

Central förvaltning
Gunilla Apell,
Hälsa- och sjukvårdsenheten
Annica Wiström,
Patientsäkerhetsavdelningen

Datum 2013-01-03

Sida 1 (14)

Dnr

Barnkonsekvensanalys vid införande av
primärvårdsinsats för barn och ungdomar med lätt till
medelsvår psykisk ohälsa.



Innehållsförteckning:

Sammanfattning	Sid 2
Uppdragsgivare	3
1. Inledning	3
2. Syfte	3
3. Metod	3
4. Bakgrund	3
4.1 allmänna förutsättningar	4
4.2 Barns förslag på viktiga områden för att stödja god psykisk hälsa	5
4.3 Nationell beskrivning och utvärdering av mottagningen Hamnen	6
4.4 Styrdokument	7
5. Analys av konsekvenser	9
5.1 Identifierade risk-/konsekvensområden	9
5.2 Prövning av åtgärder och redovisning	11
6. Slutsats och utveckling	13
Referenslista	14

Sammanfattning

Syftet med barnkonsekvensanalysen är att belysa barnperspektivet vid införandet av primärvårdsinsats för barn och ungdomar med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.

Konsekvenser insatta i ett riskperspektiv och som bör beaktas vid införandet av primärvårdsinsatsen innefattas under områdena:

- Barn får samtalsstöd inom primärvården
- En ny samtalsmottagning i primärvården
- Ny profession i primärvården
- Investering utifrån ett samhällsperspektiv

Uppdragsgivare

Barnkonsekvensanalysen och uppdraget att utföra sker inom ett utvecklingsarbete inom SKL:s projekt för att stärka barnets rättigheter "Handslaget". Ett gemensamt lärande ska öka kopplingen mellan teori och praktik när det gäller barnkonsekvensanalyser. I arbetet deltar Landstinget Dalarna tillsammans med Sörmlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Värmlands läns landsting och Karlskoga-Degerfors kommun.

Landstinget Dalarna ska redovisa barnkonsekvensanalysen den 17 januari 2013.

1. Inledning

Behov för att utöka behandlingen för barn och ungdomar vid lätt till medelsvår psykisk ohälsa i primärvården har uppmärksammats nationellt, från barn och deras familjer.

Landstingsfullmäktige fattade i november 2011 beslut om en förstärkning av primärvårdens resurser för barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Underlaget för beslutet är dokumentet "Ansvarsfördelning, organisation och resurser inom primärvården och BUP i Landstinget Dalarna". Ansvarsfördelningen innebär ett större åtagande för primärvården och därmed ett ökat resursbehov.

Finansiering och uppbyggnad ska ske stegvis under tre år enligt följande: år 2012 4 mkr, år 2013 8 mkr och år 2014 12 mkr. Från och med 2014 förstärks således ramarna till primärvården med 12 miljoner. Verksamheten ska under uppbyggnaden 2012-2014 inte ingå som ett uppdrag i Hälsoval. Fördelning av medel (4 milj, 8 milj och 12 milj kronor) sker utifrån nyckeltal (antal barn i kommuner).

För att leda och stödja implementeringsarbetet har en Beredningsgrupp utsetts. Ordförande för gruppen är en områdessamordnare. Områdessamordnarna driver processen lokalt och initierar ett lokalt samverkansprojekt. Beredningsgruppen tar ställning till inkomna projektbeskrivningar och föreslår beslut. Ordförande delger förvaltningschefens beslut.

Vid införandet av insatsen är det av betydelse att samverka med kommunens stöd till barnfamiljer (främst inom socialtjänstens råd- och stödinsatser).

2. Syfte

Syftet med barnkonsekvensanalysen är att belysa barnperspektivet vid införandet av primärvårdsinsats för barn och ungdomar med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.

Frågeställningen lyder: på vilket sätt påverkar beslutet "primärvårdsinsats" barn och ungdomar med psykisk ohälsa?

3. Metod

Information om området har hämtats från internt material, SKL:s rapporter, Socialstyrelsens rapporter och föreskrifter samt gällande konventionstext.

Samordnaren för barnkonventionsfrågor samlade ett analysteam för analysarbetet som arbetade under ledning av processledare från Patientsäkerhetsavdelningen. Deltagare var också samordnare för ungdomsmottagningen, områdessamordnare mellersta området och SKL:s projektledare för "Handslaget".

