

Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården 2025

Nationella planeringsstödet. Delrapport 1. Barn- och ungdomspsykiatri

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovspersonens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2025-1-9383

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, januari 2025

Förord

Socialstyrelsen har sedan 1990-talet haft regeringens uppdrag att årligen redovisa bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården samt tandvården. Sedan 2018 har Socialstyrelsen också i uppdrag att göra en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång och långsiktiga behov av specialistläkare inom samtliga specialiteter. Socialstyrelsen redovisar dessa bedömningar i den årliga rapporten Nationella planeringsstödet (NPS).

Ett nationellt planeringsstöd för hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens personalförsörjning kräver en samlad och strategisk analys av personalresurser för att främja jämlik vård. Denna rapport är en fördjupad fallstudie av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, ett område som i Socialstyrelsens dialoger med regionerna har identifierats som en särskild utmaning utifrån personalförsörjning och tillgänglighet i stort sett samtliga regioner. Barn- och ungdomspsykiatri har under lång tid haft betydande svårigheter med att säkerställa en hållbar personalförsörjning, en situation som nu har förvärrats ytterligare på grund av en kraftig och kontinuerlig ökning av efterfrågan på vård, särskilt avseende neuropsykiatriska diagnoser och adhd. Rapporten undersöker vilka systemfaktorer som påverkar möjligheten att möta vårdbehovet och identifierar lösningsutrymmen.

Lösningssutrymmen handlar om att identifiera och utforska möjliga områden för förändring inom ett komplext system. Målet är att med begränsade resurser kunna klara ett ökat vårdbehov med hänsyn till den etiska plattformen. Lösningssutrymmena utgör en plattform för dialog och samarbete mellan olika aktörer med syftet att hitta gemensamma vägar framåt utan att låsa sig vid specifika lösningar. Med hänsyn till flera pågående uppdrag inom området har Socialstyrelsen valt att tidigarelägga publiceringen av denna rapport för att bidra till en samordnad och strategisk utveckling.

Rapporten är framtagen av utredare Åsa Olsson i samarbete med medicinsk sakkunnig Susanne Buchmayer och statistiker Michael Törnblom. I tillägg har Crispin Scotter och Graham Wills från WHO Europa bidragit till metodutveckling och Carl-Magnus Forslund från Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP) har bidragit till analysen. Lena Hellberg har varit ansvarig enhetschef.

Björn Eriksson
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Identifierade lösningsutrymmen	8
Områden som kräver nationell samling	9
Inledning och syfte	11
Metod och rapportupplägg	12
Avgränsningar	14
Utveckling av adhd diagnoser.....	16
Vårdkedjor för adhd och dess konsekvenser	20
Första linjen.....	20
"En väg in".....	21
Tidiga insatser.....	21
Resursbrist och ökade kostnader för neuropsykiatriska utredningar	22
Administration – effektivisering och tidsbesparande åtgärder	23
Nationellt perspektiv på resursbrist och personalsammansättning	24
Långvarig personalbrist	24
Personalsammansättning ur ett nationellt perspektiv.....	26
Jämlig vård och personalresurser ur ett regionalt perspektiv..	27
Fördelning av barn i åldern 10–17 år i olika regioner.....	27
Andel barn och unga i socioekonomiskt utsatta och resursstarka områden	28
Jämlig vård baserad på läkarbesök för adhd	29
Regioner med lägst antal läkarbesök för adhd	30
Regioner med liknande antal läkarbesök för adhd.....	32
Regioner med flest läkarbesök för adhd	35
Sammanfattande analys av jämlig vård och personalresurser ur ett regionalt perspektiv	37
Faktorer som bidrar till ojämlig vård samt dess påverkan på personal.....	39
Centralt problemområde	39
Lösningsutrymmen för att främja en jämlig vård.....	44
Minska ojämlikheterna i tillgång till vård	44

Utbildnings- och informationsinsatser för att förändra normer kring adhd och medicinering	45
Fokusera på patientens resa genom hela vårdkedjan	47
Utveckling av tidiga insatser	49
Hållbar arbetsmiljö & kontinuerligt utvecklingsarbete	50
Förslag till åtgärder där Socialstyrelsen har en central roll	52
Informationsinsatser om normal utveckling, adhd-symtom och medicinering	52
Nationellt lärandesystem för en sammanhållen vårdkedja	52
Prognoser och teamsammansättning	54
Undersöka modeller för resursdelning	55
Referenser.....	59
Bilaga 1. Vårdkedjor	61
Barnavårdscentralen (BVC).....	61
Elevhälsan.....	61
Första linjens vård.....	62
Specialiserad barn- och ungdomspsykiatri	62
Habilitering.....	62

Sammanfattning

Under de senaste åren har efterfrågan på vård för psykisk ohälsa bland unga ökat. Trots satsningar på tillgänglighet och ett ökat antal vårdbesök i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, så klarar vården inte av att möta efterfrågan på vård. Regionerna rapporterar fortsatt om ökade väntetider och köer. Under senare år har situationen blivit ännu mer ansträngd eftersom efterfrågan på vård relaterade till neuropsykiatriska diagnoser såsom adhd har ökat kraftigt. Cirka 70 procent av alla barn och unga med läkarbesök inom barn- och ungdomspsykiatri i åldern 10–17 år är idag relaterade till adhd-diagnoser.

Barn- och ungdomspsykiatri har under en längre tid stått inför stora utmaningar kopplade till personalförsörjning. För att kunna möta utmaningen med personalbrist inom barn- och ungdomspsykiatri och samtidigt kunna erbjuda vård som möter behoven hos barn och unga med komplexa vårdbehov krävs åtgärder på flera områden. Den växande personalbristen måste hanteras genom en helhetssyn som tar hänsyn till flera viktiga aspekter. Det inkluderar jämlik vård, mönster i vårdkonsumtion, dynamiken i vårdkedjor samt de drivkrafter som påverkar efterfrågan och dess konsekvenser för personalförsörjningen. Denna rapport fokuserar specifikt på efterfrågan på läkarvård för adhd bland barn och unga i åldrarna 10–17 inom barn- och ungdomspsykiatri utifrån att det är en patientgrupp där efterfrågan på vård ökat mest.

Rapporten bygger på en systemansats som belyser hur olika delar av vården samverkar och påverkar personalbehovet, med särskilt fokus på att identifiera samband på systemnivå. Rapporten tar sin utgångspunkt i målen i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) samt de etiska principer som fastställs av den etiska plattformen, där rättvisa och behovsstyrd vård utgör centrala principer. Principer om jämlik och behovsstyrd vård ligger också till grund för de lösningsutrymmen som presenteras i rapporten. Syftet är att främja dialoger och gemensamma lösningar som tillsammans bidrar till en hållbar personalförsörjning och förbättrade vårdprocesser som stöder en jämlik och effektiv vård.

Under senare år har personalresurserna inom barn- och ungdomspsykiatri ökat, främst bland sjuksköterskor samt inom grupper som icke-legitimerad personal, chefer och psykologer. Trots det kvarstår betydande utmaningar när det gäller tillgången till specialister i barn- och ungdomspsykiatri och annan erfaren personal. En särskilt kritisk fråga är att många barn- och ungdomspsykiatrier vidareutbildar sig inom andra specialistområden och lämnar barn- och ungdomspsykiatri. Det försvårar upprätthållandet av en stabil läkarkår inom verksamhetsområdet. Den ansträngda arbetsmiljön, i kombination med en brist på planering och utveckling av sammanhållna personalförsörjningskedjor, påverkar både rekrytering och möjligheterna att

handleda och utbilda ny personal negativt[1, 2]. En ond cirkel skapas där en ytterligare försämrad arbetsmiljö hotar återväxten av specialistkompetens. För att möta dessa utmaningar krävs strategiska och långsiktiga satsningar som både stärker arbetsmiljön och skapar hållbara strukturer för utbildning och handledning, vilket är avgörande för att säkerställa tillgången till specialistutbildad personal inom barn- och ungdomspsykiatri.

Den ökade efterfrågan på vård och tillgänglighet har lett till en ökad vårdproduktion men också till en ökad ojämlikhet i tillgång till vård. Barn- och ungdomspsykiatrien når till exempel inte barn i socioekonomiskt utsatta områden i den utsträckning som behövs, trots att barn i dessa områden ofta har större behov av vård för adhd, och andra barn- och ungdomspsykiatriska tillstånd. Samtidigt ses en ökande överrepresentation av diagnoser och insatser i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Denna utveckling går emot intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen samt den etiska plattformens mål om rättvis och behovsstyrd vård.

Under de senaste tre åren har betydande resurser satsats på köpt vård, vilket har avlastat barn- och ungdomspsykiatrien kortsiktigt. Samtidigt har denna strategiska inriktning sannolikt haft negativa effekter för den långsiktiga kapacitetsuppbyggnaden och bidragit till en ytterligare fragmentering av en redan bristfällig vårdkedja för barn och unga med adhd och psykisk ohälsa.

En växande andel vård som utförs av privata aktörer, delvis finansierad genom köp av vård, har påverkat utvecklingen inom barn- och ungdomspsykiatrien. Detta har kombinerats med en ökning av snabbutredningar inom barn- och ungdomspsykiatrien som syftar till att korta ned ledtiderna i vårdprocesserna. En samtidig minskning av erfaren personal har tillsammans med ovangivna faktorer sannolikt bidragit till en ökning av antalet barn med neuropsykiatriska diagnoser. En fortsättning i denna riktning riskerar på sikt att utarma den barn- och ungdomspsykiatriska specialiteten och därmed tillgången till vård för barn med komplex barn- och ungdomspsykiatrisk problematik.

För att möta dessa utmaningar krävs en strategisk omställning med fokus på hållbara personalresurser, en jämlik vård som är tillgänglig för de med störst vårdbehov och som når grupper i socioekonomiskt utsatta områden. För detta krävs en systeminsats som främjar en effektiv resursanvändning på kort och lång sikt.

I denna rapport föreslår Socialstyrelsen en strategisk satsning på att utreda möjligheterna för integrerade vård- och personalförsörjningskedjor som kombinerar vård, utbildning och forskning. Fokus behöver i större utsträckning än i dag riktas mot att utveckla miljöer för handledning och introduktion av ny personal, stärkt samverkan mellan vårdnivåer och ett ökat fokus på tidiga insatser. För att förbättra tillgången till vård för barn och unga i socioekonomiskt utsatta områden krävs långsiktiga investeringar i

kapacitetsuppbyggnad inom kärnverksamheterna. Detta skulle samtidigt minska beroendet av köpt vård och stärka förutsättningarna för en mer jämlik och hållbar vårdstruktur. Dessa satsningar behövs ännu mer i en situation där regionernas ekonomi är allt mer ansträngd.

Identifierade lösningsutrymmen

Socialstyrelsen har identifierat ett antal möjliga lösningsutrymmen där förändringar är möjliga. Lösningsutrymmena syftar till att hitta handlingsutrymme och realistiska möjligheter, utan att direkt presentera lösningar. Detta skapar en grund för dialog mellan aktörer som vårdens huvudmän, första linjen, elevhälsan, habiliteringen, lärosäten, yrkes- och professionsförbund, patientföreningar, näringsliv, forskningsaktörer med och forskare. Socialstyrelsen skulle kunna vara en samlande aktör för en sådan dialog.

Socialstyrelsens pågående arbete:

- **Utveckla metoder för personalplanering:** Socialstyrelsen arbetar med att identifiera och utveckla metoder som stödjer ett effektivt nyttjande av hälso- och sjukvårdens personalresurser ur ett nationellt perspektiv. Som en del av detta arbete kommer ett prognosverktyg utvecklas som kan bedöma personal- och resursbehov baserat på dagens och framtida vårdbehov inom barn- och ungdomspsykiatri. Verktöget kommer också att ta hänsyn till olika professionella grupper eftersom flera arbetsuppgifter är överlappande. I tillägg kommer Socialstyrelsen att analysera skillnader och likheter mellan professionerna inom barn- och ungdomspsykiatriens verksamheter. Syftet med denna analys är att ge stöd till utvecklingen av tvärprofessionella team och att främja samarbete över professionsgränserna.

Utvecklingsområden som går att utveckla till olika pilotverksamheter som är grundande i samarbete med relevanta aktörer:

- **Informationsinsatser om adhd och barns utveckling:** Socialstyrelsen avser att, tillsammans med Folkhälsomyndigheten och flera andra relevanta myndigheter och professionsföreningar, initiera informationsinsatser om barns normalutveckling samt bidra i utvecklandet av riktade insatser till föräldrautbildning. Målet är att förändra normer kring barns behov, psykisk ohälsa, diagnoser och neuropsykiatri, med syfte att öka jämlikheten i vården.
- **Pilotprojekt: Effektivisera administrationen:** Socialstyrelsen avser att, som en del av uppdraget med nationella utvecklingsteam inom barn- och ungdomspsykiatri, samarbeta med regionerna för att genomföra en översyn av administration och kvalitetsmätning. Syftet är att göra en översyn av administration med fokus på vårdkvalitet och sammanhållna insatser i vårdkedjan. Förenklade administrativa rutiner och därtill

behovsanpassade ersättningsmodeller skulle kunna frigöra resurser och förbättra vårdens effektivitet. En bättre samverkan över organisatoriska gränser skulle stärka kontinuiteten och skapa en mer hållbar, individcentrerad psykiatrisk vård.

- **Pilotprojekt: Nationellt lärandesystem en sammanhållen vårdkedja:** Socialstyrelsen avser att initiera ett pilotprojekt för att främja systematiskt lärande om för barn med psykisk ohälsa och adhd. Detta kommer att ske inom ramen för regeringsuppdraget om att stärka och följa upp tillgängligheten samt vårdkapaciteten på både regional och nationell nivå. Pilotprojektet skulle kunna främja systematiskt lärande genom att följa upp insatser ur ett helhetsperspektiv. Exempelvis kan projektet analysera effekterna av tidiga insatser och kartlägga vårdkedjan ur barn och ungas perspektiv. Detta lägger grunden för en långsiktig utveckling av effektiva och hållbara vårdkedjor, bemannade med personal som har den kompetens, erfarenhet och de färdigheter som krävs för att tillgodose vårdbehoven på olika vårdnivåer och inom olika vårdformer.
- **Pilotprojekt: Optimering av begränsade resurser:** Socialstyrelsen planerar att initiera ett pilotprojekt som undersöker nya sätt att optimera användningen av begränsade personalresurser in barn- och ungdomspsykiatrin, inom ramen för vårt pågående uppdrag att följa upp hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kapacitet. Genom att utveckla modeller för flexibla lösningar, såsom rotationstjänster och digitala konsultationer, kan vårdens tillgänglighet och jämlikhet förbättras. Detta skulle underlätta tillgången till specialistkompetens i områden med resursbrister och minska beroendet av hyrläkare.
Sådana insatser skulle kunna minska belastningen på lokala resurser och säkerställa att specialistkompetens når fram där den behövs som mest. Ett framgångsrikt pilotprojekt kan skapa en grund för nationell implementering och långsiktigt stärka vårdens förmåga att hantera resursbegränsningar.

Områden som kräver nationell samling

Tillgången till kvalificerad personal har i flera utredningar och rapporter identifierats som en av de största begränsningarna för att säkerställa tillgängligheten inom hälso- och sjukvården. För att uppnå en patientsäker och tillgänglig vård krävs personal med rätt kunskap, färdigheter och erfarenhet, samt kapacitet att kontinuerligt utveckla vårdens organisationer. För att säkerställa en hållbar personalförsörjning inom barn- och ungdomspsykiatrin krävs ett systemperspektiv som tar hänsyn till hela personalförsörjningskedjan. Detta inkluderar satsningar på utbildning vid lärosäten, tillgång till erfarna handledare för ST-tjänster och PTP-program, samt utveckling av högkvalitativ verksamhetsförlagd utbildning (VFU). För

att attrahera och behålla personal behövs även effektiva introduktionsprogram till arbetslivet samt stöd för långsiktig karriärutveckling som främjar kompetensutveckling och trygghet i yrkesrollen.

För att kunna möta vårdbehov behövs statliga insatser för långsiktig kapacitetssuppletering inom barn- och ungdomspsykiatri i samarbete med regionerna. Om detta inte genomförs riskerar de redan begränsade specialistläkarresurserna inom barn- och ungdomspsykiatri, att utarmas. Konsekvensen blir att barn och unga med stora vårdbehov inte får den vård de behöver och har rätt till.

