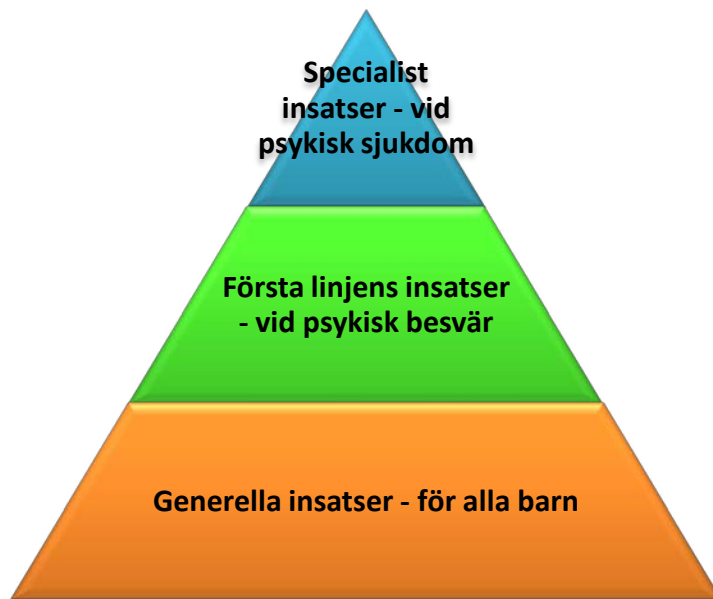
Uppdraget var att ta fram förslag på olika modeller för en första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med, eller med risk för, psykisk ohälsa. Utifrån projektets slutrapport¹⁴ beskriver man första linjen enligt nedan;

"Första linjen" avser den funktion/ verksamhet som först möter barn eller ungdomar med ett indikerat problem. Där görs en första bedömning samt ges insatser som inte behöver specialistnivåns resurser.

Insatser på första linjens nivå bör präglas av närhet och lättillgänglighet för att kunna verka tidigt och förebyggande."¹

¹⁴ MODELLOMRÅDESPROJEKTET – PSYKISK HÄLSA BARN OCH UNGA, Slutredovisning, FÖR PERIODEN 2009 – 2011, SKL

I projektet har man utgått från en bild som illustrerar de olika nivåer av insatser som kommuner och landsting samt andra aktörer erbjuder barn och ungdomar med psykisk ohälsa eller psykisk sjukdom, se figur 3.



Figur 3. Figuren illustrerar de olika nivåer av insatser som ges till barn och unga med psykisk hälsa, psykiska besvär eller psykisk sjukdom.

I slutrapporten¹⁵ av arbetet med modellområden redovisades sex olika modeller för en första linje enligt nedan:

- *Primärvårdsbaserad:* Vårdcentralerna utrustas med psykosocial kompetens (psykolog och socionom) för att bedöm, utreda och behandla psykisk ohälsa som inte kräver specialist insatser.
- *Barn- och ungdomspsykiatri:* Första linjen är en del av landstinget specialistverksamhet med uppdrag att behandla alla former av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar.
- *Hälsans Hus:* En helhetslösning för barn och familjer där generella, första linjen och specialistverksamheter erbjuds i en sammanhållen verksamhet.
- *Elevhälsobaserad:* Elevhälsan har fått ett utvidgat ansvar av både kommun och landsting att bedöma, utreda och behandla psykisk ohälsa som inte kräver specialist insatser.

¹⁵ MODELLOMRÅDESPROJEKTET – PSYKISK HÄLSA BARN OCH UNGA, Slutredovisning, FÖR PERIODEN 2009 – 2011, SKL

- *Vägvisare:* Innebär att alla aktörer har sitt tydliga uppdrag, inget samlat ansvar. Förutsätter att överenskommelser finns och strukturerade former för att samla ett nätverk kring ett barn med behov av insatser från flera aktörer.
- *Integrerad:* En gemensam verksamhet som erbjuder både sociala och medicinska insatser genom personal från elevhälsa, socialtjänst och hälso- och sjukvård, exempelvis familjecentraler och ungdomsmottagningar.

I Värmland deltog Hagfors kommun tillsammans med landstinget i Värmland i utvecklingsarbetet och öppnade i november 2011 öppenvårdsmottagningen "Visit" i Hagfors för barn, unga, deras familjer och unga vuxna, 0-25 år. Verksamhetens uppdrag är att förebygga och behandla lindrig till medelsvår psykisk ohälsa¹⁶. Visit kan beskrivas som en integrerad modell för en första linjens verksamhet utifrån ovanstående .

6. Aktuell lagstiftning och föreskrifter

I socialtjänstlagens andra kapitel och andra paragraf anges att socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att alla som vistas i kommunen får den hjälp och det stöd de behöver. Vidare anges i samma lag femte kapitlet, första paragrafen att socialnämnden i respektive kommun bland annat ska verka för att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden. Nämnden ska med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdomar som visat tecken till en ogynnsam utveckling och sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd de behöver.¹⁷

Den förste juli år 2011 trädde den nya skollagen i kraft. I skollagens andra kapitel, paragrafer 25-28 har man för första gången tydligare definierat elevhälsans roll och uppdrag. Elevhälsans uppdrag är att stödja elevernas utveckling mot målen och alla elever i grund- och gymnasieskolan har rätt till särskilt stöd om det kan befaras att de inte kommer att nå skolans mål och utredning visar att de behöver stöd. I lagen anges även att elevhälsans främsta uppdrag är att arbeta hälsofrämjande och förebyggande och att den ska erbjuda tillgång till medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska kompetenser.¹⁸

I hälso- och sjukvårdslagen anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Vidare ska barns behov av information, råd och stöd särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med;

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.¹⁹

¹⁶ <http://www.liv.se/Halsa-och-varld/vardcentraler/Hagfors2/Hagfors/vchagforsvisit/>, hämtat den 9 januari 2013

¹⁷ Socialtjänstlag (2001:453)

¹⁸ Skollag (2010:800)

¹⁹ Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Från den första januari år 2010 är kommuner och landsting enligt ovanstående lagar (2 kap. 7 § SoL och 3f § HSL) även skyldiga att upprätta en samordnad individuell plan. Detta gäller för alla enskilda som har behov insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård och inte bara för personer med psykisk funktionsnedsättning. Planen skall upprättas gemensamt och tillsammans med den enskilde och innehålla;

1. vilka insatser som behövs
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Utöver ovanstående anges både i socialtjänstlagens femte kapitel, åttonde paragraf samt samma paragraf i och hälso- och sjukvårdslagen att kommuner och landsting ska ingå en överenskommelse om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör personer som företräder dessa personer och deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen.

