



VISIT i Hagfors – utvärdering av verksamheten 2011-2014

Stefan Persson & Curt Hagquist

Fakulteten för humaniora och samhällsvetenskap

Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa

Rapport, februari 2015



CFBUPH | Centrum för forskning om barns
och ungdomars psykiska hälsa

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING	2
INLEDNING	4
BARN OCH UNGAS PSYKISKA HÄLSA	4
FÖRSTA LINJEN – NATIONELLT	6
FÖRSTA LINJEN – HAGFORS	7
UPPDRAGET	9
METOD	10
ETIKPRÖVNING	10
DELSTUDIER	11
<i>Brukarnöjdhet</i>	11
<i>Förändringar i symtom</i>	11
<i>Samverkan – personal och verksamheter</i>	15
<i>Remisser till psykiatrin</i>	16
<i>Mätningar populationsnivå</i>	17
<i>Förankring hos unga</i>	18
RESULTAT	19
BESKRIVNING AV VISIT:S BESÖKARE.....	20
MÄTNINGAR POPULATIONSNIVÅ.....	26
BRUKARNÖJDHET	31
FÖRÄNDRINGAR I SYMTOM.....	33
SAMVERKAN PERSONAL OCH VERKSAMHETER	41
REMISSER TILL PSYKIATRIN.....	48
FÖRANKRING HOS UNGA.....	49
SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION	50
VISIT:S BESÖKARE.....	50
MÄTNINGAR POPULATIONSNIVÅ.....	51
BRUKARNAS NÖJDHET OCH FÖRÄNDRINGAR I SYMTOM	51
SAMVERKAN – PERSONAL OCH VERKSAMHETER	52
REFERENSER	55
BILAGA	58

Sammanfattning

VISIT i Hagfors startade november 2011 och är en integrerad första linje-verksamhet inom vilken primärvård, socialtjänst och skola samverkar. VISIT vänder sig till barn och unga upp till 25 år och syftar till att förebygga och behandla lindrig till medelsvår psykisk ohälsa.

Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads universitet, har på uppdrag av Hagfors kommun (socialnämnden och barn- och bildningsnämnden) och Landstinget i Värmland genomfört en utvärdering av VISIT. Utvärderingen innehåller dels en utvärdering av hur nöjda besökarna har varit med kontakten, förändring i symtom och känsla av sammanhang, dels en utvärdering av VISIT:s betydelse för andra verksamheter. Därutöver ingår mätningar av psykosomatiska besvär och alkoholkonsumtion bland ungdomar i Hagfors kommun.

Under projektperioden 2011–2014 hade VISIT 279 ärenden, varav 109 inte ingick i målgruppen för utvärderingen (t.ex., handledning och korta telefonkontakter). Av de 170 besökarna som tillhörde målgruppen var 39 % barn i åldrarna upp till 12 år, 24 % var 13–17 år och 38 % var 18–25 år. Av de 170 besökarna samtyckte 108 till att delta i forskningsstudien (63,5 %). Bland besökare upp till 6- års ålder var pojkar vanligare än flickor medan äldre flickor (13–17 år) besökt VISIT i högre utsträckning än pojkar i samma ålder. Hälften av besökarnas kontakorsaker rörde inåtvänd problematik och en fjärdedel utåtvänd problematik, övriga kontakorsaker var mindre specifika, såsom att få prata med någon.

Resultatet från utvärderingen av VISIT visar att:

- personalen i de samverkande verksamheterna förskola, skola, vård, och socialtjänst tyckte att det var lätt att komma i kontakt med VISIT och majoriteten (ca 90 %) var nöjda med den återkoppling som getts angående de ungdomar som hänvisats till VISIT
- två av tio personal i de samverkande verksamheterna (förskola, skola, vård, och socialtjänst) uppgav att de fått stor eller ganska stor hjälp av VISIT i sitt vardagsarbete
- personalen i de samverkande verksamheterna hade god kunskap och kände sig säkra i att upptäcka barn och unga med psykisk ohälsa. Personalen ansåg sig också ha mer kunskap och kände sig säkrare i att

upptäcka psykisk ohälsa efter en vidareutbildning kring barn och neuropsykiatriska symtom