En översyn och analys av den förstärkta vårdgarantins påverkan på verksamheterna inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri skulle kunna genomföras som en del av det pågående utredningen om den förstärkta vårdgarantin[3, 4]. Syftet skulle vara att identifiera potentiella justeringar som kan skapa utrymme för verksamheterna att hantera vårdbehovet utifrån hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformens principer, minska den etiska stressen hos personalen och främja en hållbar arbetsmiljö.

Inledning och syfte

Socialstyrelsen har sedan 1990-talet haft i uppdrag från regeringen att årligen redovisa bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården samt tandvården. Denna rapport belyser utmaningarna med personalförsörjning inom barn- och ungdomspsykiatri. Denna rapport har även bäring på Socialstyrelsens arbete om att balansera behov och tillgänglig kapacitet på strategisk nivå [5, 6].

Denna rapport ingår i ett pågående metodutvecklingsarbete för att förbättra analyser av tillgång och efterfrågan på personal. Tillgången till kvalificerad personal har i flera utredningar och rapporter lyfts fram som en av de största utmaningarna för att säkerställa tillgängligheten till hälso- och sjukvården. Det lyfts fram som ett av de största hindren för utvecklingen hälso- och sjukvården[6, 7].

Rapportens fokus på barn- och ungdomspsykiatri motiveras av att stort sett samtliga regioner har pekat ut detta område som särskilt ansträngt och prioriterat. Den ökande efterfrågan på psykiatrisk vård för barn och unga, särskilt inom neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, överstiger de befintliga resurserna. Denna situation tydliggör behovet av en strategisk systemansats för att identifiera lösningsutrymmen som kan skapa en hållbar arbetsmiljö och säkerställa en jämlik vård, i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens målsättningar och den etiska plattformens principer om rättvisa och behovsstyrd vård.

Rapporten tar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagens (SFS 2017:30) mål och hälso- och sjukvårdens etiska plattform. Den etiska plattformen vilar på tre principer: människovärdesprincipen, som betonar allas lika värde och rättigheter; behovs- och solidaritetsprincipen, som prioriterar resurser till dem med störst behov; samt kostnadseffektivitetsprincipen, som eftersträvar en balans mellan kostnader och effekter i val av åtgärder. Utifrån dessa principer syftar rapporten till att utveckla strategier som säkerställer att vården har de resurser och den personal som krävs för att möta både aktuella och framtida vårdbehov.

Socialstyrelsen vill belysa hur den kraftiga ökningen inom adhd påverkar vården och läkarresurserna samt identifiera drivkrafter och konsekvenser bakom ökningen. Målet är att identifiera lösningsutrymmen och samarbeten för en barn- och ungdomspsykiatri som kan möta komplexa vårdbehov.

Rapporten har följande syften:

- Synliggöra hur neuropsykiatriska diagnoser, med fokus på adhd, påverkar vilka patienter som får vård, samt effekter och konsekvenser på tillgången till personal.
- Analysera tillgången på personal utifrån ett nationellt och regionalt perspektiv och undersöka om den påverkar tillgången till specialiserad barn- och ungdomspsykiatrisk vård.
- Identifiera de viktigaste drivkrafterna som bidrar till ökningen av adhd-diagnoser samt de möjliga lösningsutrymmen och centrala aktörer som kan främja hållbara förändringar inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin.
- Ge förslag på nya arbetssätt som främjar samarbeten mellan olika aktörer för att möta utmaningarna.

Metod och rapportupplägg

Socialstyrelsen har, i samarbete med WHO Europa och Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri (SFBUP), utvecklat en metod som ligger till grund för analysen i denna rapport. Metoden kombinerar information om vårdkonsumtion, befolkningssammansättning, klinisk sakkunskap samt en systemanalys av drivkrafter och organisation av vårdkedjor och dess konsekvenser för personalförsörjningen. Syftet med att använda denna metod är att identifiera möjliga lösningsutrymmen för att hantera de utmaningar som både över- och underdiagnostisering av adhd medför. Detta gäller såväl konsekvenserna för barn och unga som för personalen inom barn- och ungdomspsykiatrin

Uppgifterna om vårdkonsumtion bland barn och unga (10–17 år) omfattar en analys av hur läkarresurser används för att behandla patienter med adhd, samt hur vårdbehov och konsumtion skiljer sig mellan barn från olika socioekonomiska områden. Analysen belyser sambandet mellan vårdkonsumtion och förväntade behov i olika områden. Systemeffekter av ökade diagnoser och dess möjliga konsekvenser kartläggs också. Vidare undersöks drivkrafter bakom ökningen av adhd-diagnoser ur olika aktörers perspektiv. Syftet är att identifiera åtgärder som kan främja jämlik vård och förbättra arbetsmiljön.

Rapporten är strukturerad enligt följande:

Beskrivning av utveckling av adhd-diagnoser

Först kommer denna rapport att beskriva hur läkarbesöken i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin har utvecklats med ett särskilt fokus på adhd-diagnoser och jämlik vård utifrån ett nationellt perspektiv. I denna del analyseras vilka som får tillgång till läkarvård utifrån ett

socioekonomiskt perspektiv. En analys görs också över vilka grupper som riskerar stå utan vård.

Beskrivning av vårdkedjor för adhd och dess konsekvenser

I denna del av rapporten undersöks vårdkedjor för barn och unga med adhd för att bättre förstå hur personalresurser kan fördelas mellan olika vårdnivåer för att därigenom vara bättre rustade för att möta de växande vårdbehoven. En analys av vårdkedjan och vilka vårdbehov som kan tillgodoses på olika vårdnivåer är viktig för att förstå hur vården kan göras tillgänglig, sammanhållen och anpassad till individernas specifika vårdbehov.

Nationellt perspektiv på resursbrist och personalsammansättning

I denna del av rapporten utgår vi ifrån tidigare rapporter om personalbrist i barn- och ungdomspsykiatri. Vi jämför också barn- och ungdomspsykiatriers rörelsemönster från och till andra läkarspecialiteter med andra läkarspecialiteter samt belyser personalsammansättningen inom barn- och ungdomspsykiatri.

Jämlik vård och personalresurser ur ett regionalt perspektiv

I denna del av rapporten analyseras läkarbesök för adhd ur ett regionalt perspektiv. Fokus ligger på att identifiera likheter och skillnader mellan regionerna. Analysen omfattar läkarbesökens fördelning mellan barn och unga, personalsammansättning och användning av köpt vård. Vidare undersöks hur dessa faktorer relaterar till befolkningssammansättningen i socioekonomiskt utsatta respektive resursstarka områden.

Faktorer som bidrar till ojämlik vård samt dess påverkan på personal

I denna del av rapporten presenteras de viktigaste drivkrafterna som påverkar inflödet av patienter med adhd till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, dess påverkan på andra patientgrupper samt tillgång till personal. I detta avsnitt förs också ett resonemang utifrån barnperspektivet och barnkonventionen, som är lag i Sverige, samt vilka systemeffekter som den ökade diagnostiseringen av adhd får utifrån ett samhällsperspektiv.

Lösningsutrymmen för att främja en jämlik vård

I denna del av rapporten föreslår Socialstyrelsen lösningsutrymmen att främja en jämlik vård för barn och unga med adhd. Lösningsutrymmen handlar om att utforska områden där förändring är möjlig, utan att direkt presentera lösningar. Detta skapar en grund för dialog och samarbete, där olika parter kan enas om vägar framåt i ett komplext system.

Områden där Socialstyrelsen har en central roll

Avslutningsvis belyser vi möjliga utvecklingsområden som Socialstyrelsen skulle kunna utveckla i samarbete med andra aktörer. Fokus ligger på att bidra till nyanserade lägesbilder, främja samarbete och ett lösningsinriktat förhållningssätt till komplexa samhällsutmaningar.

Det handlar om att identifiera viktiga aktörer och synliggöra vilket arbete som pågår tillsammans med dem. Det innebär vidare att vi beskriver och diskuterar lösningsutrymmen samt synliggör hur dessa kan minskas genom tvärssektoriella samarbeten mellan olika aktörer för att främja en barn- och ungdomspsykiatri som följer hälso- och sjukvårdslagens och den etiska plattformens intentioner.

Avgränsningar

Denna rapport fokuserar på adhd, vilket är ett område som särskilt påverkar den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. Valet att lägga fokus på adhd grundar sig i dess starka koppling till ökad vårdkonsumtion, resursanvändning och personalförsörjning

Även om fokus i denna rapport är adhd är det samtidigt viktigt att notera att detta inte innebär att andra neuropsykiatriska diagnoser, såsom autism, eller annan psykisk ohälsa hos barn och unga är mindre betydelsefullt att uppmärksamma. Det finns också grupper med samsjuklighet och flera diagnoser vilket skapar utmaningar. Dessa aspekter belyses inte fullt ut i denna rapport.

Rapportens fokus på adhd innebär också en begränsning i hur mycket som kan sägas om andra diagnoser och deras påverkan på vården. En bredare analys av andra diagnoser och utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar skulle kräva ytterligare data och en fördjupad metodologisk ansats, vilket inte har varit möjligt inom ramen för detta arbete.

Flera rapporter har lyft fram att diagnoser ställs vid färre symtom och mindre funktionsnedsättning [8, 9], det finns också grupper med

samsjuklighet och flera diagnoser vilket också skapar utmaningar. Dessa aspekter belyses inte fullt ut i denna rapport.

Vidare har rapporten en begränsning i att den i huvudsak utgår från läkarresurser och köpt vård för adhd. Detta innebär att andra professioners roll, såsom psykologer, hälso- och sjukvårdskuratorer och sjuksköterskor, inte presenteras i denna rapport. Läkarens roll i utredning och behandling av adhd kan variera i vissa regioner vilket kan påverka analysen. Begränsningar finns även i tillgången till uppdaterad data från vissa regioner, vilket kan påverka jämförbarheten mellan regionerna och därmed de slutsatser som kan dras.

Rapportens avgränsning till adhd syftar till att belysa de mest påtagliga utmaningarna för barn- och ungdomspsykiatri, men det innebär att vissa systemeffekter på andra patientgrupper och diagnoser inte undersöks i detalj. För att komplettera denna analys krävs framtida studier som inkluderar ett bredare spektrum av diagnoser och professioner inom barn- och ungdomspsykiatri.

Rapporten syftar till att skapa en tydligare grund för framtida analyser och tvärsektoriella samarbeten för att möta vårdens komplexa utmaningar.

Utveckling av adhd diagnoser

Adhd har under de senaste åren kommit att bli en alltmer vanligt förekommande diagnos och utgör sedan flera år den största patientgruppen i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Adhd är en diagnos som handlar om svårigheter gällande koncentration, aktivitetsnivå och impulskontroll. Det finns en väldokumenterad genetisk faktor, men viktigt att poängtera är att symtomen och funktionspåverkan är kontextberoende. Symtom och funktionsnedsättning ska alltså ses i ljuset av kravnivå och förväntningar. Det finns studier som visar att den nu ökade förekomsten av adhd snarare handlar om en förändrad diagnostik än en reell ökning i antalet individer med adhd-fenotyp[8]. Orsakerna till ökningen av adhd och den psykiska ohälsan hos barn är multifaktoriell. Frågan är komplex och inte helt kartlagd men faktorer såsom ökade kognitiva krav på barn och ungdomar, i skola och hemmiljö, minskad fysisk aktivitet och sämre sömnvanor är sannolikt bidragande orsaker[10-14]. En ökad medvetenhet och minskade stigma kopplade till psykiatriska symtom har också betydelse.¹

Hos barn blir en komplicerande faktor att barnets problem och funktion ofta definieras av vuxenvärlden och inte av barnet själv. Barnets symtom värderas därför i relation till samhällets och de vuxnas förväntningar på dem.

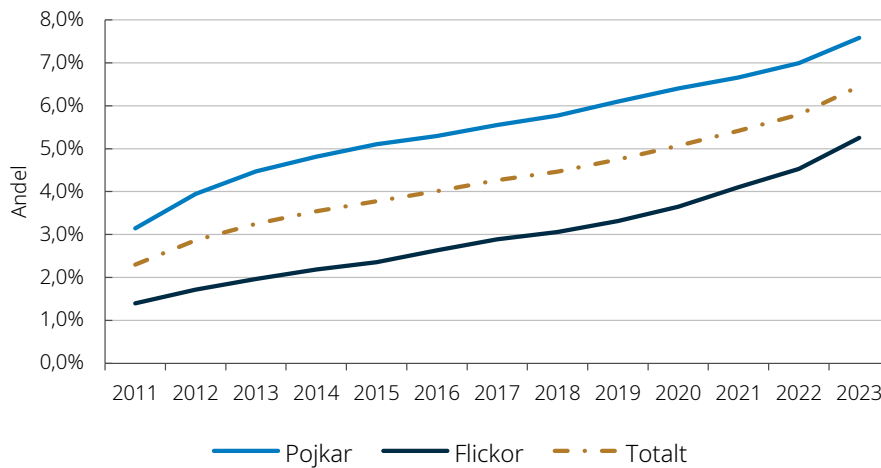
En rapport som Socialstyrelsens publicerade i november 2023, pekar på en fortsatt ökning av antalet adhd-diagnoser hos barn och unga i Sverige. Den beräknade prevalensen för adhd i gruppen pojkar i åldern 10–17 år förväntas nå 15 procent på sikt, förutsatt att inflödet av nya diagnoser inte ökar ytterligare [15]. Detta indikerar att prevalensen i Sverige överstiger internationella prevalenssiffror som brukar anges till mellan 5–7% [16, 17], vilket är ett genomsnitt av flickor och pojkar, hos pojkar kan prevalensen förväntas vara cirka 10% i vissa studier.

När man analyserar vårdkonsumtion utifrån nationella register kan man se att antalet läkarbesök till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri ökat kontinuerligt under åren 2010–2023. Mest uttalat är ökningen i gruppen flickor 10–17 år med diagnos adhd, där andelen i befolkningen som får ett

¹ Miljöfaktorer som anses påverka barns mående negativt är en rörig och ostrukturerad skolmiljö, belastad hemmiljö, bristande sömn. Nyligen publicerade data visar på att allt fler barn inte klarar skolan och upplever stress kopplad till skolmiljön. Det pågår ett flertal utredningar med syfte att skapa en för barn mer strukturerad skolmiljö med tydligare mål, anpassade efter barns kognitiva utveckling och med målet att ge fler barn förutsättningar att klara skolans mål. Nyligen har även skärmtid lyfts som en faktor som påverkar barns mående, där det för de mindre barnen handlar om att skärmen konkurrerar ut andra för barnet viktiga aktiviteter som lek, socialt samspel och återhämtning. Hos de äldre barnen tros negativa effekter av skärmanvändande medieras mycket genom vad den unge tittar på samt bristande sömn och motion vilket i sin tur ökar risken för ångest, depression och annan psykisk ohälsa [6–10].

läkarbesök inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri ökat från 1,5 till drygt 5% med under perioden 2010–2023, figur 1.

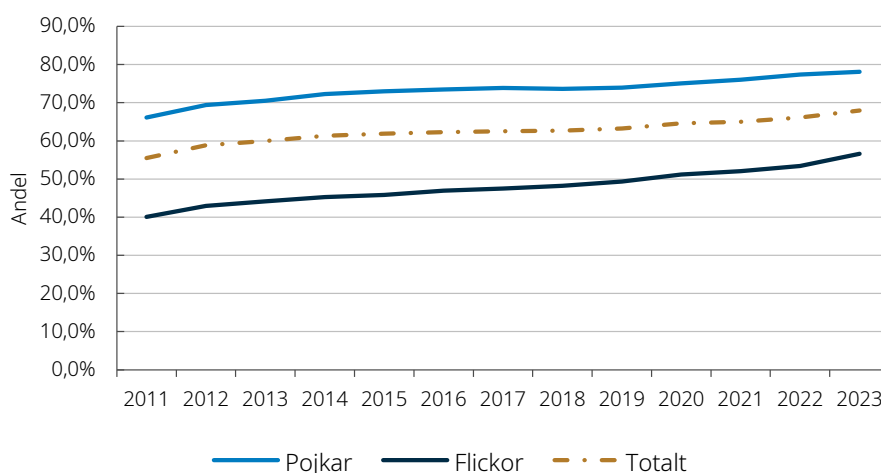
Figur 1. Utvecklingen av andelen barn i åldern 10–17 år i befolkningen som har ett läkarbesök i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri med diagnosen adhd (F9) under åren 2010–2023, per kön.