7. Samverkan mellan landstinget och kommunerna

Med utgångspunkt från de formella föreskrifterna har länets kommuner tillsammans med landstinget utvecklat olika arbetssätt och former för såväl länsövergripande styrning och utveckling av samverkan som lokal styrning och utveckling av samverkan.

I denna granskning har fokus legat framförallt på hur den länsgemensamma samverkan styrs, utvecklas och säkras utifrån de krav som ställs på huvudmännen.

7.1 Region Värmland

7.1.1 Beredningsgruppen

Vår bild är att samverkan mellan huvudmännen hittills till stor del letts och/eller administrerats inom ramen för Region Värmland och det utvecklingsarbete som kallas Nya perspektiv²⁰. Här finns en gemensam grupp, kallad Beredningsgruppen, bestående av tre divisionschefer och en närsjukvårdskoordinator från landstinget samt fyra socialchefer eller motsvarande från kommunerna. Sammanställande och ordförande i Beredningsgruppen är representant för Region Värmland.

Det formella uppdrag som vi uppfattat finns för Beredningsgruppen är att hantera strategiska frågor gällande samverkan mellan huvudmännen. Häri ska ingå att:

- Vid behov utarbeta förslag till centrala överenskommelser/avtal.

²⁰ Länsövergripande utvecklingsarbete mellan kommunerna i Värmland och Landstinget i Värmland där man möts på en gemensam arena i en dialog utifrån ett medborgarperspektiv. Region Värmland samordnar och leder arbetet

- Ajourhålla förteckning över befintliga överenskommelser/avtal.
- Biträda landstinget och kommunerna vid utarbetande av lokala överenskommelser/avtal.
- Följa upp att beslut som fattas och överenskommelser som träffas på central nivå i länet genomförs och efterlevs.

I gruppens ansvar ligger även att rapportera till respektive huvudman och Region Värmland. Det formella ansvaret att fatta beslut om överenskommelser eller motsvarande som gruppen arbetar fram åligger respektive huvudman, utifrån förslag från Beredningsgruppen.

Vårt uppdrag i denna granskning är inte att beskriva utvecklingsarbetet inom Nya perspektiv. Vi kan ändå konstatera att avseende styrning ledning och uppföljning av samverkan kring barn- och unga med behov av psykiatrisk vård, omsorg och stöd, har formerna för Nya perspektiv viss betydelse.

Vår bild utifrån genomförd granskning är att Beredningsgruppen arbetar på ett självständigt sätt med frågor som berör samverkan gällande barn- och unga med behov av psykiatrisk vård, omsorg och stöd.

På frågor hur styrning och uppföljning sker av Beredningsgruppens arbete är vår bild att indirekt styrning sker inom ramen för gemensamma sammankomster inom Nya Perspektiv. I övrigt uppfattar vi att gruppens koppling till den politiska arenan i denna fråga, dvs. landstingsstyrelsen och ansvariga nämnder i kommunerna, är förhållandevis svag. Detsamma gäller uppföljning av gruppens arbete på detta område. Vi har inte uppfattat att det ligger i gruppens ansvar att t.ex. årligen rapportera till respektive huvudman vad gruppen arbetat med och åstadkommit, inte heller något krav på att prestera någon inriktning, mål eller aktiviteter inför varje verksamhetsår.

Utifrån de intervjuer vi genomfört uppfattar vi att gruppen löpande gör bedömningar av vilka frågor som bör lyftas till politisk nivå för formella beslut och vad som kan hanteras på tjänstemannanivå. Det vanligaste sättet som frågor initieras och förankras uppfattar vi vara, för landstingets sida, via ledningsgruppen för hälso- och sjukvård och för kommunerna via socialchefsträffar eller motsvarande inom Region Värmland.

Den sammanfattande bilden är att styrningen av Beredningsgruppen till viss del sker inom ramen för Nya perspektiv och de behov som gruppen fångar i dialogen med förtroendevalda där, men att tyngdpunkten ligger i gruppens egen initiativkraft och förmåga att fånga viktiga utvecklingsområden.

I våra intervjuer har det framhållits, framförallt från ledningsnivå, att man anser att arbetet inom Nya Perspektiv generellt lett till förbättrade möjligheter till samverkan mellan huvudmännen.

7.1.2 Psykiatrisamordning Värmland

Som stöd för det mer direkta arbetet med samverkan kring barn- och unga med behov av psykiatrisk vård, omsorg och stöd har Beredningsgruppen utsett en grupp kallad Psykiatrisamordning Värmland. Det uppdrag som vi har uppfattat att gruppen har är att utveckla ett gemensamt arbetssätt i hela länet, utforma riktlinjer och rutiner som stöd för detta och

rapportera sitt arbete till Beredningsgruppen. Det formella ansvaret/uppdraget för denna grupp uppfattar vi inte har formaliserats på något sätt.

Gruppen består av ett antal deltagare där var och en i gruppen representerar olika verksamheter från båda huvudmännen. Detta innebär att gruppens deltagare har ett uppdrag att föra vidare information till sina kollegor i andra kommuner. Vi har uppfattat att detta oftast sker genom de yrkesträffar som arrangeras i länet genom Region Värmlands regi. Hur motsvarande förankring sker inom landstinget är, utifrån våra intervjuer, något oklart, men vår tolkning är att frågor lyfts i ledningsgruppen för hälso- och sjukvård samt inom respektive verksamhet/division.