- det totala antalet remisser till psykiatri minskade under VISIT:s projekttid, framför allt var det remisser till vuxenpsykiatri som minskade medan antalet remisser till Barn- och ungdomspsykiatri var relativt oförändrat
- bland ungdomar 13–25 år som besvarat frågorna om nöjdhet var cirka 9 av 10 mycket nöjda eller nöjda med sina besök på VISIT
- ungdomar mellan 17 och 25 år som besvarat frågorna om känsla av sammanhang upplevde en högre känsla av sammanhang i slutet av kontakten än i början av kontakten
- föräldrar till barn i åldrarna 8–16 som besvarat frågorna om barnets symtom upplevde att barnets symtom (SDQ totalpoäng) minskat vid kontaktens avslut jämfört med i början av kontakten
- förankringen bland ungdomar i Hagfors kommun var god, sex av tio flickor och fyra av tio pojkar i gymnasiets årskurs 2 kunde tänka sig att kontakta VISIT om man mådde dåligt

Sammanfattningsvis visar utvärderingen att personalen i de samverkande verksamheterna ansåg att servicen från VISIT varit god. VISIT:s besökare var nöjda med kontakten de haft med VISIT och ungdomar 17-25 år upplevde en högre känsla av sammanhang efter kontakten.

Inledning

Barns och ungas psykiska hälsa

Registerdata visar att antalet barn som vårdats för psykisk ohälsa ökat de senaste decennierna. Från år 2000 till 2011 ökade andelen barn (0–17 år) och unga (18–24 år) vilka fått vård för psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2013). Sedan 1980-talet har den självrapporterade psykiska ohälsan ökat bland äldre ungdomar, framför allt bland flickor (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Psykisk ohälsa – registerdata

Under 2011 hade 4,2 % av pojkarna i åldern 0–17 år besökt psykiatrisk öppenvård, använt psykofarmaka eller vårdats inom psykiatrisk slutenvård, motsvarande för flickor var 2,9 %. I åldersgruppen 18–24 år var motsvarande andelar 7,2 % för män och 10,5 % för kvinnor (Socialstyrelsen, 2013). En studie på inrapporterade huvuddiagnoser under 2010 visar att inom slutenvården vårdades flickor i åldrarna upp till 17 år i hög utsträckning för ångestsyndrom och depressiva episoder och bland kvinnor (18–24 år) var även vård för personlighetsstörningar frekvent. Pojkar och unga män (0–24 år) vårdades i hög utsträckning inom slutenvården för problem orsakade av alkohol/droger (Socialstyrelsen, 2012).

Inom den psykiatriska öppenvården var vård för förstämningssyndrom (huvudsakligen depressiva episoder, recidiverande depressioner och bipolär sjukdom) samt vård för diagnoser inom kategorin neurotiska, stressrelaterade och somatoforma syndrom vanligt bland flickor (0–17 år) samt bland kvinnor och män (0–24 år). Bland pojkar (0–17 år) rörde de flesta diagnoserna beteendestörningar och emotionella störningar, även bland män (18–24) år var vård för beteendestörningar vanligt. Unga män (18–24) år vårdades i högre utsträckning för besvär orsakade av psykoaktiva substanser jämfört med kvinnor i samma ålder (Socialstyrelsen, 2012).

Sammanfattningsvis har andelen barn och unga som haft kontakt med den psykiatriska öppenvården/slutenvården och/eller använder psykofarmaka stadigt ökat från år 2000, ökningen beror framför allt på en ökning av neuropsykiatriska tillstånd. Under 2011 fick ca 4 % av pojkar i åldern 0–17 år vård för psykisk ohälsa och ca 3 % av flickorna. Bland äldre män (18–24 år) var andelen 7 % och motsvarande för äldre kvinnor var drygt 10 %.