Källa: Socialstyrelsen

Sammantaget är adhd den vanligaste förekommande diagnosen i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri och barn med adhd utgör 2023 70% av alla barn och unga med läkarbesök inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri (se figur 2).

Figur 2: Utvecklingen av andelen barn och unga av samtliga läkarbesök i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri med diagnosen adhd (F9) i åldern 10–17 år, per kön.



Utredning och behandling av adhd kräver omfattande specialistresurser och vårdkontakterna är ofta långvariga mot bakgrund av att läkemedelsbehandling mot adhd-symtom endast sker inom

specialistpsykiatri. Eftersom resurserna är begränsade så riskerar den växande efterfrågan på vård för adhd skapa undanträngningseffekter. Patienter med mer omfattande behov kan komma att prioriteras ned då vårdpersonalens tid och resurser alltmer styrs mot nybesök och omhändertagande av *en* diagnosgrupp. Tillgängligheten och kvaliteten på vården för andra patientgrupper inom barn- och ungdomspsykiatri riskerar därför minska.

Utveckling av adhd – socioekonomiska skillnader över tid

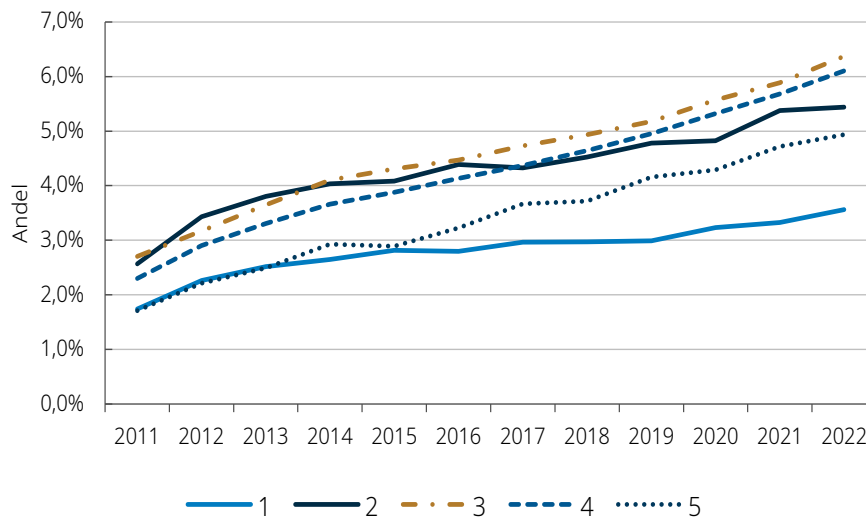
För att belysa socioekonomiska skillnader i psykisk ohälsa över tid har vi i denna rapport kopplat data från patientregistret med befolkningsstatistik från SCBs regionala statistikområden (RegSO 4)[18]. Syftet är att undersöka hur antalet patienter i åldersgruppen 10–17 år har förändrats över tid i relation till olika socioekonomiska områden.

Socialstyrelsen har utgått från SCB:s fem områdestyper och de är beskrivna och numrerade enligt följande:

1. Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar
2. Områden med socioekonomiska utmaningar
3. Socioekonomiskt blandade områden
4. Områden med goda socioekonomiska förutsättningar
5. Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

I gruppen adhd ses ökade ojämlikheter i tillgången till vård relaterat till socioekonomiska utmaningar. Ökningen ses framförallt i socioekonomiskt mer privilegierade områden, se figur 3. Det här går emot tidigare forskningsresultat som visar på ökad förekomst av adhd hos barn i socioekonomiskt utsatta områden[19]. Samma fenomen observeras även för ett flertal andra diagnoser. Se bilaga 2.

Figur 3: Andelen barn i befolkningen med läkarbesök i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin 2011–2022 med diagnosen adhd (F9) i åldern 10–17 år, utifrån socioekonomiska områden



1.- Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar, 2 – Områden med socioekonomiska utmaningar, 3 – Socioekonomiskt blandade områden, 4 – Områden med goda socioekonomiska förutsättningar, 5 – Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

Källa: Socialstyrelsen

Ovanstående data talar inte bara för ett fortsatt ökat inflöde av barn med adhd till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin; utan även för en ökad ojämlikhet i tillgången till vård. Ökningen av vård utifrån diagnosen adhd är som störst hos barn boende i socialt välbärgade områden, samma ökning ses inte hos barn boende i områden med socioekonomiska utmaningar eller mycket stora utmaningar. Det talar för att vården inte når barn i utsatta områden i tillräcklig utsträckning.

Psykisk ohälsa ökar inom flera diagnosområden

Vid en bredare analys av vårdkonsumtion sedan 2010 så ses en ökning av antalet läkarbesök i de flesta diagnosgrupper till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin. De mest framträdande, förutom adhd, är ångest, depression och autism. Trots en utökad kapacitet inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin ökar antalet patienter snabbare än resurserna, vilket leder till längre väntetider och att vårdgarantin om 30 dagar inte kan uppfyllas i merparten av regionerna.

Vårdkedjor för adhd och dess konsekvenser

För att främja effektivitet i hälso- och sjukvården och möta vårdbehoven på rätt nivå är det viktigt att identifiera vårdkedjorna. Det är centralt att förstå vilken vård patienten kan erbjudas på respektive nivå, hur personalresurser fördelas och hur vårdaktörerna samverkar. En sådan analys gör det möjligt att förstå hur resurser bäst kan allokeras för att möta vårdbehoven på rätt nivå, och kunna säkerställa att barn med komplexa psykiatriska vårdbehov får kontinuerlig och individanpassad vård. En beskrivning av vårdkedjan finns i bilaga 1.

Vårdkedjan för barn och unga med psykisk ohälsa, inklusive adhd, står inför flera utmaningar och brister. Till skillnad från vuxna finns inget krav på remiss till den specialiserade psykiatriska vården för barn och unga. Detta leder till att familjer i större utsträckning söker sig direkt till den specialiserade vården. Alla barn har kontakt med elevhälsan och ett stort antal barn med misstanke om neuropsykiatriska funktionshinder remitteras direkt till den specialiserade vården från elevhälsan.

Första linjen

Första linjen är inte utbyggd i samma utsträckning som i vården av vuxna. Det har sedan 2009 pågått ett arbete med att utveckla en första linje för barn och unga med psykisk ohälsa men organiseringen skiljer sig och gränsdragningen är fortfarande oklar i många regioner. Den otydliga vårdkedjan skapar svårigheter för både patienter och vårdgivare att navigera, vilket leder till bristande kontinuitet i vården. Detta påverkar barn- och ungdomspsykiatrin negativt, eftersom första linjens insatser inte effektivt avlastar den specialiserade psykiatrin.

Första linjen drivs på olika sätt. Tabell 1 visar hur ansvarsfördelningen avseende första linjen i olika regioner.

Tabell 1. Ansvarsfördelning för första linjens vård

Ansvarig för första linjen	Regioner
Barn- och ungdomspsykiatrin	Gotland, Halland, Skåne, Sörmland och Jämtland
Primärvården	Blekinge, Dalarna, Gävleborg, Kalmar, Stockholm, Uppsala, Västerbotten, Västmanland och Västra Götaland
Ungdomshälsa eller liknande	Jönköping, Värmland, Västernorrland, Örebro och Östergötland

SKR. Psykiatrin i siffror 2024

Som ett stöd i avgränsningen mellan vårdnivåer formulerades 2019 en nationell överenskommelsen där barn och unga med lindriga till måttliga psykiatriska besvär ska få stöd inom första linjen, medan barn och unga med medelsvåra till svåra tillstånd ska hänvisas till specialistnivå. Trots detta kvarstår otydligheter, särskilt kring vad som definieras som "måttliga" respektive "medelsvåra" tillstånd, vilket bidrar till ojämlikheter i systemet.

Adhd är ett undantag i triageringen mellan vårdnivåer eftersom alla barn med misstänkt adhd, oavsett symtomens svårighetsgrad, utreds och behandlas inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri.

"En väg in"

"En väg in" har fungerat som en strategi för regionerna att organisera triageringen för barn- och ungdomspsykiatri. Tabell 2 visar att ansvarsfördelningen för detta varierar mellan regionerna. I Blekinge pågår arbetet med att etablera första linjen i samverkan med primärvården, medan Dalarna har valt att pausa detta arbete. En central fråga för "en väg in" är möjligheten att på ett smidigt sätt kunna boka tider till olika vårdnivåer. Denna möjlighet varierar mellan regionerna.

Tabell 2. Huvudansvarig för "en väg in"

Huvudansvarig för "en väg in"	Region
Gemensamt ansvar mellan barn- och ungdomspsykiatri och första linjen	Gävleborg, Halland, Skåne, Jämtland
Barn- och ungdomspsykiatri	Västra Götaland, Örebro, Norrbotten, Stockholm, Gotland, Jönköping
Annan form	Östergötland, Södermanland
Primärvården	Blekinge, Kronoberg, Uppsala, Västmanland och Västerbotten
Under uppbyggnad	Dalarna, Kalmar, Västernorrland och Värmland.

Källa: SKR. Psykiatri i siffror 2024

Tidiga insatser

Enligt nationella riktlinjer ska barn med adhd-symtom som exempelvis koncentrationssvårigheter och impulsivitet *först* få stöd genom anpassningar i skola och förskola samt vägledning för föräldrar – så kallade tidiga insatser[20]. Om dessa insatser inte är tillräckliga kan elevhälsan eller första linjen remittera barnet för utredning inom specialistvården.

Efter diagnos ska barnet och föräldrarna i första hand erbjudas fortsatta anpassningar och psykopedagogiska insatser. Vid behov kan även barnet

erbjudas medicinering, vilket cirka 75 % av barn med adhd prövar. Behandlingen övervakas av specialister inom barn- och ungdomspsykiatri. Adhd-diagnosen är en funktionsnedsättning, och intyg och utlåtanden från behandlande läkare krävs ofta för omvårdnadsbidrag, körkortstillstånd och andra stödsammanhang. Den stora mängden intyg och utlåtanden skapar en betydande belastning på vården.

Patienter med adhd och annan samsjuklighet riskerar samtidigt att hamna mellan vårdnivåerna. Exempelvis kan ett barn få stöd för adhd inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri men bli utan hjälp om hen också drabbas av en lindrigare depression då barnet ofta nekas hjälp i första linjen på grund av sin befintliga kontakt med specialistvården - men samtidigt inte uppfyller specialistvårdens kriterier för depressionsbehandling.

Resursbrist och ökade kostnader för neuropsykiatriska utredningar

Den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska vården bedrivs till allra största del i regional regi, men i vissa delar av landet bedrivs vård i privat regi, både med stöd av lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) och lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)². Genom de avtal som sluts utförs vanligen barn- och ungdomspsykiatrisk vård i sin helhet. Ur regionens perspektiv har den privata vårdens expansion medfört en förflyttning av legitimerad personal. Begränsade personalresurser i kombination med ett ökande antal vårdaktörer leder till att de begränsade personalresurserna sprids ut över fler aktörer. För att säkerställa återväxten av personal krävs en kritisk massa av erfarna medarbetare som kan handleda, introducera och utveckla både nya medarbetare och verksamheterna. Om personalresurserna sprids ut över många aktörer riskerar specialistkompetensen att urholkas, vilket påverkar vårdens kvalitet och kontinuitet. Långvariga bemanningsutmaningar inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri gör det dessutom svårt att säkerställa en hållbar verksamhet. Resursbristen inom den regiondrivna barn- och ungdomspsykiatri har lett till att många regioner köper in neuropsykiatriska utredningar för att korta köerna. Dessa avtal omfattar oftast endast själva utredningen, vilket innebär att barn som får en diagnos och fortsatt vårdbehov kommer tillbaka till den regionala barn- och ungdomspsykiatri för vidare behandling. Under 2023 uppgick kostnaderna för köpt vård till cirka 435 miljoner kronor. Specifika uppgifter för Stockholm och Norrbotten saknas [21].

² LOU, Lagen om offentlig upphandling. LOV, Lagen om valfrihetssystem.

Under det senaste decenniet har en marknad för företag som erbjuder utredningar i privat regi etablerats. Det är okänt hur många utredningar som genomförs i privat regi men det har från regiondriven vård lyfts att vissa av dessa utredningar har bristande kvalitet och i flera fall har diagnoserna ifrågasatts när patienterna remitteras åter till den regionala vården för behandling [22, 23].

Administration – effektivisering och tidsbesparande åtgärder

Inom barn- och ungdomspsykiatri utgör administration en betydande del av verksamheten och innefattar bland annat administration kopplad till kliniskt arbete, exempelvis dokumentation, remisser, samverkan både internt och externt. För att identifiera de mest betungande och minst ändamålsenliga delarna av administrationen bör fokus riktas mot olika administrativa dimensioner. Dessa inkluderar till exempel administration kopplad till kliniskt arbete, ledningssystem och styrdokument, intygsskrivning till andra myndigheter, statlig tillsyn och klagomålshantering samt personal- och ekonomiadministration. Genom att analysera dessa områden kan man bättre förstå vilka delar som behöver effektiviseras för att minska den administrativa bördan för vårdpersonalen. Socialstyrelsen har i samarbete med WHO Europa och Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri (SFBUP) genomfört en översiktlig bedömning av den nuvarande administrativa situationen inom barn- och ungdomspsykiatri.³ Resultaten visar att administrationen har flera utmaningar:

- **Kostsam:** Administrationen involverar samtliga personalkategorier och tar betydande tid i anspråk, vilket påverkar verksamhetens resurser negativt.
- **Ineffektiv:** Nuvarande system innebär onödiga hanteringsprocesser, leder till merkostnader och når inte de avsedda målen.
- **Betungande:** Administrationen upplevs som tidskrävande, komplex och detaljstyrd. Syftet är ofta svårt att förstå, och den är krävande att hantera, särskilt i kombination med andra arbetsuppgifter eller när manuell hantering behövs.

³ SFBUP har beskrivit samtliga arbetsuppgifter i barn- och ungdomspsykiatri och uppskattat tidsåtgången för olika uppgifter för samtliga personalkategorier. Vidare har SFBUP genomfört en arbetsmiljöenkät som bland annat har kartlagt det administrativa arbetet för barn- och ungdomspsykiatri.

Nationellt perspektiv på resursbrist och personalsammansättning

I detta avsnitt kommer vi att undersöka den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri och dess personalsammansättning utifrån ett nationellt perspektiv. Personalen är en avgörande faktor för att upprätthålla och utveckla hälso- och sjukvården, och med en ökande konkurrens om resurser mellan olika vårdnivåer och vårdformer blir det allt viktigare att få en tydlig bild av hur resurserna fördelas.

För att få en helhetsbild över personalsammansättning inom området psykisk ohälsa skulle hela vårdkedjan behöva belysas. I denna rapport är fokus enbart på barn- och ungdomspsykiatri.

Långvarig personalbrist

Utmaningarna med att säkra personal inom barn- och ungdomspsykiatri har länge varit kända. I Sveriges kommuner och landstings enkät från 2017 framkom att verksamheterna har stora svårigheter att rekrytera och behålla erfaren personal, särskilt läkare, psykologer, socionomer och specialistsjuksköterskor[24]. Denna situation förvärrades delvis i och med införandet av första linjen, vilket skapade konkurrens om erfarna medarbetare som ofta förflyttade sig till vårdnivåer med lägre specialisering. En enkät som genomfördes av Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri 2019 visade att 6 av 10 ST-läkare i barn- och ungdomspsykiatri övervägde att lämna specialiteten[25], och enligt Läkarförbundets enkät från 2022 är specialister inom barn- och ungdomspsykiatri, allmänmedicin och akutmedicin särskilt benägna att lämna sina yrken[26]. Det har i dialoger som nyligen genomförts av Sveriges kommuner och regioner (SKR) med verksamheterna framkommit att det fortsatt är svårt med rekrytering av specialistläkare och sjuksköterskor medan bristen på psykologer inte upplevs lika stor i landet (muntlig återgivning).

Barn- och ungdomspsykiatrier och rörelsemönster

Ett sätt att förstå rörelsemönster för barn- och ungdomspsykiatrier är att undersöka i vilken utsträckning de som specialiserar sig väljer att lämna sitt nuvarande område för att specialisera sig inom ett annat område och i vilken grad yrkesverksamma från andra områden söker sig till en viss specialitet. Genom att analysera dessa flöden kan vi få en tydligare bild av hur attraktivt

ett område är för både befintliga och potentiella specialister, samt identifiera vilka faktorer som driver rörelse inom och mellan specialiteter.