Vi har i våra intervjuer med företrädare för kommunerna och landstinget ställt frågor om hur välkänt gruppens arbete är och hur bekanta de intervjuade är med vilka som finns i gruppen och hur man tar del av gruppens arbete. Vårt intryck är att gruppens arbete och existens är relativt obekant i verksamheterna.

7.2 Huvudmännens gemensamma riktlinjer och överenskommelser

I vår granskning har vi genomfört en inventering av vilka riktlinjer och överenskommelser som träffats mellan huvudmännen för att stödja samverkan kring barn- och unga med behov av psykiatrisk vård, omsorg och stöd.

Vi kan konstatera att huvudmännen har en överenskommelse om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning²¹.

Vår övergripande bedömning är att överenskommelsen utgår från aktuell lagstiftning och de krav som ställts på nationell nivå. Vi kan också konstatera att den legat till grund för att uppfylla de grundläggande kraven för att ta del av stimulansmedlen gällande riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012 (se punkt 5.3.1.1.ovan).

Överenskommelsen beskriver syfte, aktörer inom området och en ansvarsfördelning mellan huvudmännen, som vi bedömer utgår från lagstiftningen på området. I överenskommelsen beskrivs också den övergripande organisationen för samverkan utifrån de grupperingar vi redogjort för ovan.

En väsentlig del, som vi uppfattat, av överenskommelsen är att den ger uttryck för handlingsplaner ska framarbetas inom ett antal områden. Dessa handlingsplaner har vi uppfattat är avsedda att vara förtydliganden/vägledning av överenskommelsen utifrån aktuella målgrupper. Av överenskommelsen framgår att det är tio områden/grupper som avses och att handlingsplaner ska vara klara senast nio månader efter att den övergripande överenskommelsen undertecknas. Ansvaret för att handlingsplanerna framarbetas har Psykiatrisamordning Värmland och det är sedan Beredningsgruppen som fastställer handlingsplanerna.

Av överenskommelsen framgår inte hur det arbete som sker i grupperingar/samverkansgrupper skall förankras till den politiska nivån inom respektive huvudman. Överenskommelsen tydliggör

²¹ Överenskommelse Personer med psykisk funktionsnedsättning i Värmland, antagen i Beredningsgrupp feb 2012

inte heller något ansvar för Beredningsgruppen att förankra sitt arbete mot huvudmännen utöver vad som sagts i avsnitt 7.1.1.

I våra intervjuer med verksamhetsföreträdare för kommunerna och landstinget, har vi ställt frågor kring överenskommelsen, kännedom om densamma. Vi kan då konstatera att det är få representanter som känner till dokumentet. Denna situation är något som bekräftar resultatet i vår enkät. Där kunde vi konstatera att kännedomen om förekomsten av gemensamma avtal och riktlinjer mellan huvudmännen var låg då 36 % svarat att man inte har ett avtal och 26 % inte vet.

I vår granskning har vi även efterfrågat vilka handlingsplaner som arbetats fram och kan konstatera att två av tio handlingsplaner finns förankrade i Beredningsgruppen i samband med granskningen. Dessa handlingsplaner avser:

- Handlingsplan Samordnad individuell plan
- Handlingsplan Barn och unga 0-17 år

I de intervjuer vi genomfört har vi också efterfrågat om dessa handlingsplaner är bekanta för verksamhetsföreträdare och om de arbetar utifrån dem. Vår uppfattning utifrån dessa diskussioner är att handlingsplanerna såväl inom landstinget som inom kommunerna är okända och inte förankrade. Det ska dock i detta sammanhang konstateras att handlingsplanerna utarbetats sent under 2012, vilket kan vara en förklaring. Vi konstaterar dock att kunskapen om att detta arbete pågick också var obekant.

Utöver ovanstående har vi i vår granskning även funnit ytterligare styrdokument som vi bedömer har en påverkan på den dagliga verksamheten och samverkan på området.

”Hjälpredan i Värmland” är ett dokument som tydliggör ansvarsfördelningen när det gäller barn och ungdomar med funktionsnedsättning. Kommun, landsting och stat har skyldighet att samverka kring dessa barn och ungdomar och syftet med dokumentet är tydliggöra denna samverkan. Hjälpredan är i första hand ämnat som ett stöd till personer som på olika sätt jobbar med barn och ungdomar som är i åldern 0-18 år och har ett eller flera av följande funktionsnedsättningar:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------|--|
| – Rörelsehinder | – Utvecklingsstörning | – Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar |
| – Synskada | – Hörselnedsättning | – Tal, språk och kommunikationssvårigheter |
| – Läs- och skrivsvårigheter | | |

Hjälpredan har framarbetats av en gemensam arbetsgrupp mellan landstinget och kommunerna på initiativ av barn- och ungdomshabiliteringen och är senast reviderad i mars 2012²². Arbetet i den gemensamma arbetsgruppen har, enligt uppgift, senare kommit att sanktioneras av

²² <http://www.liv.se/Snabblankar/Samarbete/Hjalpredan/>, hämtat den 1 februari 2013

Beredningsgruppen inom Region Värmland. Huruvida dokumentet är beslutat/förankrat på politisk nivå är oklart och vi har inte funnit att arbetet som denna grupp har haft någon koppling till Beredningsgruppens arbete. Vi kan dock konstatera att Hjälpredan delvis berör samma områden som den gemensamma överenskommelsen ställer krav på att handlingsplanerna ska omfatta, vilket bör kräva samordning.

Granskningen har även visat att det finns en "Vårdrutin avseende barn- och ungdomar med psykiatrisk problematik tom 17 år". Vårdrutinen är en arbets- och ansvarsfördelning mellan division allmänmedicin och division psykiatri och den är antagen av divisionscheferna i mars 2012.