Som grund för analysarbetet har den tänkta processen för primärvårdsinsatsen beskrivits i flödet. Därefter har konsekvenser och risker samt bakomliggande orsaker identifierats, och åtgärdsförslagen tagits fram.

Arbetsmallar som använts har utgått från mall för risk och konsekvensidentifiering från Patientsäkerhetsarbetet i Landstinget Dalarna och arbets- och beslutsprocessmall från Barnombudsmannens barnkonsekvensanalys (BO 2005).

Analysen har utförts systematiskt utifrån påverkan av perspektiven barnet/patienten, verksamheten, medarbetaren, ekonomi och utveckling/förnyelse.

4. Bakgrund

4.1 Allmänna förutsättningar

Ny profession i primärvården

Den medicinska kompetensen för barn och ungdomar inom primärvården behöver kompletteras med psykologisk, psykosocial och psykoterapeutisk kompetens. Personalen ska ha lägst grundläggande psykoterapeutisk kompetens. Kunskaper behövs i utvecklingspsykologi, diagnostik, systemisk-/familjeteori och om samverkan. Grundutbildning kan vara psykolog, socionom eller sjuksköterska.

Primärvårdsinsatsens innehåll

Insatsen ska erbjuda bedömning och behandling för barn och ungdomar utifrån vetenskapligt beprövade metoder. Föräldrar och anhöriga inkluderas i bedömningen. Utifrån bedömning erbjuds insats så som behandling individuellt och i grupp, information och psykologisk rådgivning om aktuell problematik och hänvisning till annan instans.

Verksamhetens "flöde" Primärvården – kommunen

Oavsett organisation är det nödvändigt att primärvårdsinsatsen för barn och unga med psykisk ohälsa och dess förälder/föräldrar byggs upp i ett nära samarbete med kommunens socialtjänst och elevhälsa för att verka tillsammans utifrån

respektive uppdrag. Tydliga ansvarsområden och tydliggörandet av olikheter hos olika professioner utgör en viktig central komponent i verksamheten. Det är viktigt att den lokala organisationen formas utifrån de lokala förutsättningarna.

Barnkompetens, barnperspektiv och barnrättsperspektiv

I "Åtgärder för att stärka barnkompetensen i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2001) definieras barnkompetens i tre delar; den formella kompetensen som en viss grundutbildning ger, den förtrogenhetskompetens som daglig kontakt med barn och deras anhöriga ger samt kompetensen att kommunicera med barnen och deras anhöriga.

Barnperspektivet uttrycker ett synsätt som fokuserar på det eller de barn som berörs av ett beslut eller en åtgärd. Barnrättsperspektivet uttrycker skyldigheten att genom lämpliga åtgärder förverkliga barnets mänskliga rättigheter. Mer konkret innebär barnrättsperspektivet att vid alla åtgärder eller verksamheter som rör barn alltid beakta följande:

- Att barn, såväl enskilt som i grupp behandlas likvärdigt och utan åtskillnad utifrån rättigheterna i barnkonventionen. Åtgärderna ska bejaka varje barns rätt att leva och utvecklas utifrån sina egna förutsättningar och behov.
- Att barnets intressen, både på lång och på kort sikt, uppmärksammas och övervägs särskilt. Barnets bästa ska vara ledstjärna vid alla beslut.
- Att barn kan komma till tals vid alla beslut som rör dem, antingen som individer eller som grupp. Inför beslut eller åtgärder som rör barn ska barnets synpunkter utvärderas. Barnets synpunkter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.
- Det ansvar som föräldrarna har för barnet och behovet av att skapa förutsättningar för dem att utöva sin föräldraroll för barnets bästa.
- Att tillräckliga resurser, såväl finansiella som av annan natur, avsätts för att barnets rättigheter ska tillgodoses.

4.2 Barns förslag på viktiga områden för att stödja god psykisk hälsa

Inom Modellområdesprojektet i november 2010 anordnades en seminariedag med fokus på vad barn och unga själva anser är viktigt för att främja psykisk hälsa. 70 barn mellan 9-18 år deltog från de olika Modellområdena i Sverige. Under 1 timmes grupparbete producerade ungdomarna 20 olika förslag. Det var möjligt att välja på 8 olika teman. En tredjedel av barnen valde lärande och skola, som då bildade tre grupper. En grupp vardera för må bra, fritid, familj och socialt stöd. Ingen valde områdena sjukvård eller övrigt.