I tabell 3 undersöks mönstren om rörlighet för specialister i barn- och ungdomspsykiatri och jämförs med närliggande områden såsom psykiatri, barnmedicin och allmänmedicin. Sammanställningen visar att benägenheten att byta specialitet och attraktionen skiljer sig mellan specialiteter.

Tabell 3 Rörlighet mellan specialiteter 2021

Specialitet	Andelen som är kvar i sin ursprungliga specialitet	Andel som börjat inom specialiteten och sen valt att specialisera sig i en ny specialitet %	Andel som börjat inom en annan specialitet och därefter valt att specialisera sig inom området, %
Barn- och ungdomspsykiatrier	67	21,5	11,5
Psykiatriker	80	7	13
Barnmedicin	59	2	39
Allmänmedicin	81	6	13

Källa: Socialstyrelsen 2021

Inom barn- och ungdomspsykiatri är andelen som har *en* specialitet 67 procent, vilket är lägre än psykiatrins 80 och allmänmedicins 81 procent, men högre än barnmedicinens 59 procent. Inom gruppen specialister i barn- och ungdomspsykiatri byter 21,5 procent till en ny specialitet, jämfört med 7 procent av specialister i psykiatri, 2 procent i barnmedicin och 6 procent i allmänmedicin. Det kan indikera högre rörlighet *från* den barn- och ungdomspsykiatriska specialiteten jämfört med de andra specialiteterna.

Bland de utvalda specialiteterna är det också färre som väljer att senare specialisera sig inom barn- och ungdomspsykiatri jämfört med andra specialiteter. Till exempel är det 39 procent av specialister i barnmedicin som har en annan specialitet sedan tidigare jämfört med 11,5 procent i barn- och ungdomspsykiatri.

En slutsats av rörelsemönstren inom de utvalda grupperna är att specialister i barn- och ungdomspsykiatri i högre utsträckning än andra specialistläkare väljer att lämna sitt område för att gå över till andra specialiteter. Detta tyder på att barn- och ungdomspsykiatri har en högre grad av personalomsättning jämfört med andra specialiteter, vilket är samstämmigt med tidigare undersökningar[25, 26].

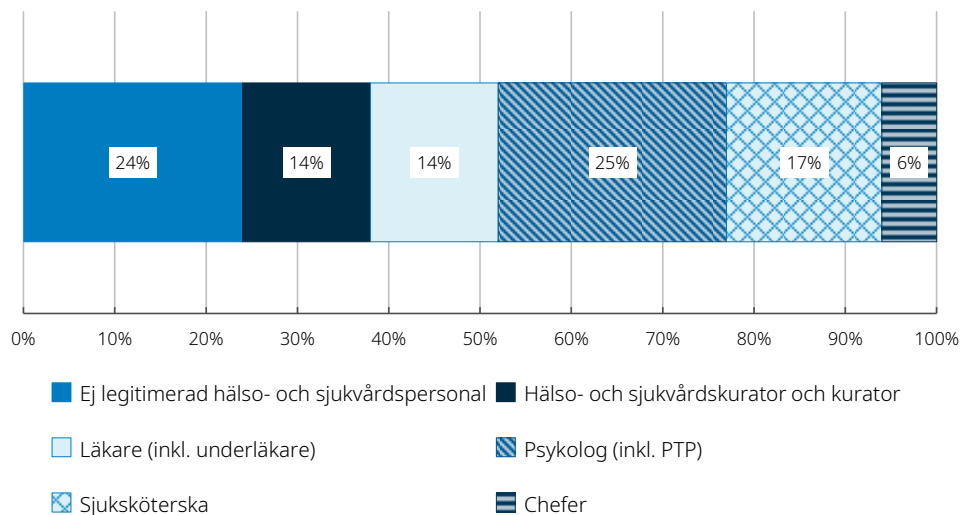
För att utbilda nästa generations ST-läkare inom barn- och ungdomspsykiatri krävs, precis som för andra specialiteter, en

huvudhandledare samt kliniska handledare. Huvudhandledaren ansvarar för att hålla samman hela ST-utbildningen och den kliniska handledaren intygar att alla moment i utbildningsplanen har genomförts. Både huvudhandledaren den kliniska handledaren behöver relevant specialistkompetens. När det råder brist på erfarna barn- och ungdomspsykiatrier inom verksamheten blir det en utmaning att säkerställa återväxten av specialistkompetens.

Personalsammansättning ur ett nationellt perspektiv

Socialstyrelsen har inte samlat in egna uppgifter över personalsammansättningen i barn- och ungdomspsykiatri. I denna rapport använder vi oss av SKRs uppgifter i "Psykiatri i siffror" [21]. Figur 4 visar personalsammansättningen inom den regiondrivna barn- och ungdomspsykiatri på nationell nivå för 2023. Ungefär en fjärdedel av personalstyrkan bestod av icke-legitimerad personal, inklusive sekreterare, skötare och pedagoger. Psykologer utgjorde den största gruppen av legitimerad personal, följt av sjuksköterskor. Andelen läkare och hälso- och sjukvårdskuratorer var lika stor.

Figur 4. Personalens sammansättning inom barn- och ungdomspsykiatri på nationell nivå 2022



Källa: Sveriges kommuner och regioner

Jämlik vård och personalresurser ur ett regionalt perspektiv

Detta avsnitt kartlägger var i landet som barn och unga bor, samt hur stor andel som lever i socioekonomiskt utsatta områden respektive områden med hög ekonomisk standard i olika regioner. Syftet är att ge en översikt av regionala skillnader och likheter. Vidare analyseras regioner med låg, medelhög och hög andel läkarbesök för adhd, med fokus på personalsammansättning och andelen uppköpt vård i dessa regioner. Avsnittet avslutas med en sammanfattande analys som belyser centrala mönster och utmaningar.

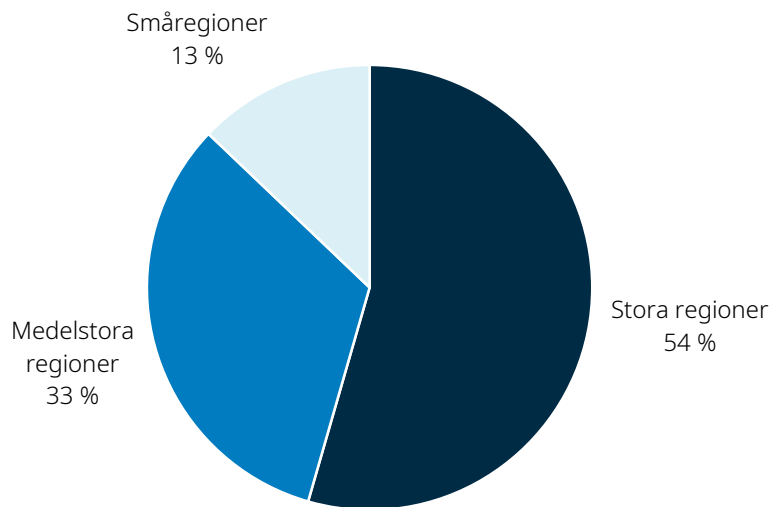
Fördelning av barn i åldern 10–17 år i olika regioner

Sverige är ett av Europas mest urbaniserade länder. Sett ur ett befolkningsperspektiv kan landets regioner delas in baserat på antalet barn i åldern 10–17 år.

Cirka 55 procent av alla barn i åldrarna 10–17 år bor i storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne. I Stockholm bor ungefär en fjärdedel av samtliga barn i landet. De medelstora regionerna omfattar tio regioner, där varje region har omkring 3–4 procent av landets barn i åldersgruppen. De mindre regionerna inkluderar åtta regioner som har mellan 0,5 och 2 procent av alla barn i samma åldersgrupp. Se figur 5.⁴

⁴ Stora regioner: Stockholm, Västra Götaland och Stockholm; Mellanstora regioner: Dalarna, Gävleborg, Halland, Jönköping, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland, Örebro, Östergötland.; Små regioner: Blekinge, Gotland, Jämtland, Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Västerbotten, Västernorrland.

Figur 5. Andel barn och unga 10–17 år som bor i olika regioner

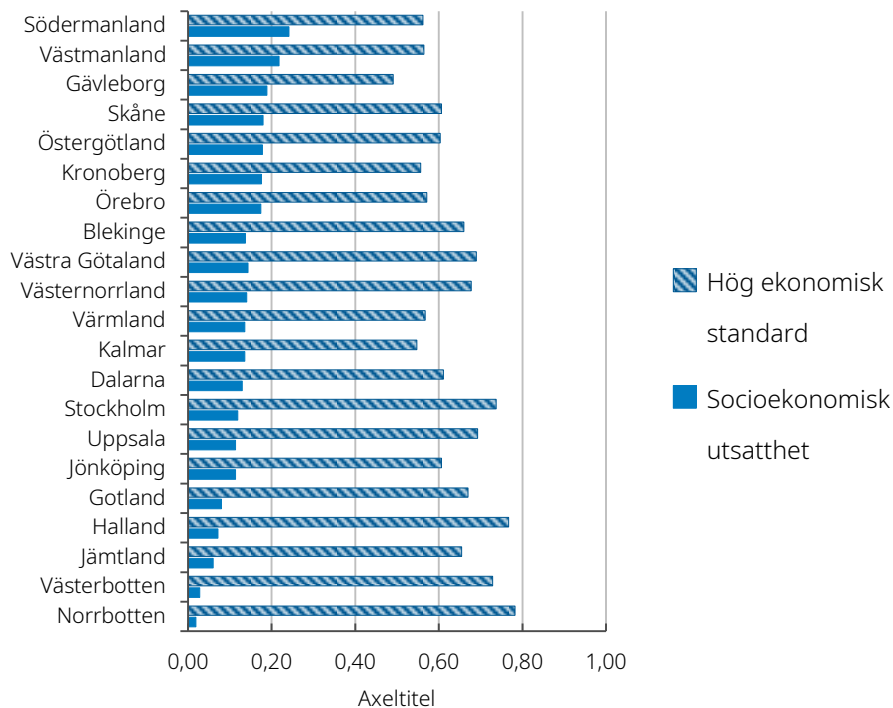


Källa: Statistiska centralbyrån

Andel barn och unga i socioekonomiskt utsatta och resursstarka områden

Adhd tillhör gruppen neuropsykiatriska funktionsnedsättningar vilket innebär att personer med denna diagnos även ska ha en påverkan på funktion inom områden så som skola och/eller arbete. Tillståndet har en betydande ärftlig komponent, vilket också innebär att diagnosen förväntas vara mer vanligt förekommande hos barn till grupper med lägre utbildning och som bor i socioekonomiskt utsatta områden, vilket även belagts i tidigare studier[19]

Figur 6. Barn och unga som bor i socioekonomisk utsatta områden (områdestyp 1+2) respektive områden med hög ekonomisk standard (områdestyp 4+5).



Källa: Statistiska centralbyrån

Jämlik vård baserad på läkarbesök för adhd

Att skapa en jämlik vård över hela landet är en komplex utmaning. Sverige har en hög koncentration av barn och unga i storstäderna, samtidigt som stora geografiska ytor och långa avstånd mellan städer och glesbygd präglar landet. Psykisk ohälsa och adhd är dessutom mer vanligt förekommande i socioekonomiskt utsatta områden, vilket gör att befolkningssammansättningen i olika regioner påverkar vårdbehoven på ett betydande sätt.

Dessa variationer innebär att vårdbehoven och resurserna behöver anpassas efter regionernas olika förutsättningar och utmaningar. Det speglas i hur barn- och ungdomspsykiatri är organiserad, där strukturen varierar mellan regioner för att möta olika lokala behov.

För att få en djupare förståelse för vården av adhd ur ett regionalt perspektiv undersöks i detta avsnitt hur läkarbesöken för adhd ser ut i regionerna. Analysen inkluderar även hur besöken fördelas mellan barn och unga från socioekonomiskt utsatta områden och områden med hög ekonomisk standard. Dessutom analyseras omfattningen av köpt vård, köpta

utredningar, årsarbetskrafter och personalsammansättning inom barn- och ungdomspsykiatri för att ge en helhetsbild av hur resurserna används och fördelas mellan olika delar av landet.

Socialstyrelsen har utgått från SCB:s fem områdestyper och de är beskrivna och numrerade enligt följande:

Områden med mycket stora socioekonomiska utmaningar

1. Områden med socioekonomiska utmaningar
2. Socioekonomiskt blandade områden
3. Områden med goda socioekonomiska förutsättningar
4. Områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar

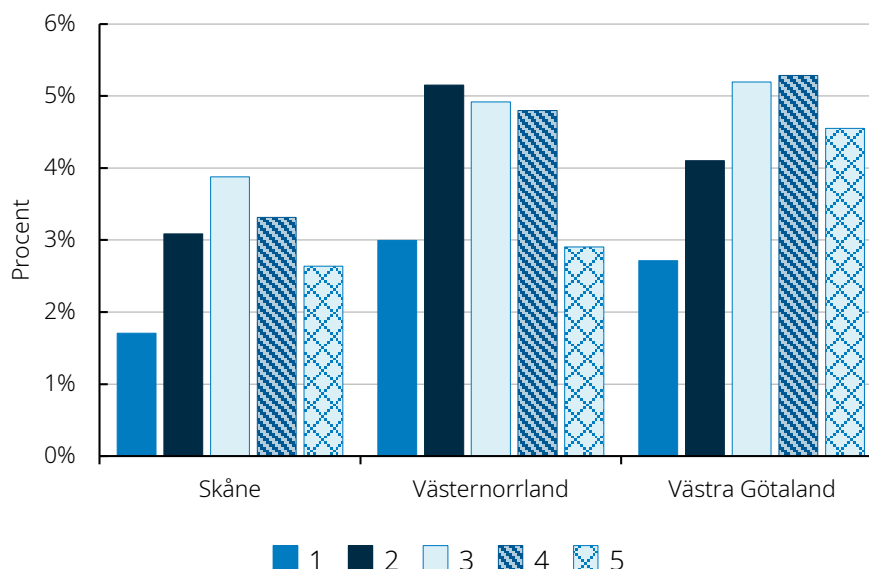
Regioner med lägst antal läkarbesök för adhd

Skåne, Västernorrland och Västra Götaland tillhör de regioner i Sverige som har den lägsta andelen läkarbesök för adhd. Figur 7 visar andel läkarbesök samt fördelningen av barn från olika socioekonomiska områden.

Skåne står ut som den region med minst antal läkarbesök för adhd i relation till befolkningen. I Skåne är dessutom fördelningen av barn mellan olika socioekonomiska områdestyper mer jämnt fördelad jämfört med de andra regionerna som också har relativt få läkarbesök för adhd. Det kan betyda att Skåne använder andra personalkategorier för denna diagnosgrupp. Samtidigt har Skåne en större andel barn som bor i socioekonomiskt utsatta områden. Detta väcker frågan varför denna grupp inte är proportionellt mer representerad i läkarbesöksstatistiken. Med tanke på deras större andel av befolkningen skulle en högre representation kunna förväntas. Västernorrland har en störst andel av barn från socioekonomisk utsatta områden i denna grupp.

Bland dessa regioner har Skåne en relativt stor andel köpt vård för att utöka kapaciteten jämfört med de andra regionerna. Personaltätheten är över riksgenomsnittet.

Figur 7. Andel läkarbesök 2022 för adhd i befolkningen barn och unga i åldrarna 0–17 år efter områdestyp



Källa: Socialstyrelsen

Nedan följer en presentation över de viktigaste skillnaderna avseende köpt vård, personaltäthet och personalsammansättning:

Tabell 5. En översikt avseende köpt vård, personaltäthet och personalsammansättning

	Skåne	Västernorrland	Västra Götaland
Köpt vård	Över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet
Köpta utredningar	Uppgift saknas	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Personaltäthet (årsarbetskrafter)	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Läkare	Strax över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Psykologer	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Sjuksköterskor	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Hälso- och sjukvårdskuratorer	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet
Icke-legitimerad personal	Över riksgenomsnittet	Mycket över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet

Regioner med liknande antal läkarbesök för adhd

Antalet läkarbesök för adhd är relativt jämnt fördelat i förhållande till antalet barn och ungdomar i åldern 10–17 år i 11 regioner. I denna analys har vi valt att dela upp regionerna i två grupper: de med störst andel barn och unga som bor i socioekonomiskt utsatta områden, och övriga regioner. De regioner med störst andel barn och unga i socioekonomiskt utsatta områden är Kronoberg, Södermanland, Örebro och Östergötland.