Vår bedömning är att vårdrutinen är ett bra steg att definiera vem som gör vad inom primärvård och barn- och ungdomspsykiatri. Samtidigt har vi även här fått indikationer på att rutinen inte är känd i verksamheterna och inte efterlevs. Vi har också kunnat konstatera att de privata utförarna inom Hälsoval Värmland inte har deltagit i framtagandet av rutinen. Vår bedömning är att även om de privata utförarna är få så bör införandet av nya rutiner ske på ett sådant sätt att de privata utförarna är delaktiga i detta arbete.

Vi konstaterar också att det i vårdrutinen framgår att "Landstinget inte erbjuder riktat arbete till barn mellan 6-13 år med avseende på psykologiskt och psykosocial problematik". En skrivning som vi ställer oss tveksamma till utifrån det ansvar för hela åldersspektrumet som åligger såväl division allmänmedicin som division psykiatri. Vidare har det framkommit genom vår inventering att vissa kommuners Individ och familjeomsorg (IFO) hänvisar till ovanstående rutin som ett styrdokument för kommunens verksamhet även om inte de omfattas av denna.

Av vår granskning har också framgått att det i länet finns en mall för skol- och elevutredningar "Värmlandsmallen". Denna används sedan år 2010 för skol- elevutredning utifrån psykiatrisk problematik. Detta innebär att pedagogiska, sociala, medicinska och psykologiska aspekter ska belysas i en skol- och elevutredning. Utifrån denna utredning ska åtgärder erbjudas eleven, i händelse av att dessa åtgärder inte fått avsedd effekt kan eleven remitteras till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin inom landstinget.

Utifrån vår granskning har vi uppfatta att mallen är väl implementerad och används som ett stöd av verksamheterna i det dagliga arbetet.

I enkäten har vi ställt frågor kring förekomsten av en ansvarsfördelning mellan de verksamheter man samverkar med och 31 procent anser att sådana inte finns och tio procent vet inte. Vidare anger 32 procent att det saknas en gemensamt definierad målgrupp för samverkan och 11 procent vet inte om det finns. Gemensamma rutiner för ärenden där fler än en aktör är involverad anger 48 procent saknas och 8 procent vet inte.

Utöver vad vi angett ovan finns inom de olika verksamheterna en mängd lokala styrdokument och rutiner som stöd för såväl det egna arbetet som i vissa fall samarbete med andra aktörer. Detta återkommer vi till i de kommunspezifika avsnitten, se bilaga 1.

7.2.1 Vår bedömning

Vår huvudinriktning och ambition har varit att få en bild av hur samverkan mellan landstinget och kommunerna styrs och följs upp på länsnivå. I ett revisionellt perspektiv är det viktigt att finna en

koppling till styrning, ledning och kontroll av samverkan till de ansvariga nämnderna och styrelserna inom huvudmännen.

Vi kan här konstatera att det finns en etablerad organisation för samverkan genom den s.k. Beredningsgruppen som administreras inom Region Värmland. Gruppen har varit etablerad sedan en längre tid tillbaka och arbetar med att utveckla samverkan inom flera områden.

Vår bedömning är att den samverkansform som är etablerad tycks bygga på att Beredningsgruppen har ett relativt självständigt ansvar att driva generella samverkansfrågor, men där en viss avstämning sker på ett icke formellt sätt med förtroendevalda via sammankomster inom Nya Perspektiv. Ett ansvar som även aktualiseras avseende barn- och unga med behov av psykiatrisk vård, omsorg och stöd.

Vår bild, utifrån den genomförda granskningen, är att kopplingen mellan denna grupp och till ansvariga nämnder och styrelser inom huvudmännen tycks vara allt för otydlig för att säkra en tydlig styrning, ledning och kontroll. En bedömning som vi anser stärks av att 61 % av de förtroendevalda som svarat på vår enkät inte anser att det finns någon uppföljning av samverkan på politisk nivå.

Vår bedömning är att det krävs en diskussion och ett förtydligande kring vilket mandat och uppdrag som Beredningsgruppen har samt även vilka krav som ska ställas på rapportering och förankring från denna grupp till den politiska nivån, dvs. ansvariga nämnder och landstingsstyrelsen, inom huvudmännen för att säkra en tydlig styrning och kontroll från politisk nivå.

Med utgångspunkt från det ansvar för uppföljning av den interna kontrollen som föreligger hos ansvariga nämnder och landstingsstyrelsen ser vi det även som väsentligt att tydliggöra att ansvaret för att säkerställa att antagna överenskommelser, handlingsplaner och rutiner m.m. efterlevs.

Vår bild utifrån den genomförda granskningen är också att arbetet för att åstadkomma gemensamma utgångspunkter mellan och inom huvudmännen inte bedrivs på ett samordnat sätt. Vi kan konstatera att det finns en mängd olika styrdokument och överenskommelser av olika status, flertalet av dem är relativt obekanta av verksamheterna och former för att implementera dem tycks oklara.

Vår sammanfattande bedömning är att det finns risk för att i en situation med externa incitament, i form av prestationsersättning och statsbidrag, har ambitionen att uppnå målen för dessa drivit på arbetet på ett sätt att helhetssynen på behoven och lokala förutsättningar i vissa fall riskerar ha gått förlorad. Detta kan ha lett fram till att vissa processer har drivits fram för snabbt utan tillräcklig förankring såväl på politisk nivå som i berörda verksamheter.

8. Samverkan kring enskilda barn och ungdomar

I vår granskning har vi genomfört ett större antal intervjuer med olika verksamhetsföreträdare inom landstinget och kommunerna. Vid intervjuerna har vår ambition varit att diskutera hur verksamhetsföreträdare uppfattar den dagliga samverkan med andra aktörer, vilka hinder man ser

för en väl fungerande samverkan samt utvecklingsbehov för detsamma. Nedan sammanfattas de viktigaste iakttagelserna och intrycken från dessa intervjuer.