Resultatet visar på att under temat må bra kom frågor som berör skola och fritid, ex. alla barn ska ha få stöd i skolan, skoluniform, livskunskap som obligatoriskt

ämne, krafttag mot rasism och mobbing samt skolmaten. Under rubriken må bra lyfts att alla ska ha möjlighet att göra sådant de tycker är trevligt i form av föreningar. En familjs ekonomi ska inte hindra barnen från att exempelvis spela gitarr eller ishockey.

Under tema familj skrivs lägre hyra för lägenheterna och högre barnbidrag men också att föräldrarna ska vara lediga när barnen är lediga från skolan. Under tema socialt stöd uppger barnen att det behövs bättre information till barn med psykiskt sjuka föräldrar. Informationen ska anpassas till ålder men det ska talas om sjukdomen och behandling då detta är något som ofta påverkar barnen. (Förslag på viktiga områden för att stödja god psykisk hälsa hos barn och unga. 9 nov. 2010. Modellområdesprojektet 2010: Sveriges kommuner och landsting SKL).

4.3 Nationell beskrivning och utvärdering av mottagningen Hamnen

Förändringar av människans vardag ställer nya krav på samhällets organisering av vårdens utveckling. Insatser till barn och unga kan ses som sociala investeringar i befolkningens hälsa. Det förutsätter mobilisering av resurser och utveckling av kunskap kring vad som påverkar psykisk ohälsa och hur psykisk ohälsa effektivt behandlas. Samhällets satsningar behöver vara effektiva i ett helhetsperspektiv vilket förutsätter god samverkan mellan vård, omsorg och övriga delar i samhället samt en fungerande länk mellan forskning, utbildning och verksamhet.

Utvärderingen beskriver en mottagning på Värmdö som startade 2008. Det var ett samarbete mellan Värmdös socialtjänst och landstingsdrivna Gustavsbergs vårdcentral. Det har beviljats statsbidrag för finansiering de två första åren. Socialstyrelsen (genom UPP) har givit medel till utvärdering.

Flöden, arbetssätt och samverkan

Föräldrar och ungdomar tar själva kontakt med mottagningen oftast via telefon. Socionom och specialpedagog ställer frågor på telefon och gör en första bedömning av vårdbehov. Om allvarigare psykisk ohälsa framkommer bokas besök direkt till psykolog eller hänvisas till BUP. Oftast leder första telefonsamtalet till ett bedömningsbesök hos kommunens personal. Sekreterare skickar hem ett brev inför första samtalet med information inför besöket och för att fylla i screeningfrågor om mående.

Efter den första bedömningen fattas beslut om fortsatt insats. Vid mindre allvarliga symtom på psykisk ohälsa samt vid utagerande beteende och problem av social karaktär erbjuds vidare insats av kommunens personal i form av stödkontakter, föräldrastödsprogram, rådgivande samtal eller länk till socialtjänst, skola och kommunens övriga utbud. Vanligaste problemen har varit konflikter i hemmet mellan barnet och föräldrar eller mellan föräldrarna. Här används KBT-metoder utifrån det strukturerade föräldrastödsprogrammet KOMET. Som exempel på

övriga områden kan nämnas livskriser, ekonomiska problem mobbing i skolan, sorg och barn till missbrukare.

Vid tecken på mer allvarlig psykisk ohälsa (t.ex. ångest, depression, misstanke om ADHD, autismspektrumstörning eller annan neuropsykiatrisk problematik) erbjuds familjen psykologbedömning. Oklarheter och svårigheter i enskilda ärenden diskuteras på teammöte eller i extern handledning).

Vilka familjer sökte till mottagningen?

Barn och föräldrar som sökt hjälp på mottagningen beskrivs i utvärderingen utifrån bakgrundsfaktorer, egna problembeskrivningar, självskattningar och klinikers bedömningar. Data baseras på föräldrars svar på statistikenkäten, föräldrar och barns självskattningsformulär och behandlares bedömningar och dokumentation av ärenden.

Under de första två åren kom 650 barn, medelålder 11.5 år och de flesta barn var i åldern 6-17 år. Många föräldrar sökte hjälp och efterfrågade föräldrastöd eller stöd i kris och relationssvårigheter. Vid frågan vart föräldrar skulle vänt sig om inte mottagningen fanns utgör BUP den största enskilda vårdgivaren (35 %). 21 % uppger att de inte skulle ha vänt sig någonstans alls. Vid föräldrars svar om hur de fått information om Hamnen var det skolan oftast tipsat (34 %).