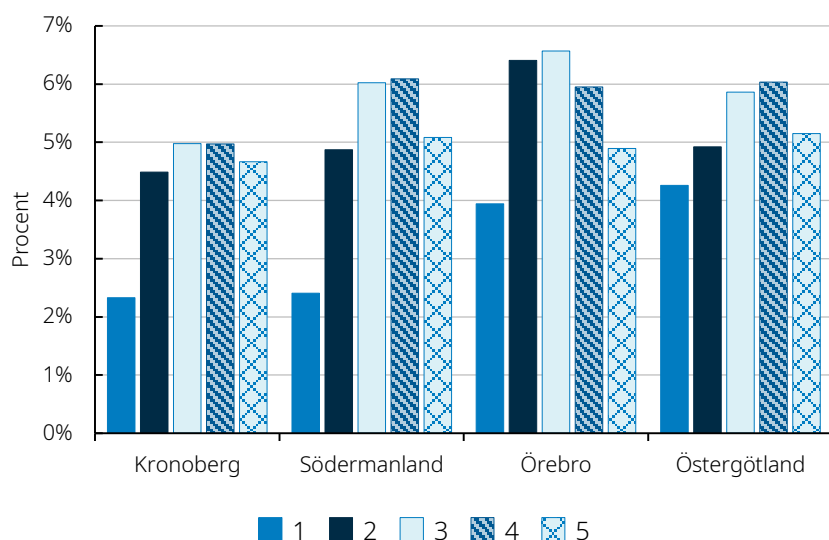
I Södermanland bodde 24 procent av barn och unga i socioekonomiskt utsatta områden (områdestyp 1 och 2), vilket är en högre andel jämfört med andra regioner som Östergötland, där andelen ligger mellan 17 och 18 procent.

Regioner med en stor andel barn och unga i socialt utsatta områden

Kronoberg, Södermanland, Örebro och Östergötland har ett liknande antal läkarbesök för adhd för barn och unga i åldern 10–17 år, sett i relation till befolkningen. Gruppen består av en blandning av mindre och medelstora regioner med olika befolkningsstorlekar. Samtidigt finns viktiga skillnader i geografiska förutsättningar och socioekonomiska villkor som har betydelse för både vårdbehov och tillgänglighet.

Det finns tydliga regionala skillnader i läkarbesök för barn och unga med adhd utifrån socioekonomiskt område (se figur 8). I Södermanland var antalet läkarbesök lägst i de mest socioekonomiskt utsatta områdena jämfört med övriga regioner, men högst i de mest resursstarka områdena. Östergötland hade den högsta andelen läkarbesök både i socioekonomiskt utsatta områden och det resursstarka områdestypen 4, jämfört med övriga regioner. Detta tyder på bättre tillgänglighet i utsatta områden i jämförelse med andra regioner, samtidigt som det även visar en hög andel läkarbesök i områden med goda socioekonomiska förutsättningar. Kronoberg och Södermanland uppvisade en lägre personaltäthet än riksgenomsnittet, medan Örebro och Östergötland hade en högre personaltäthet jämfört med riksgenomsnittet.

Figur 8. Andel läkarbesök 2022 för adhd i befolkningen barn och unga i åldrarna 0–17 år efter områdestyp



Källa: Socialstyrelsen

Tabell 6 En översikt avseende köpt vård, personaltäthet och personalsammansättning

	Kronoberg	Södermanland	Örebro	Östergötland
Köpt vård	Över riksgenomsnittet	Mycket högt över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Långt under riksgenomsnittet
Köpta utredningar	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Långt under riksgenomsnittet
Personaltäthet (årsarbetskrafter)	Mycket under riksgenomsnittet	Mycket under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Läkare	Mycket under riksgenomsnittet	Mycket under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Psykologer	Mycket under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Sjuksköterskor	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet
Hälso- och sjukvårdskuratorer	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Icke-legitimerad personal	Under riksgenomsnittet	Mycket under riksgenomsnittet	Mycket över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet

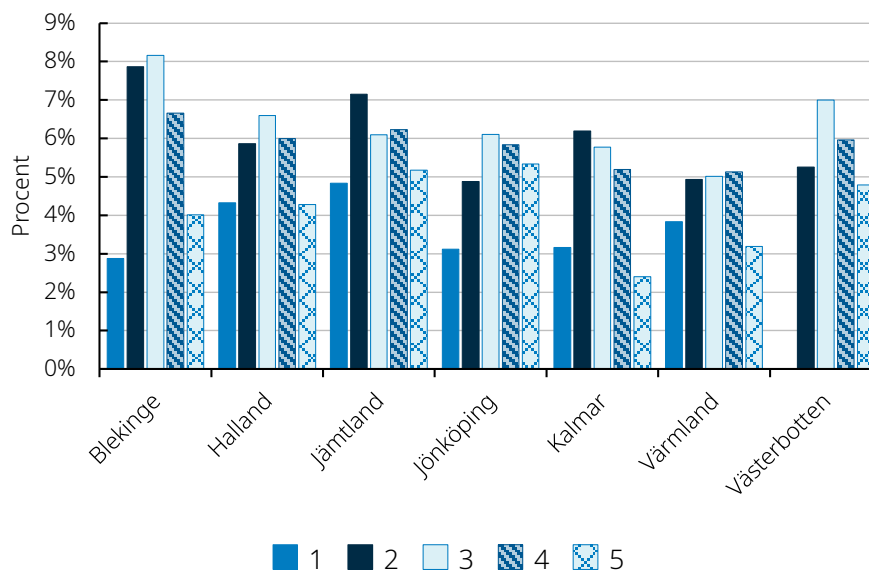
Övriga regioner med en liknande andel läkarbesök för adhd

I Blekinge, Kalmar, Värmland och Jönköping bodde mellan 11 och 13 procent av barn och unga i åldersgruppen 10–17 år i socioekonomiskt utsatta områden. Däremot hade Halland, Västerbotten och Jämtland en betydligt lägre andel, där endast 3 till 7 procent av barnen bodde i socioekonomiskt utsatta områden.

Figur 9 visar antalet läkarbesök samt fördelningen av barn från olika socioekonomiska områden. I Blekinge, Jämtland och Kalmar var en relativt stor andel av läkarbesöken för barn och unga från socioekonomiskt utsatta områden. Samtidigt var antalet läkarbesök högt även för barn och unga från områdestyp 3, som representerar socioekonomiskt blandade områden.

Halland, Västerbotten och Jämtland, som har en låg andel barn och unga från socioekonomiskt utsatta områden, uppvisade en mer jämn fördelning av läkarbesök mellan olika socioekonomiska grupper. Detta tyder på en relativt god tillgänglighet till vård för barn och unga i regionerna. Samtliga regioner hade en högre personaltäthet än riksgenomsnittet, förutom Jönköping, där personaltätheten låg strax under riksgenomsnittet.

Figur 9. Andel läkarbesök 2022 för adhd i befolkningen barn och unga i åldrarna 0–17 år efter områdestyp



Källa: Socialstyrelsen

Tabell 7. En översikt avseende köpt vård, personaltäthet och personalsammansättning

	Blekinge	Halland	Jämtland	Jönköping	Kalmar	Värmland	Västerbotten
Köpt vård	Över riksgenomsnittet	Långt under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Högt över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet
Köpta utredningar	Över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Personaltäthet (årsarbetskrafter)	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Högt över riksgenomsnittet	Strax under riksgenomsnittet	Högt över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Som riksgenomsnittet
Läkare	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Psykologer	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Mycket över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Mycket under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet
Sjuksköterskor	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Mycket över riksgenomsnittet	Mycket över riksgenomsnittet	Strax under riksgenomsnittet
Hälso- och sjukvårdskuratorer	Mycket under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Mycket över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Mycket över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Icke-legitimerad personal	Mycket över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Strax över riksgenomsnittet	Mycket över riksgenomsnittet	Mycket över riksgenomsnittet	

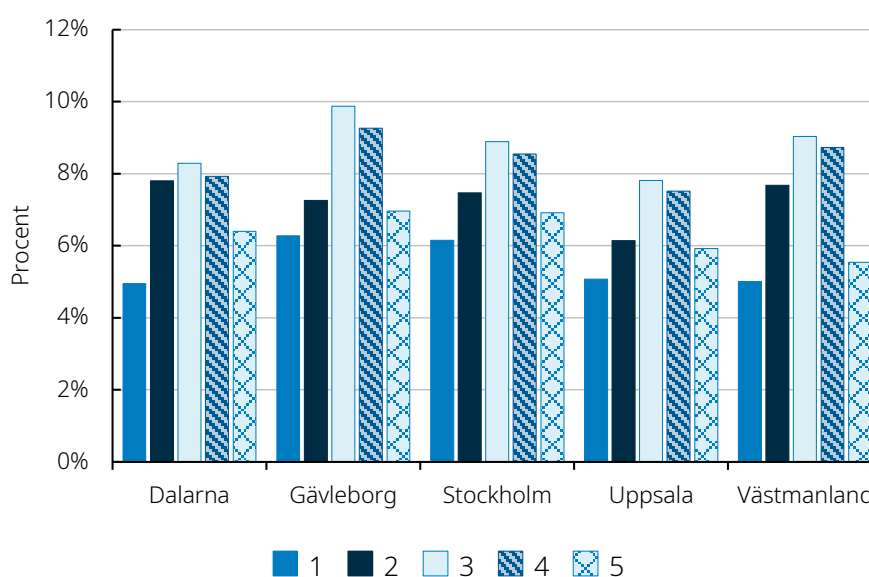
Regioner med flest läkarbesök för adhd

Dalarna, Gotland, Gävleborg, Norrbotten, Stockholm, Uppsala och Västmanland har högst antal läkarbesök relativt befolkningen. Det är också den gruppen av regioner som har störst variation utifrån befolkningsstorlek och geografiska avstånd. Skillnaderna i socioekonomiska förutsättningar är också stora. Till exempel bor 19 procent av barn och unga 10–17 i socioekonomiskt utsatta områden i Gävleborg, vilket går att jämföra med inga barn alls på Gotland och 2 procent i Norrbotten. I Stockholm bor nästan

en fjärdedel av samtliga barn och unga i landet och där finns också stora skillnader i socioekonomiska standard.

Figur 10 visar andelen läkarbesök utifrån fördelningen av barn från olika socioekonomiska områden. Gotland och Norrbotten är de enda regionerna där läkarbesöken för adhd är högre för barn och unga från socioekonomiskt utsatta områden jämfört med barn från områden med starkare ekonomiska förutsättningar. I övrigt är antalet läkarbesök relativt jämnt fördelat mellan regionerna. Samtliga regioner hade en personaltäthet som motsvarade eller översteg riksgenomsnittet.

Figur 10. Andel läkarbesök 2022 för adhd i befolkningen barn och unga i åldrarna 0-17 år efter områdestyp



Källa: Socialstyrelsen

Tabell 8. En översiktlig analys över de viktigaste skillnaderna avseende köpt vård, personaltäthet och personalsammansättning

	Dalarna	Gotland	Gävleborg	Stockholm	Uppsala	Västmanland
Köpt vård	Mycket högt över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	X	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Köpta utredningar	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	X	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Personaltäthet (årsarbetskr after)	Över riksgenomsnittet	Mycket över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet

	Dalarna	Gotland	Gävleborg	Stockholm	Uppsala	Västmanland
Läkare	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Psykologer	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet
Sjuksköterskor	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet
Hälso- och sjukvårdskuratorer	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Över riksgenomsnittet	Långt under riksgenomsnittet	Långt under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet
Icke-legitimerad personal	Mycket över riksgenomsnittet	Mycket över riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Under riksgenomsnittet	Strax över riksgenomsnittet	Strax under riksgenomsnittet

Sammanfattande analys av jämlik vård och personalresurser ur ett regionalt perspektiv

Köpt vård har blivit en lösning för att hantera personal- och kapacitetsbrister inom barn- och ungdomspsykiatri, men det har också skapat utmaningar för att utveckla sammanhållna personalförsörjningskedjor. Under de senaste tre åren har knappt en miljard kronor använts för köpt öppenvård, varav 44 procent gått till utredningar. Begränsade personalresurser i kombination med ett ökande antal vårdaktörer leder till att de begränsade personalresurserna sprids ut över fler verksamheter. Även om det lett till en kortsiktig avlastning på barn- och ungdomspsykiatri innebär det att det är svårt att säkerställa kontinuiteten och återväxten av personal i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Om personalresurserna fördelas mellan flera aktörer finns en risk att specialistkompetensen urholkas. Detta kan leda till en brist på en kritisk massa av erfarna medarbetare som är nödvändiga för att handleda, introducera och utveckla både nya medarbetare och verksamheternas kvalitet och effektivitet.

Regionerna använder olika strategier för att hantera personalbristen, som till exempel anställning av hyrläkare och vuxenpsykiatriker, men dessa är ofta kostsamma och kortsiktiga. Utbyggnaden av första linjen har i många fall lett till att erfaren personal, bland annat psykologer och sjuksköterskor, lämnat barn- och ungdomspsykiatri, vilket både har en negativ påverkan på kontinuitet och minskar kompetensen i verksamheterna.

Denna sammanställning har belyst att barn- och ungdomspsykiatri i många regioner delar en gemensam utmaning: att nå barn i socioekonomiskt utsatta områden. För att tydligare visa på samband mellan socioekonomi, vårdinsatser och utfall, behövs fördjupade analyser som följer barn och unga på individnivå. Barn och unga i socioekonomiskt utsatta områden har en högre förväntad prevalens av adhd jämfört med andra grupper. Trots detta är tillgången till vård ofta begränsad för dessa barn och unga. Bristen på vårdinsatser i dessa områden är en indikation på att barn- och ungdomspsykiatri har svårt att uppfylla de mål som fastställs i hälso- och sjukvårdslagen. Det speglar också en utmaning i att leva upp till den etiska plattformens principer om jämlik vård. För att hantera dessa utmaningar behövs strategiska satsningar på sammanhållna vård- och personalförsörjningskedjor som integrerar vård, utbildning och forskning. Det finns en stor variation mellan regioner i organisation av vården för barn och unga med adhd och psykisk ohälsa och därför stora möjligheter till lärande mellan regioner. Värt att notera i denna genomgång är att en betydande andel av landets barn och unga bor i storstadsregionerna, där även utbildning och forskning är starkt koncentrerade. Samtidigt står den regiondrivna barn- och ungdomspsykiatri i storstadsområden inför betydande utmaningar på grund av mycket begränsade resurser. För att de större regionerna ska kunna fungera som utvecklingsnoder för barn- och ungdomspsykiatri krävs en strategisk satsning på att koncentrera personalresurser inom området. En sådan satsning är avgörande inte bara för att stärka kapaciteten att hantera vårdbehoven, utan även för att möjliggöra långsiktig utveckling och innovation. Detta skulle bidra till att höja vårdens kvalitet och effektivitet på både regional och nationell nivå.

Bakgrundsinformation

Adhd är en klinisk diagnos som baseras på symtombeskrivningar och en bedömning av funktionsnedsättning i relation till krav från omgivningen. Kärnsymtomen handlar om svårigheter gällande koncentration, aktivitetsnivå och impulskontroll. Det finns en stor genetisk faktor men symtomen är även kontextavhängiga, dvs samspelar med omgivningens förväntningar på just dessa egenskaper. Vid högre krav på koncentration, planering, impulskontroll så kommer fler barn visa symtomen och eventuell funktionsnedsättning i relation till förväntad funktionsnivå.

Grunden för insatser vid symtom på adhd är tidiga insatser i form av anpassningar i hem och skola. Dessa insatser ska ges till alla barn vid behov, både innan och efter erhållen diagnos. Om dessa insatser inte har effekt, eller vid svårare adhd, så kan patienten erbjudas medicinering. Medicinering vid adhd sker i första hand med så kallade centralstimulerande läkemedel som endast får förskrivas av läkare som är specialister i psykiatri. Läkemedlen har ofta god effekt men även biverkningar. De vanligaste biverkningar är aptitnedsättning, sömnstörning och förhöjd puls och blodtryck. Men även emotionella biverkningar med avstängdhet och nedstämdhet är vanliga och upplevs problematiska[27]. Cirka 75% av alla barn med adhd erhåller vid något tillfälle medicinering.).

Orsaker till huvudproblemet (drivkrafter)

Systemrelaterade faktorer:

Ökningen av medvetenheten om adhd och minskat stigma i samhället leder till att fler människor uttrycker sina symtom och söker vård för utredning baserat på upplevda behov av stöd. När medvetenhet kring diagnosen adhd ökar och stigma minskar i samhället, leder det till att fler uttrycker symtomen och söker vård med önskemål om utredning utifrån upplevda behov av stöd. Dessa upplevda behov kan se olika ut i olika socioekonomiska grupper.