Av intervjuerna har framgått att företrädare för vårdcentralerna inte anser att det ingår i deras uppdrag att erbjuda behandling av psykisk ohälsa till barn och ungdomar. Vi kan konstatera att enligt Krav och kvalitetsboken för hälsoval Värmland²³ ska personer med psykiska besvär, sjukdom och psykisk funktionsnedsättning från 16 år erbjudas bedömning, rådgivning, behandling och rehabilitering inom primärvården.

Utöver ovanstående uppger även företrädare för vårdcentralerna att man i dagsläget saknar kompetens och resurser för att ge barn- och ungdomspsykiatriska insatser, främst för barn i åldern 6-13 år. Här framgår exempelvis att det saknas tillgång till psykologer varför familjer och barn/ungdomar som vänder sig till vårdcentralerna remitteras vidare till BUP.

Representanter från Barnvårdscentralen (BVC) uppger att man i åldern 0-6 år kan bistå med råd och stöd riktat till barn och deras familjer. Det framgår att BVC har, i varierande omfattning i länet, tillgång till MHV/BHV-psykolog som träffar barn och föräldrar vid behov och som handleder barnsjuksköterskorna när de behöver stöd i sitt arbete för aktuella barn.

Vid våra intervjuer framkom vidare att psykologernas arbete centraliserats i länet till Karlstad och att man har remissförfarande från BVC till psykologerna, man har på grund av resursbrist tvingats införa en prioriteringslista av remisserna vilket inte funnits tidigare. Detta upplevs, av BVC-personalen, som att resurserna minskat och att tillgängligheten till råd och stöd gällande psykisk ohälsa hos barn begränsats. Det framgår också av intervjuerna att det råder delade meningar om vilka som kan få remittera till BUP, på vissa BVC remitterar barnsjuksköterskan själv men på andra måste det gå genom MHV/BHV-psykologen.

Av granskningen framgår att det i flera kommuner har byggts upp familjecentraler i samverkan med landstinget där BVC har ett nära samarbete med mödrahälsovård, förskola och socialtjänst.

I samtliga intervjuer ser man stora utvecklingsmöjligheter för samverkan genom de familjecentraler som tillskapats i flera kommuner. Detta uppges vara en välfungerande modell för samverkan som skulle kunna utvidgas till äldre barn och ungdomar och omfatta den för granskningen aktuella målgruppen.

Granskningen visar också att det i vissa kommuner tillsammans med landstinget har skapats barnhälsoteam, liknande elevhälsoteam, för barn i åldern 0-6 år. Det framkommer att företrädare för denna typ av verksamhet ser det som en stor vinst att man tidigt i ett barns liv genom barnhälsoteamet kan motverka en negativ utveckling.

I våra intervjuer har vi även försökt få en bild av roll och ansvar för ungdomsmottagningarna. Här framgår att för tonåringar kan visst psykiatriskt stöd ges på ungdomsmottagningar. Mottagningarna har hittills primärt inte haft uppgiften att arbeta med ungdomars psykiska hälsa, men det uppges finnas en stor potential i att kunna arbeta med detta då man fångar upp och når många ungdomar i länet via sin verksamhet. I dag uppges det psykiatriska stödet på

²³ Hälsoval Värmland, Krav- och kvalitetsbok, Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom Hälsoval Värmland, december 2009

ungdomsmottagningarna ske genom samtalskontakt med kurator. Kuratorn är oftast anställd av kommunen (handläggare från socialtjänsten), vilket innebär att efter ett visst antal samtal måste en utredning öppnas. Antalet samtal innan en utredning öppnas skiljer sig mellan kommunerna men ligger oftast mellan 3-5 samtal.

Det framgår vid våra intervjuer med representanter för ungdomsmottagningarna att man saknar en viljeinriktning från landstinget kring ungdomscentralernas framtid i länet. Nuvarande uppdrag är från år 2005 och uppges inte ha utvecklats sen dess. I dagsläget arbetar man främst med preventivmedelsrådgivning, abortsamtal och smittskydd och väldigt lite med ungdomars psykiska hälsa. De intervjuade uppger att det är en symbolisk summa som avsatts i landstingets budget för att kunna bedriva verksamhet. Även de lokala avtalen med kommunerna skiljer sig beroende av de enskilda kommunernas ambition och prioritering av verksamheten.

I intervjuerna med företrädare från BUP framgår att deras uppdrag är att möta behovet av specialiserad eller högspecialiserad barn- och ungdomspsykiatrisk vård för barn och ungdomar 0-18 år. BUPs uppdrag är att arbeta utifrån en kunskap som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Det framhålls från BUP att behov av barn- och ungdomspsykiatrisk specialistvård innebär att det aktuella vårdbehovet inte har kunnat tillgodoses på annan lägre vårdnivå eller i annan lämplig vårdform och att diagnostik och/eller behandling kräver den barn- och ungdomspsykiatrins särskilda kunskap och metodik.

I intervjuerna redovisar representanter för BUP att den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska vården så långt möjligt ska ses som en del av närsjukvården och därför också erbjuda vård och behandling i patientens närmiljö. Det innebär i sin tur att vård och behandling ska präglas av samverkan mellan patient, anhörig/närstående och andra samverkansparter.

Från kommunerna lyfts fram att elevhälsan har till viss del möjlighet att erbjuda råd och stöd vid psykisk ohälsa till barn och ungdomar i skolåldern. Det framhålls att kraven på elevhälsan tydliggjorts i den nya skollagen som trädde i kraft under år 2011. Elevhälsan ska erbjuda olika kompetenser som kan vara svårt att leva upp till i mindre kommuner i länet. Den nya lagen ställer även ett ökat krav på rektor att utreda barn som har svårt att nå upp till målen i skolan. Vid våra intervjuer med företrädare för skolan/elevhälsan framkom att man inte ser sig själv som en aktör på första linjen. Lagen anger att man ska erbjuda vissa behandlande insatser, men att fokus för elevhälsan ska vara hälsofrämjande och förebyggande.