Vid föräldrarnas egen problembeskrivning av den huvudsakliga kontaktorsaken framkom att den inåtvända problematiken är den vanligaste sökorsaken. Här avses ångest/stress, nedstämdhet, sömn- och ätstörningar som tillsammans utgör 36 %. Lägg till kroppsliga symtom så uppgår siffran till 49 %. Utagerande anges som kontaktorsak i 22 % av fallen.

För ytterligare uppgifter hänvisas till "Uppföljning av Hamnen, mottagning för barn, unga och föräldrar", slutrapport överlämnad till Socialstyrelsen.

4.4 Styrdokument

Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763)

Hälsa- och sjukvårdslagen anger att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten med respekt för dennes självbestämmande och integritet¹.

Arbetet med en god vård utgår från hälsa- och sjukvårdslagen. I § 2 formuleras "en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen" och "vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälsa- och sjukvård skall ges företräde till vården".

I kraven på god vård skrivs att den ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. I § 31 beskrivs att "inom hälsa- och sjukvård skall kvaliteten

¹ 2 a 3 § HSL

i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras” och § 28 ”Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet” .

Det är vårdgivarens ansvar att organisera verksamheten så att kravet på att informera patienten kan tillgodoses. Vid vårdgivarens planering och organisation av vården ska därför frågor som berör bemötande och information och annat som kan påverka patientens delaktighet och medbestämmande vägas in (6§ Patientsäkerhetslag 2010:659).

FN:s konvention om barnets rättigheter

I artikel 2 skrivs att ”konventionsstaterna skall respektera och tillförsäkra varje barn inom deras rättsskipningsområde de rättigheter som anges i denna konvention utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess föräldrars eller vårdnadshavares ras, hudfärg, kön språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, handikapp, börd eller ställning i övrigt”. I andra stycket; ”skall vidta alla lämpliga åtgärder för att säkerställa att barnet skyddas mot alla former av diskriminering eller bestraffning på grund av förälders, vårdnadshavares eller familjemedlemmars ställning, verksamhet, uttryckta åsikter eller tro”.

I artikel 3 att överväganden om barnets bästa måste göras utifrån vad som är bäst både på kort och på lång sikt. Eventuell tolkning av barnets bästa måste stämma överens med andan som genomsyrar hela konventionen, och särskilt med betoning på barnet som enskild individ med egna åsikter och känslor, och som innehavare av såväl medborgerliga och politiska rättigheter som rätt till särskilt skydd (Unicef 2008).

Artikel 6 uttrycker att ”konventionsstaterna erkänner att varje barn har en inneboende rätt till livet och skall till det yttersta av sin förmåga säkerställa barnets överlevnad och utveckling”.

Artikel 12 slår fast att barn ska komma till tals vid alla beslut som rör dem, antingen som individer eller som grupp. Inför beslut eller åtgärder som rör barn ska barnets synpunkter utvärderas. Barnets synpunkter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.

Landstingsplan 2012-2015

Här beskrivs att barnkonventionens intentioner ska genomsyra samtliga verksamheter inom landstinget. Ett stort värde sätts på initiativ kring samordning och samarbete som bidrar till att hela barnet kommer i fokus.

5. Analys av konsekvenser

5.1 Identifierade risk-/ konsekvensområden av beslutet med en "primärvårdsinsats" för barn och ungdomar med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.

Barnet/föräldrarna:

+ Konsekvens

- Barn kan få en snabbare hjälp
- Utgår från barnets perspektiv
- Kan förhindra en negativ hälsoutveckling
- Kan förhindra en allvarlig sjukdomsutveckling
- Kan förhindra en negativ beteendeutveckling som ex. leder till skolk, snatteri eller droganvändning
- Tillgängligheten ökar och det blir närmare till stöd
- Barn och ungdomar ges möjlighet att få samtalsstöd utifrån deras eget perspektiv
- Det ges förutsättningar för att lyssna på barnet/ungdomen
- Det finns ett familjeperspektiv
- Stigmatisering kan minska med denna typ av verksamhet

- Risk

- Beaktandet av ungdomars bästa för den som söker själv
- Risk för en ökad medikalisering av normala tillstånd/situationer
- Risk för att man underlåter att anmäla missförhållanden vid misstanke om att barn far illa till socialtjänsten