En otydlig vårdkedja för barn och unga med psykisk ohälsa, tillsammans med bristande resurser på andra vårdnivåer och inom andra vårdformer, gör att inflödet av patienter ökar till den barn- och ungdomspsykiatriska specialistvården.

Det stora antalet patienter leder till svårigheter att uppnå målet om tillgänglighet med ett första besök inom en månad. Det leder i sin tur till uteblivna stadsbidrag och ytterligare försämrad möjlighet att uppnå målen nästa år.

För att kunna möta den ökade efterfrågan och vårdgarantin har flera regioner valt att köpa in utredningstjänster och även infört kortare utredningsprocesser för att effektivisera vården.

Allt fler privata aktörer erbjuder adhd-utredningar. Efter genomförd utredning övergår patienten ofta till den regiondrivna vården. Även om privata utredningar kan ge barn och unga snabbare tillgång till en bedömning och kortsiktigt avlasta den regiondrivna barn- och ungdomspsykiatri, innebär det ofta merarbete för den regionala vården. Detta beror delvis på det administrativa arbetet med att remittera patienter mellan privat och regional vård.

Kortare utredningsprocesser inom både privat och regiondriven vård innebär att diagnostiken blir mer osäker, och riskerar ytterligare öka antalet barn med diagnoser och påverka tillgängligheten till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri negativt.

Personalrelaterade faktorer:

Introduktionen av första linjen för psykisk ohälsa hos barn ledde initialt till konkurrens med specialistvården gällande personaltillgång. Det påverkade möjligheterna för specialistvården att rekrytera och behålla erfaren personal negativt.

Med mer oerfaren personal och i brist på resurser och tidiga insatser på andra vårdnivåer kan personalens benägenhet att ställa en diagnos öka.

Sociala och ekonomiska faktorer:

Om samhällets, skolans och föräldrarnas krav på barn och ungdomars kognitiva förmågor stiger, kommer fler barn bedömas ha svårigheter och behov av stöd vilket påverkar diagnossättningen och gör att fler erhåller diagnos.

Minskade stigman och förändrade normer i samhället kring diagnosen adhd leder även till en önskan om diagnos för att förklara avvikande beteenden och för att få tillgång till stöd och behandling.

Ökad acceptans att medicinera barn för adhd symtom och tillgång till farmakologisk behandling som förbättrar koncentrationen, kan även i vara en drivkraft för föräldrar och skolor att vilja utreda barn för adhd.

Konsekvenser av problemet (effekter)

För patienterna:

Det ökade inflödet leder till fördröjningar i vårdkedjan vilket kan förvärra tillstånd och öka lidandet hos patienter.

Prioritering och insatser utifrån vårdgaranti, snarare än medicinska behov, riskerar att leda till att de svårast sjuka patienterna inte får nödvändig vård i tid. Detta kan resultera i försämrat hälsotillstånd och ökat lidande för dessa patienter när resurser omfördelas till mindre akuta fall. Konsekvensen blir ökat personligt lidande för patienter och ökad ojämlikhet avseende tillgång till vård.

För personalen:

Det ökade vårdtrycket leder till ökad arbetsbelastning, stress och utmattning leder till att personal slutar, vilket ytterligare försvagar systemet.

Prioritering av nybesök utifrån vårdgaranti istället för utifrån medicinska behov ökar den etiska stressen hos vårdpersonalen. Många upplever att de inte kan följa hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformens riktlinjer om att prioritera de mest behövande[28]. Situation kan leda till att kvalificerad personal väljer att lämna yrket, vilket ytterligare förvärrar personalbristen och försämrar arbetsmiljön.

För samhället:

En otydlig vårdkedja påverkar förtroendet mellan olika parter i vårdkedjan negativt.

På samhällsnivå så riskerar det ökade trycket på barn- och ungdomspsykiatri och oförmågan att möta och prioritera vårdbehoven utifrån den etiska plattformen leda till försvagat förtroende för sjukvårdssystemet och samhällskontraktet mellan medborgarna och det offentliga systemet. Barn- och ungdomspsykiatriens svårigheter att möta behoven i befolkningen blir därför även i förlängningen en demokratifråga.

Återkopplingsmekanismer (Feedbackloopar)

Förstärkande loopar:

- Brist på personal → Ökad arbetsbelastning → Fler slutar → Ännu svårare att möta vårdbehov.
- Ökad efterfrågan på utredningar → Fler diagnoser
- Köpta utredningar → Fler diagnoser

- Tillgång till resurser och läkemedelsbehandling med god effekt → Ökad efterfrågan på utredningar → Fler diagnoser
- Fler diagnoser → Ökad behandling och resursbelastning → Mindre vård för svårast sjuka.

Dämpande loopar (Möjliga förbättringar):

- Minskade krav på barn och unga → minskade behov av insatser → Minskat behov och belastning på specialistvården
- Fokus på förebyggande insatser → Minskad behov av utredning → Minskad belastning på specialistvården.
- Effektivare vårdkedjor och samordning → Minskad arbetsbörda → Färre som lämnar yrket → Minskad belastning på specialistvården → Mer resurser till de svårast sjuka

Lösningsutrymmen för att främja en jämlik vård

För att skapa en mer jämlik vård behöver faktorer som påverkar systemet identifieras. Socialstyrelsen har pekat ut möjliga Lösningsutrymmen som kräver samarbete mellan vårdens aktörer, professioner, patientföreningar, näringsliv, lärosäten och forskare.

Lösningssutrymmen handlar om att utforska områden där förändring är möjlig. De fokuserar på att hitta handlingsutrymme och realistiska möjligheter, utan att direkt presentera lösningar. Detta skapar en grund för dialog och samarbete, där olika parter kan enas om vägar framåt i ett komplext system. Lösningssutrymmen har följande egenskaper:

- **Flexibilitet:** Inkluderar flera potentiella vägar och scenarier utan att låsa sig vid en enskild lösning, vilket ger utrymme för anpassning och innovation.
- **Realistiska ramar:** Tar hänsyn till systemets begränsningar, som lagstiftning, resurser och tidsramar, men identifierar också dess möjligheter.
- **Fokus på möjligheter:** Lyfter fram vilka delar av systemet som kan påverkas eller förändras, både på kort och lång sikt.
- **Grund för samarbete:** Skapar en plattform där aktörer kan samarbeta och utforska möjliga vägar framåt innan specifika förslag formuleras.

Lösningssutrymmen är alltså en viktig del av processen för att omvandla problem och hinder till konkreta, genomförbara lösningar i återkommande och cirkulära processer. Genom att öppna upp för en bred diskussion möjliggör de ett mer kreativt och samlat arbete för att hitta hållbara lösningar i komplexa system.

Minska ojämlikheterna i tillgång till vård

För att förbättra vårdkedjan och säkerställa att barn och unga med adhd-symtom får rätt stöd krävs ett nära samarbete mellan nyckelaktörer inom olika vårdformer och vårdnivåer, skola, elevhälsa, vårdnadshavare samt barn och unga själva m.fl. Det behövs ett nära samarbete som stärker det förebyggande arbetet och skapar goda förutsättningar för barns utveckling. Målet med ett sånt fördjupat samarbete är att säkerställa att vården prioriterar och är tillgänglig för de barn och unga med störst behov och mest allvarliga symtom. Genomen kombination av informationshöjande och tidiga insatser, målmedvetna föräldrastödsutbildningar och tvärfunktionella team i socioekonomiskt utsatta områden och landsbygd bedömer

Socialstyrelsen att en mer jämlik vård kunna skapas där personalresurserna används på ett sätt som främjar en hälso- och sjukvård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformens intentioner.

Utbildnings- och informationsinsatser för att förändra normer kring adhd och medicinering

Adhd-symtom finns längs ett spektrum, och normerna kring vad som är normalt och vad som kräver vård behöver breddas. När lindrigare symtom börjar anses patologiska och diagnosticeras så krymper normalitetsbegreppet, vi får det som kallas diagnosglidning.

Vi har under det senaste decenniet haft en kraftig ökning av antalet barn med diagnosen adhd. Ökningen är inte jämn fördelad i förhållande till socioekonomi utan vi har en ökad diagnostisering framförallt i områden med goda och mycket goda socioekonomiska förutsättningar, medan ökningen är väsentligen mycket mindre i socioekonomiskt utsatta områden. Samtidigt visar flera studier att diagnosen idag ställs på lindrigare symtom och högre grad av funktion (ref.

Möjliga förklaringar till ökningen i socioekonomiskt mer privilegierade grupper kan vara en ökad kunskap om diagnoser och hur man söker vård men även att föräldrar och skolor i dessa områden ställer högre krav på barn och därmed värderar deras funktion mot en annan norm än barn i socioekonomiskt utsatta områden. En konsekvens av detta skulle bli att diagnosen blir relativ i relation till socioekonomi, dvs att kravet på funktion är högre hos barn i socioekonomiskt privilegierade områden och tröskeln för en diagnos således lägre, dvs diagnosen ställs på lindrigare symtom och högre grad av funktion.

Det är viktigt att patienter med adhd symtom erhåller stegvis vård, barn med lindrigare symtom som erhåller stöd och tidiga insatser kan också möjligtvis med en sådan hjälp inte längre uppfylla kriterier för formell diagnos. I en nyligen genomförd undersökning från SKR framkommer att många föräldrar avböjer erbjudande om insatser i första linjen efter diagnos (muntlig kommunikation), vilket kan bero på en hög tilltro till specialistpsykiatri eller en önskan om medicinering som endast erhålls på specialistnivå.

Det behövs i samhället både en ökad kunskap och ökad tillgång till tidiga insatser och stegvis vård, och även en ökad medvetenheten om risker med medicinering. Kunskap hos allmänheten om första linjen och dess kompetens behöver därför stärkas. Genom informationshöjande insatser som är anpassade till barn, unga och vårdnadshavare kan samhället vägleda dessa

grupper i att hitta rätt stöd och samtidigt minska användning av medicinering.

Föräldrastöd och utbildning

Alla föräldrar behöver ha grundläggande kunskap om barns utvecklingsstadier, emotionell hälsa, kommunikation och konflikthantering för att kunna möta utmaningar och skapa en trygg och positiv hemmiljö. De behöver också ha förståelse och kunskap om sambandet mellan barns sömn, kost, motion och skärmanvändande å ena sidan, och ökad impulsivitet och koncentrationssvårigheter å andra sidan. Socialstyrelsens råd för barn och unga lyfter fram vikten av att föräldrar får kunskap om hur levnadsvillkoren för barn och unga ändrats genom ökade krav i skolan och digitala mediers möjligheter[29].

Det behövs också en ökad kunskap i skolan i enlighet med skollagen (SFS:2010:800) och samhälle om vikten av ovanstående.

Vidare behövs i skolan och samhället i stort en ökad förståelse för vad barn behöver för att kunna koncentrera sig i form av lugn och trygg miljö i skolan. Skolan behöver vara en plats som främjar barns välmående med utifrån åldern rimliga och tydliga krav, vuxennärvaro och klasser som är rimligt stora och erbjuder god miljö för inlärning. Resurser behöver prioriteras på ett sätt så att förutsättningar för att skapa ovanstående miljö i skolan möjliggörs. En stärkt elevhälsa skulle kunna vara en naturlig utgångspunkt för detta arbete.

SFBUP lyfter fram att ibland kan föräldrar och skolpersonal ibland föredra medicinering för att få snabb hjälp till barn med svårigheter. Genom att prioritera andra och tidiga stödinsatser för lindriga fall och medicinering för de med större behov kan vi skapa en balans som gynnar barnet och samhället på sikt.

För föräldrar till barn med särskilda behov, såsom mer uttalade adhd-symtom, är detta stöd särskilt viktigt. Adhd innebär ofta svårigheter med koncentration, impulsivitet och emotionell reglering, vilket kan påverka barnets relationer, skolprestationer och vardagsliv. Genom utbildning i adhd-relaterade utmaningar i preventivt syfte får föräldrar insikter i bakomliggande orsaker och strategier för att hantera dessa, vilket kan minska behovet av att söka vård i tidiga skeden.

Föräldrautbildning kan avlasta hälso- och sjukvården men även ge föräldrar en ökad förmåga att främja sina barns utveckling och hantera utmaningar. Det preventiva stödet kan även minska behovet av en diagnos genom att ge föräldrar vägledning och verktyg för att bemöta vanliga utvecklingsutmaningar utan att söka en formell diagnos som förklaring.

Tvärfunktionella team i socioekonomiskt utsatta områden

För att nå en ökad jämlikhet i vården behövs en ökad kunskap om hur man bättre ska nå barn i socioekonomiskt utsatta områden. Det finns studier som tyder på att detta till stor del handlar om att man inte når barn till utlandsfödda föräldrar[30, 31]. I denna grupp kan rädslan för att söka vård och även stigma kring psykisk sjukdom eller funktionshinder vara större. För att nå dessa familjer kan man behöva pröva nya arbetssätt med tvärfunktionella team som inkluderar skola, elevhälsa, primärvård, socialtjänst och specialistvård - där andra aktörer än barn- och ungdomspsykiatri kan ha en ledande roll i att nå dessa grupper. Socialstyrelsen har redan uppdrag inom flera av dessa områden, till exempel det nationella hälsoprogrammet för barn och unga[32].

Ökad samverkan kan innebära att även den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri på sikt kan förändra sitt arbetssätt för att bättre nå dessa grupper.

Regioner kan behöva stöd i den här typen av arbete vilket kan inkludera att identifiera framgångsfaktorer för tvärfunktionella team, såsom gemensamma mål och exempel på tvärfunktionella team som har utformat fungerande samarbetsformer på insatsnivå. Socialstyrelsens handbok *"Stöd i arbetet med tidiga och samordnade insatser för barn och unga"* kan vara ett värdefullt verktyg i detta arbete[33].

Fokusera på patientens resa genom hela vårdkedjan

För att skapa en sammanhållen vårdkedja för barn och unga med psykisk ohälsa och adhd, från tidig upptäckt till långsiktig behandling, är det avgörande att barn erhåller insatser på rätt nivå. Dessa insatser behöver vara dimensionerade och resurssatta för att möta det aktuella vårdbehovet. Genom att förbättra tillgången till tidiga insatser och stärka samordningen mellan de olika vårdnivåerna kan vi avlasta barn- och ungdomspsykiatri och erbjuda en mer adekvat hälso- och sjukvård, även med de begränsade resurser som finns. Det finns även behov av att främja en bättre övergång mellan barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri.

Förståelse av vårdkedjans olika verksamheter

För att använda resurserna effektivt inom vårdkedjan för barn och unga med psykisk ohälsa och adhd krävs en djup förståelse för komplexa system och systemdynamik. Denna förståelse är avgörande för att kunna dimensionera personal på olika vårdnivåer och säkerställa att resurserna motsvarar

vårdbehoven. En sådan dimensionering bör stödjas av information och beslutsstöd baserade på patientmått som tydligt visar resultat. Barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet behöver analyseras tillsammans med andra vårdnivåer för att förstå dess ömsesidiga påverkan och beroende av varandra.

Effektiv styrning, ledning och utveckling av vårdkedjan bygger på en helhetssyn som sätter barn, unga och personalens arbete i fokus. Om vården i större utsträckning har möjlighet att prioritera och behandla patienter utifrån behov, kommer det ha en positiv inverkan på arbetsmiljön och fler kommer att vilja sanna. För att uppnå detta behövs en djupgående förståelse för de olika verksamheternas uppdrag och innehåll inom vårdkedjan. Genom att etablera denna helhetssyn är det möjligt att formulera gemensamma målbilder som skapar en mer sammanhållen och integrerad vård för barn och unga med psykisk ohälsa och adhd.

En del i denna process handlar om att förflytta perspektivet från att mäta resultatet i varje enskild verksamhet till att fokusera på patientens resa genom hela vårdkedjan. Genom att utgå från patientens behov och följa hela vårdprocessen kan vi kontinuerligt utvärdera effekten av samtliga insatser och skapa en helhetsbild av insatserna. En sådan uppföljning är kritisk för att bedöma vårdinsatsernas effektivitet på olika nivåer och förstå hur de olika delarna av vårdkedjan samverkar för att uppnå bästa möjliga resultat för patienten.