Barn och ungdomar med psykisk ohälsa inom skolan utreds först i skolan genom den gemensamma skol- och elevutredningsmallen "Värmlandsmallen" som arbetats fram gemensamt mellan kommunerna och landstinget i Region Värmlands regi. Denna mall är implementerad i samtliga kommuner i länet och har slagit väl ut. Mallen har skapat en förståelse för varandras kompetenser och gett kunskap om de olika verksamheterna. Den innebär att innan skolan kan remittera till BUP sker en omfattande utredning utifrån ett pedagogiskt, medicinskt, psykologiskt och psykosocialt perspektiv.

Tyvärr upplever flera att när man genomfört utredningen och fått föräldrarna med sig och beslutar sig för att skicka remiss till BUP "stannar arbetat av". Orsaken uppges vara att väntetiderna till

BUP är långa. "För att hålla föräldrarna varma" i väntan på ett första besök på BUP sker istället insatser på hemmaplan av skolan och ibland i samverkan med socialtjänst.

Flera av de intervjuade uttrycker också, mot bakgrund av ovanstående, en oro för att skol- och elevutredningen är inaktuell när barnet väl kommer på ett första besök på BUP eftersom det då kan ha gått upp till ett år efter att utredningen gjordes (under avsnitt 5.3.1 redovisar vi hur BUP klarade den förstärkta vårdgarantin 2012)

Det framkommer också att när BUP gjort sin bedömning och utredning sker oftast ett nätverksmöte mellan skolan och BUP tillsammans med eleven och dennes familj. Då ges ofta förslag på insatser som skolan, i väntan på BUP-utredning, redan provat och använt sig av. En situation som de intervjuade upplever som frustrerande.

Från BUP framhålls att en skol/elevutredning ska genomföras av elevhälsan i kommunerna vid misstanke om neuropsykiatrisk problematik, däremot vid annan barnpsykiatrisk problematik behövs ingen skol/elevutredning. Från BUP anges att de flesta kommuner använder sig av denna mall men upplever att kvalitén skiljer sej mellan kommuner. Det framförs från BUP att ofta saknas psykologbedömning och insatser har ibland varken provats eller utvärderats.

Syftet med mallen, enligt BUP, är inte att den ska vara ett remissunderlag utan ge ökad kunskap och förståelse för barnet och ge vägledning till insatser utifrån behov oavsett om diagnos föreligger eller ej. Ofta finns förväntningar på att BUP skall ge handledning och stöd till skolpersonal men BUP framhåller att deras uppdrag i första hand är att ge insatser till barn och föräldrar.

I den granskning av samverkan mellan BUP och kommunerna som gjordes under år 2009 rekommenderades kommunerna att sluta lokala avtal med BUP kring samverkan. Generellt saknas lokala skriftliga avtal med kommunerna, vilket av flera intervjupersoner betraktas som nödvändigt för en fungerande samverkan. Vidare rekommenderades gemensam kompetensutveckling mellan huvudmännen för en ökad samsyn. Vi har i vår enkät ställt frågan om gemensam kompetensutveckling genomförs och 42 % anser att det inte sker och 28 % vet ej. Främst vill man ha gemensam kompetensutveckling med BUP, Barn- och ungdomshabiliteringen, elevhälsa och IFO.

Vårt intryck utifrån våra intervjuer är att BUP inte uppträder enhetligt i samarbetet med kommunerna. Bilden som vi erhåller utifrån intervjuerna är att samarbetet ser olika ut med olika kommuner och är till stor del beroende av vilka personer som träffas.

I vissa kommuner sker olika typer av samverkansträffar mellan BUP, skola och/eller socialtjänst. Det framgår att frekvensen av dessa samt typen av träffar varierar. I vissa kommuner träffar man BUP en gång per månad och diskuterar individärenden och formerna för samverkan. I andra träffar man aldrig BUP för att diskutera ovanstående eller endast en gång per termin. Ett problem som framhålls i samverkan är att det på BUP genomförts organisationsförändringar under de senaste åren som gjort att det varit relativt hög omsättning på personal. Det är då svårt med kontinuiteten samverkan och det tar tid att bygga upp nya relationer och nätverk.

Både representanter från skola och socialtjänsten ser förbättringspotential i samarbetet med BUP. Några av de problem och brister som uppmärksammats är att ansvarsområdena mellan aktörerna

är otydliga och samarbete saknas trots att många aktörer är inblandade. Enligt intervjuade är det barn och ungdomar som saknar ett fungerande nätverk och inte har någon vuxen att få stöd och hjälp av som riskerar fara illa om de inte får snabb hjälp. Dessa barn och ungdomar är särskilt utsatt grupp och idag finns en risk att de inte får vård på lika villkor eftersom skola men främst socialtjänst och BUP är oense om vem som har ansvaret och i vilken ordning vård och behandling ska ske. Ofta behövs insatser från flera parter samtidigt och här ställs det stora krav på samordning, individuella vårdplaner och kommunikation.

Vi har vid våra intervjuer tagit upp frågan om det sker en gemensam individuell vårdplanering eller så kallade samordnade individuella planer (SIP:ar), men detta är inget man arbetar med kring barn och unga med psykisk ohälsa. Region Värmland har dock arbetat fram en handlingsplan för SIP som gäller för landstinget och länets kommuner från och med den 1 december 2012. I denna påtalas vikten av samordnade individuella planer med dokumentation av alla inblandade aktörers överenskommelser och insatser. Enligt vad som framkommit i granskningen är handlingsplanen inte implementerad i kommunerna eller landstinget.