Verksamheten

+ Konsekvenser

- "En väg in" till fler verksamheter som har betydelse vid stödinsatser för barn och ungdomars psykiska ohälsa. Kan minska risken för en "somatisering" vid psykisk ohälsa
- Ökad tillgänglighet
- Ny funktion – en utökad kompetens med en breddad verksamhet
- Tydligare flöde inom landstingets verksamheter
- En länsövergripande insats
- Möjlighet till lokala anpassningar utifrån givna ramar
- Kulturskillnaderna som ses vid samverkan
- En helhetssyn på barnet och dess familjs behov

- Risk

- Att "missa" barn med somatisk bakomliggande orsak till symtom
- Svårighet med att rekrytera personal med barnkompetens för området
- Problem som kan uppstå då flera parter ska samverka. Skillnader i uppdrag kan medföra dilemman vid samverkan mellan de aktuella parterna i primärvårdsinsatsen (hälso- och sjukvård, socialtjänst och skolan). Det kan upplevas som kulturskillnader.
- Risk för otydlig ledning och styrning lokalt för insatsen i primärvården

Medarbetare

+ konsekvenser

- En kompetensutveckling
- Ökad trygghet i sin yrkesroll
- Ett teamarbete

- risk

- Vid övertalighet på vårdcentralen så ses risk att personal med avsaknad av adekvat kompetens får uppdraget.

Ekonomi

+konsekvenser

- Tydligare flöde är kostnadseffektivt i ett långsiktigt perspektiv, initialt finns en investeringskostnad
- Primärvårdsinsatsen ses som en investering utifrån ett samhällsperspektiv

Utveckling/förnyelse

+konsekvenser

- Förutsättningar ges för utveckling av den "nya" verksamheten
- Tydligare gränssnitt ses som gynnar samverkan och utveckling
- Utbildningsinsats KBT med barninriktning ger ökad kompetens i landstingets verksamheter.

5.2 Prövning av åtgärder och redovisning

Konsekvenser insatta i ett riskperspektiv och som bör beaktas vid införande av primärvårdsinsats för barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa.

Barn får samtalsstöd inom primärvården

Hälsa- och sjukvården påtalar en vård på lika villkor för hela befolkningen och att patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården ska tillgodoses. Genom den nya primärvårdsinsatsen erbjuds barn liksom vuxna samtalsstöd på primärvårdsnivån. Den nya mottagningen kan erbjuda att barn i ett tidigare skede kan få stöd vid lättare till medelsvår psykisk ohälsa. Det har under ett flertal år uppmärksammats, både på regional och nationell nivå, en avsaknad av resurser för barn och ungdomar på den här vårdnivån. Det ses att samtliga barn i Dalarna ska ha likvärdig tillgång till samtalsstöd i primärvården när utbyggnaden är klar år 2014.

Till mottagningen ses främst barnets förälder/vårdnadshavare ta kontakt. Också tonåringarna själva ses söka kontakt och behöver emottas på ett adekvat sätt utifrån ålder och mognad. Det ses en efterfrågan på denna form av verksamhet vilket också påvisas i utvärderingen från Gustavsbergs Vårdcentral i Värmdö kommun.

Ett fokus på att se till barnets bästa behöver vara centralt. Att barnen får komma till tals vid beslut som rör dem och att barnets synpunkter utrönas. Barn kan tidigt berätta om vad som får dem att må bra eller må dåligt. Det viktigaste för att må bra är att ha föräldrar som har tid, som bryr sig och som lyssnar. Om föräldrarna har problem känner barnet av det.

Barn och unga har väl utvecklade föreställningar om vad som får dem att må bra eller må dåligt. Det är ofta funktionellt att vid direkta kontakter med barn och unga utgå från deras egen syn på hälsa där relationen till andra människor är det centrala.

Att det finns personal med adekvat barnkompetent på mottagningen är centralt. Den formella kompetensen för uppgiften, men också den förtrogenhetskompetens som daglig kontakt med barn och deras anhöriga ger och kompetensen att kommunicera med barn och deras anhöriga.

När uppgifter framkommer på mottagningen om missförhållanden vid misstanke om att ett barn far illa kan det ses en risk för att personalen underlåter att anmäla missförhållanden till socialtjänsten. Det ses behov av att kunskapshöjande insatser kring anmälningsplikten sker systematiskt för att kompensera detta.

En ny samtalsmottagning i primärvården

Den nya mottagningen ses ge ett tydligare flöde inom hälso- och sjukvården. Till grund för en ny samtalsmottagning i primärvården finns ett underlag utarbetat i "PRIMBUP-arbetet" med klargörande av ansvarsfördelningen. Underlaget utgör ett vägledande dokument till Landstinget Dalarnas primärvård och BUP vad gäller bedömning/utredning och behandling för barn med psykisk ohälsa och deras familjer som söker och behöver insatser från hälso- och sjukvården.