Det är också viktigt att utfallsmått sätts i relation till nuvarande arbetssätt för att lära sig av goda exempel samt identifiera konkreta förbättringsområden. Arbetsformerna bör utvecklas för att skapa en flexibel och anpassningsbar vårdstruktur som kan svara på förändrade behov och resurstillgångar. Genom att koppla uppföljning av patientutfall till förbättrade arbetsprocesser skapas en lärandecykel som både utvecklar hälso- och sjukvården och främjar ett individcentrerat förhållningssätt för patienterna.

Effektiv administration och fokus på patientutfall

För att förbättra kvalitet och effektivitet inom barn- och ungdomspsykiatri krävs en översyn av administration, kvalitetsmätning och ersättningssystem. Denna skulle innebära en genomlysning av hur administration kan optimeras flera nivåer både patientnära i det kliniska arbetet, men även organisatoriskt och på nationell nivå. Ett syfte skulle vara att identifiera och eliminera måtvärden som inte direkt bidrar till att främja vårdkvalitet och patientsäkerhet, vilket skulle minska administrationens omfattning och förflytta fokus till patientutfall och sammanhållna insatser genom hela vårdkedjan.

Inom barn- och ungdomspsykiatri finns en förstärkt vårdgaranti på 30 dagar. Det leder till en generell prioritering av nybesök för att kunna möta kraven på tillgänglighet. Det skapar dock ojämlikheter i tillgång till vård över året då inflödet till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri inte är jämnt fördelat utifrån kalenderår. Den största andelen remisser rörande adhd kommer från skolan i slutet på varje termin, vilket leder till ett stort tryck på verksamheterna att i början på sommaren och i slutet på året ta emot dessa patienter. En uppgift som försvåras av att skolan, som oftast är delaktig i bedömningen, inte är tillgänglig under denna period. En analys av effekterna av den nuvarande förstärkta vårdgarantin till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri skulle kunna identifiera andra incitament som bättre styr den specialiserade barn- och ungdomspsykiatriska vården mot ökad tillgängligheten för de patienter med störst behov, snarare än att främja insatser som ökar antalet nybesök.

Genom att förenkla och effektivisera administrationen på flera olika nivåer och samtidigt rikta ersättningsmodeller mot de patienter som har störst behov kan resurser användas mer effektivt och vårdens kvalitet höjas. Samtidigt bör en genomlysning av vårdkedjan göras med syfte att öka samarbete och samverkan över organisatoriska gränser, så att hälso- och sjukvården får en bättre kontinuitet. Denna övergripande strategi skulle bidra till en hållbar och mer individcentrerad barn- och ungdomspsykiatri, där resurserna är anpassade till att ge rätt vård vid rätt tid till dem som har störst behov.

Utveckling av tidiga insatser

Inom detta område finns det flera delar som behöver kartläggas.

Elevhälsans roll och resurser

Elevhälsan har en unik ställning i barnets nätverk, med nära kontakt och god kännedom om barnets levnadsförhållanden och skolmiljö. De har även en bred kompetens inom barns utveckling. Trots detta har resurserna inom elevhälsan kraftigt nedmonterats, vilket begränsar deras kapacitet att ge tillräckligt stöd. Denna nedrustning gör det svårt för elevhälsan att fungera som det preventiva nav i vårdkedjan som de har potential att vara. Det pågår en utredning som ska analysera och föreslå hur elevhälsan kan stärkas i syfte att bättre tillgodose elevernas behov. Att stärka elevhälsan kräver bland annat att resurserna stärks och att elevhälsans mandat ses över för att möta dagens behov och för att kunna fungera som en tydligare del av vårdkedjan för barn med psykisk ohälsa[34].

Första linjens vård

Första linjen är en viktig del av vårdkedjan där lindrigare psykiatriska tillstånd och tidiga adhd-symtom skulle kunna behandlas. Men på många platser är insatserna tidsbegränsade, vilket innebär att familjer ibland inte får den kontinuerliga hjälp de behöver. För att första linjen ska kunna avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri och erbjuda hållbart stöd behöver insatserna baseras på barnets behov och komplexiteten i dess problematik snarare än begränsas till olika tidsramar. Denna del av vården skulle behöva byggas ut för att vara familjens första kontaktyta och en plats de kan återvända till vid fortsatt vårdbehov efter insatser inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri.

Habiliteringens roll i vårdkedjan

Habiliteringens uppdrag är att stödja och behandla barn med funktionsnedsättningar samt deras anhöriga, men deras roll som avlastning för den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri är i dagsläget begränsad. Om habiliteringen erbjöd ett bredare utbud av individualiserade insatser för barn och föräldrar baserat på specifika funktionsnedsättningar, skulle de kunna ge ett större stöd till barn och familjer efter utredning i den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri. Detta skulle minska trycket på den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri, men för att nå dit krävs en utökning av resurser och en bredare inriktning inom habiliteringens uppdrag.

Hållbar arbetsmiljö & kontinuerligt utvecklingsarbete

För att skapa en långsiktigt hållbar arbetsmiljö inom barn- och ungdomspsykiatri är det avgörande att verksamheterna når ut till de barn och unga som har störst vårdbehov. Detta är viktigt för att minska personalens etiska stress, som uppstår när de känner att de inte kan prioritera de med störst vårdbehov. För att det ska vara möjligt behöver flera insatser genomföras på flera olika vårdnivåer. Det är vidare viktigt att det finns erfaren personal i verksamheterna som kan arbeta med introduktion, utbildning samt kontinuerligt lärande. Det är även viktigt att det finns utvecklingsmöjligheter för erfaren personal.

Till exempel skulle införandet av mer datadrivet arbetssätt som riktar fokus mot patientutfall ha potential att effektivisera resursfördelning och vårdprocesser genom kontinuerlig analys av patientbehov och tillgängliga resurser. Region Halland har utvecklat en modell för datadriven vård som ligger till grund för beslutsfattande, vilket möjliggör en mer flexibel och behovsstyrd hälso- och sjukvårdsorganisation. Att undersöka hur ett sånt förhållningssätt skulle kunna utvecklas i andra regioner i Sverige genom en pilot inom barn- och ungdomspsykiatri skulle kunna vara ett första steg till

gemensamt lärande. I denna process behöver fokus främst riktas mot att skapa ett systematiskt lärande baserat på goda exempel från framgångsrika arbetssätt. Genom att bygga strukturer för erfarenhetsutbyte kan en lärandekultur etableras, vilket stödjer kontinuerliga förbättringar i arbetsflöden och vårdkvalitet. Detta bidrar till en vårdmiljö som bättre är rustad att möta framtidens behov.

Förslag till åtgärder där Socialstyrelsen har en central roll

Socialstyrelsen har en central roll i att främja stöd för en hållbar, individcentrerad vård inom barn- och ungdomspsykiatri utifrån ett systemperspektiv. För att möta de nuvarande utmaningarna inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri krävs insatser på systemnivå som sträcker sig bortom riktlinjer och regleringar. Fokus bör ligga på att skapa stödjande strukturer för samverkan, lärande och samarbete. Här är några utvecklingsområden där Socialstyrelsen kan bidra för att möta de nuvarande utmaningarna.

Informationsinsatser om normal utveckling, adhd-symtom och medicinering

Det behövs en ökad medvetenhet och analys av faktorerna som ligger bakom ökningen av adhd-diagnoserna, för att kunna leda utvecklingen mot en mer balanserad nivå. Här skulle Socialstyrelsen kunna göra ett arbete tillsammans med professionsföreningarna.

Socialstyrelsen kan också tillsammans med Folkhälsomyndigheten, Skolverket och andra relevanta myndigheter initiera informationsinsatser om barns normala utveckling och relationen mellan sömn, mat, motion, skärmvanor och beteendeproblem så som adhd-symtom. Genom att förse vårdnadshavare, skolor och vårdpersonal med kunskap och information kan en mer nyanserad förståelse för adhd skapas som kan bli normerande och ge en vägledning i valet av behandlingsinsatser.

En sådan nationell satsning kan hjälpa till att minska både risken för övermedicinering och för att diagnoser missas där de verkligen behövs, vilket stärker en mer individcentrerad vård och förbättrar jämlikheten i tillgången till vårdresurser.

Nationellt lärandesystem för en sammanhållen vårdkedja

Ett pilotprojekt skulle kunna utformas för att främja ett nationellt lärandesystem för en sammanhållen vårdkedja. Syftet med pilotprojektet är

att skapa ett systematiskt lärande som omfattar hela vårdkedjan för barn och unga med psykisk ohälsa och adhd, genom att följa upp insatser ur ett helhetsperspektiv.

Socialstyrelsen skulle kunna vara en mötesplats för nyckelaktörer inom det nationella lärandesystemet. Pilotprojektet skulle ha i uppgift att definiera utformningen av ett nationellt lärandesystem. Det skulle till exempel kunna analysera faktorer som påverkar effekterna av tidiga insatser och patientutfall för att bedöma deras effekt i vårdkedjan ur barn och ungas perspektiv. För att skapa hållbara verksamheter som kan anpassas till förändrade vårdbehov krävs även en analys av hur faktorer som ledning, resurser, arbetsmiljö och samarbete mellan vårdnivåer påverkar verksamheterna.

Några exempel på områden som behöver utvecklas för ett nationellt lärandesystem för en sammanhållen vårdkedja är:

- Metoder som belyser i vilken mån tidiga insatser bidrar till att den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien kan fokusera på att ge vård till de med störst vårdbehov, vilket kan vara en indikation på dess effektivitet.
- Kartläggningar av vårdkedjan utifrån barn och ungas perspektiv för att få en insyn i hur olika verksamheter samverkar utifrån barn och ungas individuella behov.
- Kartläggningar av och förståelsen för vårdkedjans verksamheter och resurser utifrån faktorer som bidrar till en hållbar arbetsmiljö för personalen.
- Analyser av hur budgetstruktur och ersättningssystem påverkar de ramar som finns för att olika vårdnivåer ska kunna samarbeta i tvärfunktionella team utifrån barn och ungas individuella behov.
- Analyser av hur besluts- och samarbetsstrukturer påverkar tvärfunktionella teams möjligheter till individanpassat arbete för barn och unga på insatsnivå, både inom och mellan olika vårdnivåer.
- Region Halland har utvecklat en datastruktur som bygger på individdata. Som enda region i Sverige kan de följa en individ genom hela vårdkedjan. En datadriven vård möjliggör bland annat att patienten kan erbjudas en individcentrerad vård och samtidigt kan informationen bidra till en effektivare resursanvändning. Utifrån deras erfarenheter skulle det vara möjligt att undersöka hur region Hallands datadrivna arbetssätt skulle kunna anpassas och utvecklas i andra regioner.

För att säkerställa en heltäckande och ändamålsenlig utveckling behöver relevanta aktörer involveras utifrån de specifika frågeställningar som ska utredas. Nedan presenteras exempel på roller och aktörer som skulle kunna inkluderas i arbetet.

- Juridiska experter skulle kunna bidra med sin kunskap om lagstiftningens inverkan på vården. De skulle också kunna hjälpa till med att navigera rättsliga ramar för att främja ett tvärfunktionellt samarbete mellan olika vårdnivåer och organisationer.
- Verksamhetsledningar skulle kunna utifrån ett verksamhetsperspektiv visa exempel på förändringsarbete och synliggöra förutsättningar för att omsätta dessa i praktiken.
- Vårdens professioner skulle kunna bidra med sin kunskap från det dagliga arbetet, vilket ger en praktisk förståelse för hur vården kan fungera och vilka utmaningar som finns.
- Yrkes- och professionsföreningar skulle kunna tillföra expertis och bidra till standardisering inom sina respektive områden.
- Erfarenheter om barn och unga samt vårdnadshavare syn på verksamheterna kan inkluderas och hur det kan bidra till utveckling av verksamheterna.
- Civilsamhällets bredare perspektiv och forskningens evidensbaserade kunskap är andra perspektiv som skulle kunna användas för att säkerställa att insatserna både speglar verkliga behov och vilar på en vetenskaplig grund.

Prognoser och teamsammansättning

Att utveckla prognoser inom barn- och ungdomspsykiatri baserade på den rådande personalsammansättningen och olika scenarier för framtida vårdbehov är avgörande för att möta vårdbehoven både på kort och lång sikt. Genom att formulera en önskad målbild kan vården med utgångspunkt från denna bättre förbereda sig för att anpassa resurser och kompetenser i linje med dagens och framtida behov hos barn och unga. Dessa prognoser kan även fungera som underlag i dialoger med andra vårdaktörer, vilket möjliggör en gemensam målbild och stärker samordningen mellan barn- och ungdomspsykiatri och andra vårdformer och vårdnivåer. På så sätt kan vi skapa en mer sammanhållen vårdkedja som effektivt svarar mot patienternas behov.

För att bättre förstå vilka personalresurser som finns inom barn- och ungdomspsykiatri och hur deras kompetenser samspekar med de förändrade vårdbehoven är det avgörande att analysera likheter och skillnader mellan olika legitimationsutbildningar inom hälso- och sjukvården. En sådan analys ger insikt i hur utbildningssystemet och vårdsektorn samverkar och påverkar varandra. Genom att jämföra utbildningar och yrkesgrupper och identifiera överlappande kompetenser kan vi tydligare se hur olika professioners kunskap och färdigheter kan samordnas i tvärfunktionella team för att möjliggöra ett patientcentrerat arbetssätt.

Metoder som används för diagnos, behandling och uppföljning och vilka kunskapskällor och beslutsprocesser som professionerna använder kan skilja sig åt för olika yrkesgrupper. Att ha kunskap om skillnader och likheter fördjupar vår förståelse för de specifika utmaningar vårdpersonalen möter. Genom att skapa en kontextkarta som kartlägger beroendeförhållanden mellan utbildningssystemet och vårdsektorn blir det möjligt att identifiera kunskapsluckor och strukturella hinder, vilka kan utgöra hinder för innovation och utveckling. Detta ger en stabil grund för att främja samarbete, öka flexibiliteten och anpassa vårdresurserna efter patienternas behov i ett dynamiskt vårdlandskap.

Undersöka modeller för resursdelning

För att säkerställa en jämlik hälso- och sjukvård för barn och unga, oavsett bostadsort eller socioekonomiska förutsättningar, skulle Socialstyrelsen i samverkan med hälso- och sjukvårdens huvudmän kunna ta fram underlag och initiera dialoger kring resursdelning. Målet är att utveckla stödjande och pragmatiska lösningar för att stärka regioner som har svårigheter att nå barn och unga med psykiatrisk problematik. Detta gäller särskilt i socioekonomiskt utsatta områden och på landsbygden, där vårdens tillgänglighet och kapacitet ofta är begränsad.

Socialstyrelsen kan till exempel initiera kartläggningar för att bedöma den nationella personalkapaciteten i förhållande till vårdbehovet på olika vårdnivåer. Genom att identifiera var det finns brister eller överskott av vårdresurser kan en mer effektiv och behovsanpassad vårdfördelning göras, vilket ökar tillgången till vård för barn och unga i hela landet.

En sådan kartläggning bör innefatta både en analys av den nuvarande resursfördelningen och en kontinuerlig uppföljning av dess utveckling. I samråd med regioner, kommuner, professionsförbund och annan relevant personal kan konkreta förslag utformas för att effektivt rikta resurser till glesbygdsområden med rekryteringssvårigheter samt till socioekonomiskt utsatta områden där vårdbehoven är som störst. Socialstyrelsens roll kan vara att bidra med en bredare förståelse för strukturella utmaningar genom att undersöka pågående initiativ inom barn- och ungdomspsykiatri och andra vårdområden för att belysa effektiva lösningar och kontinuerligt lärande.

För att skapa hållbara stödjande mekanismer kan Socialstyrelsen och vårdens huvudmän även utveckla system som underlättar för regionerna att dela på personalresurser mellan varandra utan att kostnaderna blir alltför betungande. Det kan till exempel innefatta korttidsrotationer, digitala konsultationer, och specialiststöd på distans, så att resurser kan nå avlägsna eller underbemannade områden effektivt. Genom att främja ett lärande där

erfarenheter från olika regioner delas och analyseras, stödjer Socialstyrelsen och huvudmännen framväxten av flexibla, alternativa lösningar för resursfördelning som säkerställer långsiktig tillgång till vård. Nästa steg

Nedan beskrivs Socialstyrelsens pågående arbete och förslag till piloter presenteras som Socialstyrelsen avser att utveckla inom ramen av pågående uppdrag:

Pågående arbete: Utveckla metoder för personalplanering

Som en del av uppdraget om att utveckla metoder som stödjer ett effektivt nyttjande av hälso- och sjukvårdens personalresurser ur ett nationellt perspektiv kommer Socialstyrelsen att arbeta med att utveckla ett prognosverktyg för barn- och ungdomspsykiatri. Vidare kommer Socialstyrelsen att kartlägga personalresurser och analysera hur kompetenser inom barn- och ungdomspsykiatri samspekar med de förändrade vårdbehoven. En sådan analys av likheter och skillnader mellan legitimationsutbildningar skulle underlätta och främja tvärfunktionella team och insatser som är individanpassade till barn och unga med psykisk ohälsa och adhd.