Det framkommer även att kommunföreträdare anser att BUP inte tagit tillräckligt ansvar för ungdomar med psykiatriska problem och missbruksproblematik. Väntetiderna till BUP har varit alltför långa och patienter med behov av slutenvård vid BUP har ofta placerats på HVB-hem eftersom BUP i Värmland inte har några slutenvårdsplatser. Ibland blir det svårlösta diskussioner beträffande betalningsansvaret gällande kostnaden för HVB-hem. Flera företrädare från socialtjänsterna i länet uppger att diskussioner om kostnadsfördelning förekommer.

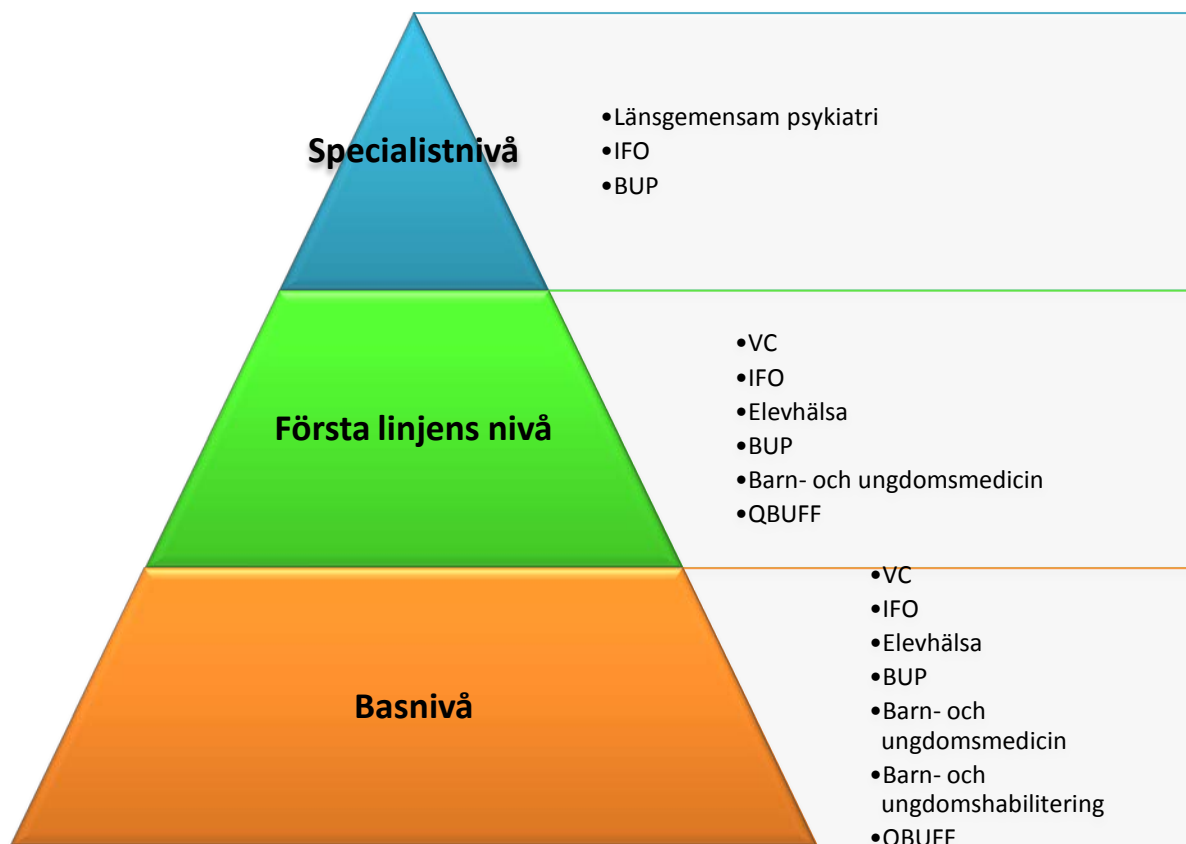
Från BUP redovisas kring denna frågeställning att man har två platser för slutenvård som öppnas efter bedömning av överläkare i barn- och ungdomspsykiatri. BUP anger att deras generella strävan är öppna vårdformer och som alternativ till slutenvård erbjuds intensiva insatser i hemmet eller i dagvård. Från BUP känner man igen att viss kritik mot detta har kommit framförallt från socialförvaltningarna i länet som beskriver att de fått svårigheter att hantera akuta lägen. Här uppger BUP att akuta lägen inte alltid innebär att det är en allvarlig psykiatrisk problematik, utan att det kan handla om annan problematik som inte i första hand är BUPs ansvar.

I länet drivs även i några fall olika pilotprojekt av kommunen och landstinget för utveckling av verksamheter som i ett tidigt skede kan erbjuda råd och stöd och i vissa fall behandling av lätt till medelsvår psykisk ohälsa för barn och ungdomar innan BUP.

Mot bakgrund av ovanstående kan vi konstatera att resultaten i vår enkät ger liknande bild av samverkan i länet. Över hälften, 54 %, anser att man i dagsläget inte samverkar med samtliga aktörer som man har behov av att samverka med. Främst vill man utveckla samverkan med BUP, Barn- och ungdomshabiliteringen, IFO och elevhälsa. Vidare anser en knapp fjärdedel (24 %) att det saknas forum för samverkan kring enskilda barn och ungdomar och en fjärdedel (25 %) vet inte om det finns eller ej. Man har behov av att skapa forum där främst representanter från BUP, Barn- och ungdomshabiliteringen och IFO ingår.

8.1 Utvecklingsarbete kring första linjen i Värmland

I enkäten har vi ställt frågan till respektive verksamhetsföreträdare på vilken nivå i nedanstående pyramid som de anser att deras verksamhet arbetar inom i huvudsak, se figur 4 nedan.



Figur 4. Figuren visar inom vilken nivå företrädare för respektive verksamhet anser att man arbetar i huvudsak avseende insatser för barn och ungdomar med psykiska besvär eller psykisk sjukdom.