Inledningsvis kan en påverkan ske med otydlighet för omgivande delar i hälso- och sjukvården på vårdcentralen och BUP (också inom socialtjänstens område).

De geografiska skillnaderna i länet ses kompensera beroende på hur de lokala samverkanslösningarna sker. Vid planering av samtalsmottagningen har möjligheter givits från ledningen till lokala anpassningar utifrån de givna ramarna. Lokalt för insatsen kan en risk ses för otydlig ledning och styrning inledningsvis.

Problem som kan uppstå vid samverkan kan utgå från skillnader i de olika verksamheternas uppdrag. Samverkansproblemen kan både vara internt mellan verksamheter inom hälso- och sjukvården och externt mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och elevhälsan. Utifrån barnets behov ska gemensam riktlinje, handlingsplan el. liknande utarbetas mellan de samarbetande parterna.

Med en ny samtalsmottagning ses en risk att "missa" barn med somatisk bakomliggande orsak till symtomen. Vid uppbyggnadsskedet behöver det beaktas att kanaler behöver finnas för samarbete med sjuksköterska och läkare i primärvården.

Genom den nya samtalsmottagningen ses möjlighet att tydligare erbjuda ett stöd med en helhetssyn för barnet/ungdomen och dess familjs behov. Det sker också genom att samverkan ska ske med kommunens stöd till barnfamiljer (främst från socialtjänstens råd och stödinsatser och elevhälsan). Om inte detta sker, att samarbete saknas eller inte fungerar tillfredsställande, ses en risk för en ökad medikalisering av normala tillstånd/situationer när den nya mottagningsverksamheten finns.

Ny profession i primärvården

Vid etablering av en ny profession för samtalsbehandling till barn och unga i primärvården ses behov av att se utifrån det uppdrag som ska utföras. Det är av värde att rätt kompetens tas till vara för att landstinget ska utföra sitt uppdrag inom hälso- och sjukvårdsuppdraget. I samverkan med främst socialtjänsten och elevhälsan utförs uppgifter som faller under socialtjänstlagen och skollagen.

En skillnad bör också ses för barnet och dess familj mellan den nya samtalsmottagningen och ungdomsmottagningens uppdrag.

Det kan ses svårigheter med att rekrytera personal med barnkompetens för området inledningsvis.

Investering utifrån ett samhällsperspektiv

Det har konstaterats att ett tydligare patientflöde i hälso- och sjukvården bidrar till kostnadseffektivitet i ett långsiktigt perspektiv, initialt kan dock ses en investeringskostnad.

6. Slutsats och utveckling

Genom den nya primärvårdsinsatsen erbjuds barn samtalsstöd på primärvårdsnivå. Det ger möjlighet att tydligare erbjuda ett stöd med en helhetssyn för barnet/ungdomen och dess familjs behov. Ett fokus på att se till barnets bästa behöver vara centralt. Att barnen får komma till tals och att barnets synpunkter utforskas.

Ett tydligare patientflöde ses vilket bidrar till vård på rätt vårdnivå. Det ses att samtliga barn i Dalarna ska erbjudas en likvärdig tillgång till samtalsstöd i primärvården när utbyggnaden är klar år 2014.

REFERENSLISTA:

Barnombudsmannen. Uppnå kvalitet i beslut som rör barn och unga. Faktablad. 2005.

Förslag på viktiga områden för att stödja god psykisk hälsa hos barn och unga. 9 nov. 2010. Modellområdesprojektet 2010: Sveriges kommuner och landsting SKL.

Handbok om Barnkonventionen. Unicef, 2008.

Landstinget Dalarna. Förslag till ansvarsfördelning, organisation och resurser inom primärvården och BUP i Landstinget Dalarna. Tina Jäderbrant. Sören Fogde. 2011-10-21.

SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm.

Socialstyrelsen. (2001). Åtgärder för att stärka barnkompetensen i hälso- och sjukvården (S97/6801/S). Regeringsuppdrag från regeringen till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (SOSFS 2011:9) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. 2011.

Uppföljning av Hamnen, mottagning för barn, unga och föräldrar. Slutrapport överlämnad till Socialstyrelsen. Kersti Ejeby Verksamhetschef Gustavsbergs vårdcentral, Alf Widmark IFO-chef Värmdö Kommun