Pilotprojekt: Översyn av administration

Denna rapport bidrar till Socialstyrelsens uppdrag om att etablera utvecklingsteam för att stödja barn- och ungdomspsykiatri[35]. Flera av de lösningssutrymmen som diskuteras i rapporten kan vidareutvecklas av utvecklingsteam. Till exempel skulle Socialstyrelsen kunna undersöka hur administrationen inom barn- och ungdomspsykiatri kan effektiviseras för att minska tidsåtgången för personalen och bli mer ändamålsenlig; på klinisk, organisatorisk och nationell nivå. Dessutom skulle utvecklingsteam tillsammans med verksamheterna kunna arbeta med verktyg för prioritering samt utveckla mått på patientutfall. Ett annat område skulle kunna handla om att främja effektiva samarbetsformer baserade på tvärfunktionella team inom och mellan andra vårdnivåer. Detta skulle innebära några steg mot att bidra till en mer systematisk och målstyrd utveckling av barn- och ungdomspsykiatriens verksamheter som går i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen och den etiska plattformens principer.

Pilotprojekt: Lärandesystem för en sammanhållen vårdkedja

Socialstyrelsen etablerade 2023 en avdelning med uppdraget att stödja och driva utveckling inom kritiska områden för hela hälso- och

sjukvårdssystemet. Inom ramen för denna avdelning leder Socialstyrelsen uppdraget om att bidra till att stärka samt följa upp tillgängligheten och vårdkapaciteten på regional och nationell nivå.

Under 2023 och 2024 har i stort sett alla regioner pekat ut barn- och ungdomspsykiatrin som ett område med stora utmaningar, särskilt vad gäller kapacitet att möta behoven hos barn och unga.

Socialstyrelsen avser att utveckla de pågående dialogerna med regionerna genom att initiera ett pilotprojekt om ett nationellt lärandesystem för sammanhållna vårdkedjor för barn- och ungdomspsykiatrin. Syftet är skulle vara att stimulera lärande och skapa drivkrafter för förbättring i regionerna, samt att bistå regeringen med underlag som stöd för att uppfylla de hälso- och sjukvårdspolitiska målen.

Socialstyrelsen avser att samarbete med relevanta aktörer i ett pilotprojekt som syftar till att utveckla ett system som främjar systematisk metodutveckling och lärande mellan olika regioner och kommuner med ett fokus på hela vårdkedjan. Detta skulle vara ett steg mot att synliggöra hur ett kontinuerligt förbättringsarbete kan utformas på systemnivå. Om det visar sig ha god effekt skulle det sedan kunna överföras till andra områden.

Pilotprojekt: Optimering av begränsade personalresurser

Socialstyrelsen avser att utveckla ett pilotprojekt för barn- och ungdomspsykiatrin som undersöker metoder som möjliggör att vårdgivare kan dela på begränsade personalresurser. Eftersom barn och unga sällan kan flyttas till andra regioner för vård, blir det avgörande att strategiskt kunna dela på personalresurser till de områden där det är svårt att rekrytera till och där behoven är stora. Det gäller framför allt socioekonomiskt utsatta områden och landsbygdsområden. Detta arbete kan utvecklas inom ramen för uppdraget om att följa upp hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och kapacitet.

Särskilt fokus kan läggas på att utveckla flexibla lösningar, såsom rotationstjänster och digitala konsultationer, för att förbättra tillgänglighet och jämlikhet inom barn- och ungdomspsykiatrin. Dessa modeller skulle underlätta tillgången till specialistkompetens i regioner med resursbrist och minska beroendet av hyrläkare.

Ett sådant system kan bidra till en mer effektiv resursfördelning och förbättra tillgängligheten på nationell nivå. Samtidigt skulle det minska arbetsbelastningen i regioner med särskilt höga vårdbehov och skapa en mer hållbar vårdstruktur.

Områden som kräver nationell samling

Denna rapport har lyft fram flera lösningsutrymmen som tillsammans skulle kunna förbättra förutsättningarna för barn- och ungdomspsykiatriens möjligheter att med begränsade resurser möta det ökade vårdbehovet av barn och unga med adhd och psykisk ohälsa.

Tillgången till kvalificerad personal har i flera utredningar och rapporter lyfts fram som en av de största utmaningarna för att säkerställa tillgängligheten till hälso- och sjukvården. För att uppnå en patientsäker och tillgänglig vård krävs personal med rätt kompetens, erfarenhet och kapacitet att utveckla vårdens organisationer. Detta innebär behov av en hållbar personalförsörjningskedja, som inkluderar satsningar på utbildning av lärare vid lärosäten, erfarna handledare för ST-tjänster, VFU-program, PTP-tjänster, introduktion för nyutbildade och långsiktig karriärutveckling.

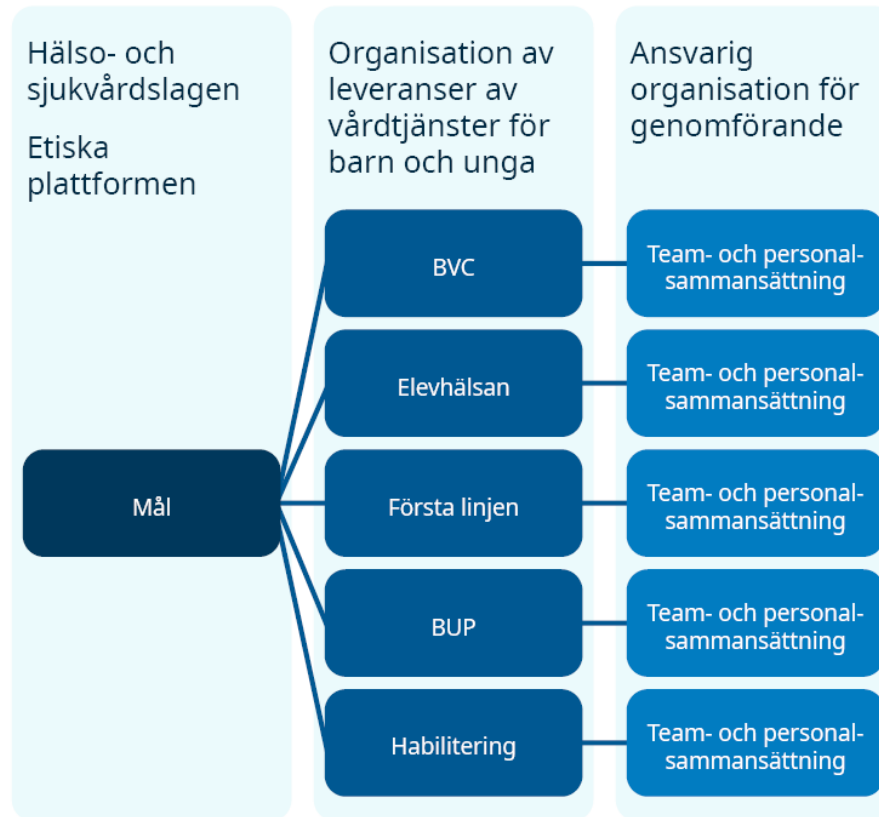
En översyn och analys av den förstärkta vårdgarantins påverkan på verksamheterna inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrien skulle kunna genomföras som en del av det pågående utredningen om den förstärkta vårdgarantin[4]. Syftet är att identifiera potentiella justeringar som kan skapa utrymme för verksamheterna att hantera vårdbehovet effektivt, minska den etiska stressen hos personalen och främja en hållbar arbetsmiljö.

Referenser

1. <https://psykologtidningen.se/2024/04/17/tva-av-tre-bup-underkanda-av-arbetsmiljoverket/>.
2. 20 regioner saknar personal till BUP – växande köer kritiserar Ivo. Läkartidningen. 2022.
3. Regeringskansliet.
<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/05/en-ny-och-starkt-varogaranti/>.
4. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/06/anna-nergardh-utreder-ny-och-starkt-varogaranti>.
5. al Le. Har alla barn i grundskolan förutsättningar att klara nya läroplanens krav? Läkartidningen. . 2018.
6. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2024-3-8944.pdf>.
7. <https://www.vardanalys.se/digital-publikation/redo-for-framtiden/>
8. Rydell M, Lundstrom S, Gillberg C, Lichtenstein P, Larsson H. Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. J Child Psychol Psychiatry. 2018; 59(8):863-71.
9. Rodgaard EM, Jensen K, Vergnes JN, Soulieres I, Mottron L. Temporal Changes in Effect Sizes of Studies Comparing Individuals With and Without Autism: A Meta-analysis. JAMA Psychiatry. 2019; 76(11):1124-32.
10. Folkhälsomyndigheten. Digitala medier och hälsa. 2024.
11. Folkhälsomyndigheten. Hur hänger olika skolfaktorer samman med ungdomars hälsa och välbefinnande i Sverige? ; 2022.
12. Folkhälsomyndigheten. Skolstress, självrapporterade hälsobesvär och livstillfredsställelse bland skolbarn 2024. 2024.
13. al HBe. Consequences of school grading systems on adolescent health: evidence from a Swedish school reform. Journal of education policy 2019.
14. Regeringskansliet. En tydligare kunskapsinriktning i läroplanerna. Kommittedirektiv. 2023.
15. Socialstyrelsen. Diagnostik och läkemedelsbehandling vid adhd. Förekomst, trend och könsskillnader. 2024.
16. Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet. 2020; 395(10222):450-62.
17. FORTE. Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst. En kunskapsöversikt. 2021.
18. <https://www.scb.se/hitta-statistik/regional-statistik-och-kartor/regionala-indelningar/regso---regionala-statistikomraden/>.

19. Larsson H, Sariaslan A, Langstrom N, D'Onofrio B, Lichtenstein P. Family income in early childhood and subsequent attention deficit/hyperactivity disorder: a quasi-experimental study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2014; 55(5):428-35.
20. Socialstyrelsen. Adhd och autism Prioriteringsstöd till dig som beslutar om resurser i hälso- och sjukvården eller socialtjänsten.
21. SKR. Psykiatri i siffror. Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatri 2023.
22. <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/sluta-kop-externa-adhd-utredningar/>.
23. <https://www.dagensmedicin.se/opinion/debatt/ungas-psykiska-halsa-ar-inte-enbart-en-fraga-for-bup/>.
24. SKL. Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige inhämtad av Uppdrag Psykisk Hälsa. 2017.
25. ungdomspsykiatri Sffbo. 6 av 10 ST-läkare på BUP funderar på att hoppa av. *Läkartidningen*. 2019.
26. Läkarförbundet. Vårdplatsbristen har förvärrats. Arbetsmiljöenkäten 2022.
27. SFBUP. Oroväckande att ADHD-läkemedel sätts in utan att tidiga insatser gjorts. 2024. *Läkartidningen*.
28. Presentation av SFBUPs medlemsenkät kring Adhd. 2024. Svensk psykiatri.
29. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2024/03/dir.-202430>.
30. Gubi E, Sjoqvist H, Dalman C, Baarnhielm S, Hollander AC. Are all children treated equally? Psychiatric care and treatment receipt among migrant, descendant and majority Swedish children: a register-based study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022; 31:e20.
31. Gubi E, Sjoqvist H, Viksten-Assel K, Baarnhielm S, Dalman C, Hollander AC. Mental health service use among migrant and Swedish-born children and youth: a register-based cohort study of 472,129 individuals in Stockholm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022; 57(1):161-71.
32. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/god-och-nara-varld/nationellt-halsoprogram-for-barn-och-unga/>.
33. Socialstyrelsen. Stöd i arbetet med tidiga och samordnade insatser för barn och unga. 2023.
34. Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/kommittedirektiv/2024/03/dir.-202430>.
35. Regeringskansliet. <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/08/nationella-utvecklingsteam-ska-stotta-den-specialiserade-psykiatri/>.

Bilaga 1. Vårdkedjor



Barnavårdscentralen (BVC)

BVC har som huvuduppgift att främja barns hälsa från födseln fram till skolstart genom regelbundna kontroller, vaccinationer och föräldrastöd. För barn med tidiga tecken på adhd, som ofta visar sig i förskoleåldern, kan BVC spela en viktig roll genom att erbjuda stöd och vägledning till föräldrar samt remittera vidare vid behov. Psykologer finns ibland som stöd och om rätt insatser sätts in tidigt kan det minska belastningen på högre vårdnivåer.

Elevhälsan

Elevhälsan, som har ett brett uppdrag inom både hälsa och lärande, kan identifiera och följa upp barn och unga med adhd-symptom tidigt i skolorn. Här finns skolsköterskor, skolläkare, hälso- och sjukvårdskuratorer och psykologer, vilket möjliggör en tvärprofessionell insats för att stödja elevernas hälsa och inlärning. Efter lagändringen 2010 har elevhälsans resurser för att hantera psykisk ohälsa blivit begränsade, vilket gör att vissa återkommande problem inte fångas upp i tid. Att stärka elevhälsans roll så att barn med lindrigare adhd kan få kontinuerligt stöd för att hantera

vardagen, och anpassningar i sin skolmiljö kan minska behovet av barn och ungdomspsykiatrisk hälso- och sjukvård.

Första linjens vård

Första linjens vård erbjuder tidiga insatser för psykisk ohälsa och är särskilt utformad för att hantera lindrigare fall. Här arbetar framförallt psykologer med psykisk ohälsa och kan även erbjuda stöd till barn och unga med lindriga adhd-symptom samt deras föräldrar. För att avlasta specialistvården krävs dock att första linjens vård får tillräckliga resurser och kompetens för att kunna ta emot fler patienter och att det finns tydliga riktlinjer för när remittering till barn- och ungdomspsykiatri är nödvändig. Med förstärkta resurser och kompetens kan första linjens vård bli ett effektivt filter som ser till att enbart de barn och unga med större vårdbehov skickas vidare till specialistnivån.

Specialiserad barn- och ungdomspsykiatri

Barn- och ungdomspsykiatri ansvarar idag för behandling av barn och unga med medelsvåra tillstånd. Samtidigt är det den enda vårdnivån där farmakologisk behandling är tillgänglig, vilket är centralt för många med adhd. Här arbetar tvärprofessionella team bestående av barn- och ungdomspsykiatrier, psykologer, sjuksköterskor, kuratorer och andra specialister. För att barn- och ungdomspsykiatri ska kunna fokusera på de mest behövande patienterna är det viktigt att inflödet av lindrigare fall minimeras genom förbättrad remisshantering och att andra vårdnivåer får tillräcklig kapacitet och kompetens för att hantera lindrigare adhd-problem.

Habilitering

Habiliteringen erbjuder stöd för barn och unga med funktionsnedsättningar som stärker deras självständighet och delaktighet i vardagen. I de allra flesta regioner så inkluderas dock inte gruppen adhd i habiliteringens uppdrag. Med hjälp av tvärprofessionella team, bestående av psykologer, arbetsterapeuter, fysioterapeuter, logopedier och specialpedagoger, arbetar habiliteringen för att förbättra barnets funktioner och underlätta vardagens utmaningar. Genom kontinuerligt stöd kan habiliteringen hjälpa barnet att utveckla strategier och färdigheter för att hantera sin adhd på lång sikt.

För att skapa en effektiv vårdkedja är det avgörande att habiliteringen och barn- och ungdomspsykiatri arbetar nära tillsammans. Barn- och ungdomspsykiatri ansvarar för behandling av medelsvåra till svåra adhd-symptom, inklusive farmakologisk behandling, medan habiliteringen

fokuserar på långsiktigt stöd för att hantera funktionsnedsättningen. Att undersöka hur samspelet mellan habiliteringen och barn- och ungdomspsykiatri kan utvecklas är viktigt för att undvika överlappande insatser och onödiga omvärderingar av varandras bedömningar, vilket gynnar både patienternas utveckling och vårdens effektivitet genom frigjorda resurser och minskat dubbelarbete.



Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal
i hälso- och sjukvården 2025 (artikelnr 2025-1-9383)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.