Enkätsvaren visar att begreppet första linjen fortfarande är otydligt för de verksamheter som arbetar med barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Vi kan se att verksamheter som bedriver vissa former av specialiserade sjukvårdsinsatser för barn och ungdomar definierar sig själva både som aktörer på en bas- eller första linjens nivå, och, beroende på respondent, som en aktör på specialistnivå dvs. på flera nivåer i pyramiden. De svar vi erhållit i enkäten tillsammans med vår granskning i övrigt gör att vi konstaterar att roller och uppdrag i förhållande till en första linjens vård, omsorg och stöd ännu inte är klarlagt i länet.

Genom våra intervjuer har det framkommit att det pågått ett visst utvecklingsarbete kring att tydliggöra verksamheternas uppdrag utifrån begreppet första linjen i Värmland. Vår bild är att efter en nationell tillsyn av Socialstyrelsen i maj 2011 initierade divisionsledningarna tillsammans med hälso- och sjukvårdschefen inom landstinget ett projekt av för att definiera och skapa en tydlig ansvarsfördelning i första linjens organisation. Uppdraget gavs till division psykiatri (genom BUP).

Syftet med projektet var att arbeta fram ett förslag till beslutsdokument för att samordna ansvar och resursfördelning samt ge en grundläggande struktur för att öka tillgängligheten och flödet i första linjens vård för barn och unga 0-17 år.

I projektdirektivets beskrivs att andra berörda parter skulle involveras i arbetet genom Region Värmland och psykiatrisamordning Värmland, samt arbetet inom Nya perspektiv. Vi har uppfattat att målsättningen med arbetet var att efter projektet genomförts skulle det finnas en tydlig, klar och av alla parter (kommun, landsting och andra aktörer) accepterad gemensam överenskommelse angående första linjens organisation. Överenskommelsen skulle innehålla en definition av första linjen i länet och en ansvarsfördelning skulle upprättas mellan parterna.

Vi har i granskningen uppfattat att projektet kom att flyttas till Beredningsgruppens arbetsgrupp "Psykiatrisamordning i Värmland". Orsaken till detta var att eftersom första linjens insatser i stor del avser insatser även i kommunal verksamhet så sågs detta som en naturlig lösning. För det fortsatta arbetet rekryterades en projektledare från landstinget.

Granskningen visar dock att projektet och arbetsgruppen redan under hösten år 2012 lades ner, detta på initiativ av landstinget. I granskningen har framkommit olika uppgifter hur förankrat och kommunicerat detta var hos kommunerna. Den grundorsak som framkommer i granskningen var att landstinget ansåg att man själv först behövde bestämma hur man skall arbeta med första linjens insatser innan ett gemensamt arbete med andra aktörer och främst kommunerna påbörjades. En annan orsak som uppges var att arbetsgruppen inte kom fram till något resultat bl.a. på grund av bristande engagemang från de deltagande parterna.

Efter att ovanstående projekt avbrutits från landstinget sida visar granskningen att ytterligare initiativ tagits för att utveckla en första linjens organisation i länet. Detta genom att hälso- och sjukvårdschefen i september 2012 återigen gav i uppdrag till division allmänmedicin och division psykiatri att fortsätta det påbörjade arbetet genom andra former. Uppdraget är att ta fram ett antal förslag avseende:

- Första linjens organisation i Värmland
- Säkerställa att barn och ungdomar med psykisk ohälsa får adekvat hjälp
- Säkerställer att barn 6-12 år får hjälp vid psykisk ohälsa

Enligt uppgift skall uppdraget vara klart i februari 2013. Utifrån vår granskning har det framkommit ett första möte med arbetsgruppen genomfördes i januari. Vi anser att det är anmärkningsvärt att landstinget ensidigt har beslutat om att lägga ner det påbörjade arbetet utan någon föregående diskussion med kommunerna. Ett förfaringssätt, som enligt vårt sätt att se, helt går emot intentionerna i de nationella stimuleringspaketen inom området.

8.1.1 Vår bedömning

Ovanstående visar att olika initiativ tagits för att utveckla första linjen i länet. Vi kan dock konstatera att framgången hittills varit liten samt att helhetssyn och öppenhet inte tycks ha präglat arbetet så här långt. Vår bild är också att såväl de arbeten som genomförts tidigare inom Region Värmland som nuvarande uppdrag i landstinget saknar politisk förankring. Något som vi ser som väsentligt för ett fungerande system för styrning, uppföljning och kontroll.

Ovanstående, enligt vår bedömning, brister i samverkan och ambition att utveckla gemensamma utgångspunkter för arbetet kring barn och ungdomar med psykisk ohälsa i ett länsperspektiv behöver dock inte betyda att barn med psykiskt problem i praktiken inte får den hjälp som de

behöver. I de intervjuer vi genomfört beskrivs att samverkan i individärende många gånger fungerar bra. Samtidigt påpekas det av flera att för att det skall fungera bra krävs att den enskilde medarbetaren har goda personliga kontakter med tjänstemän i övriga verksamheter dvs. att väl fungerande samverkan bygger inte på förutsägbara strukturer och rutiner, utan bygger på enskilda individers relationer och kompetens.

Vår bedömning är att det är väsentligt att det fortsatta utvecklingsarbetet kring första linjen i länet har en tydlig politisk förankring och styrning. För att ett gemensamt utvecklingsarbete ska bli framgångsrikt anser vi det också som väsentligt att respektive huvudman, inledningsvis, förhåller sig till och definierar sin egen roll utifrån sitt grunduppdrag och de tre nivåerna i insatspyramiden för barn och unga med psykisk hälsa, psykiska besvär eller psykisk sjukdom. Först efter att detta grundarbete genomförts bedömer vi det som rimligt att huvudmännen gemensamt kan utarbeta såväl en samsyn som konkreta samverkansformer.

KPMG

Mikael Lind
Konsult/Certifierad kommunal revisor
Kundansvarig

Örjan Garpenholt
Specialist

Anna Tång
Konsult