Psykisk ohälsa – självrapporterad

Självrapporterade besvär studeras i flera återkommande undersökningar och görs oftast med hjälp av enkäter. För barn från ca 11-års ålder upp till 15-års ålder redovisar vi resultat dels från en nationell totalundersökning med 205 000 deltagare i årskurserna 6 och 9 som genomfördes 2009 (Statens Folkhälsoinstitut, 2011) och dels från studien Skolbarns hälsovanor (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) med 8 000 deltagare (11-, 13- och 15-åringar) (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Resultaten från Skolbarns hälsovanor visar att äldre barn, flickor i högre utsträckning än pojkar, upplever sämre hälsa jämfört med yngre barn. Minskningen av psykiska och somatiska besvär som observerades bland 13- och 15-åringar i föregående undersökning (2009/10) har avstannat och i senaste mätningen (2013/14) är besvären på samma nivå och i vissa fall högre än i tidigare mätningar. Detta gäller både flickor och pojkar men en större andel flickor än pojkar upplever besvär, exempelvis uppger 14 % av de 15-åriga pojkarna att de känner sig nere mer än en gång i veckan jämfört med 36 % av flickorna i samma ålder. Att ha svårt att somna mer än en gång i veckan var det mest frekventa besväret bland 11-åringar (27 % uppger detta). Tre av tio 13-åriga flickor uppger att de känner sig nere mer än en gång i veckan jämfört med ca 1 av 10 bland 11-åriga flickor. Även somatiska besvär (huvudvärk, ont i magen, yrsel och ont i ryggen) har ökat över tid i ett mönster som är likt det som gäller de psykiska besvären. Bland 15-åringarna besvärades 29 % av flickorna och 13 % av pojkarna av huvudvärk mer än en gång i veckan (se Folkhälsomyndigheten, 2014).

I Värmland genomförs sedan slutet av 1980-talet undersökningen Ung i Värmland bland elever i årskurs 9. Resultaten visar att andelen ungdomar med betydande psykosomatiska besvär ökat från slutet av 1980-talet fram till år 2011. Ökningen gäller både pojkar och flickor men andelen flickor som upplever besvär är större än bland pojkar. Även om ökningen planat ut och pekar nedåt i senaste mätningarna är andelen ungdomar med besvär betydligt större 2011 jämfört med slutet av 1980-talet. Utvecklingen av psykisk ohälsa differentieras av ungdomarnas studieinriktning i årskurs 9. Bland flickor med icke teoretisk studieinriktning var ökningen som störst och även om minskningen också har varit som mest markant i denna grupp upplever de mer besvär än flickor med teoretisk studieinriktning och pojkar oavsett studieinriktning (Hagquist, 2013).

Avseende självrapporterad psykisk hälsa för gruppen som är i 16-års ålder upp till 25 visar SCB:s ULF-undersökning att de tidigare ökningarna rörande besvär

av ängslan, oro eller ångest planat ut, med undantag för unga kvinnor (16 – 24 år). År 2012 upplevde 25 % av unga kvinnor lätta eller svåra besvär jämfört med 13 % av männen.

Psykisk ohälsa – konsekvenser

Psykisk ohälsa i unga år har betydelse senare i livet. De ungdomar (16–24 år) som vårdats inneliggande på sjukhus för psykisk ohälsa använde mer psykofarmaka, hade högre dödlighet (själv mord och andra orsaker) samt återkom oftare för vård i åldern 25–29 år jämfört med personer som inte vårdats (Salmi et al., 2013). Bland de som rapporterade svåra besvär av oro, ångest eller ängslan som unga (16–29 år) var det fem gånger vanligare att ha vårdats inneliggande på sjukhus för psykiska besvär eller självmordsförsök jämfört med de som inte rapporterade några besvär. Man fann även samband mellan besvär med ängslan, oro och ångest i unga år (17–24 år) och att få ekonomiskt bistånd sex år senare. Med andra ord bidrar psykisk ohälsa i unga år till sociala skillnader i samhället. Men, det omvända gäller också – sociala skillnader bidrar till skillnader i psykisk hälsa.

Första linjen – nationellt

Vid Socialstyrelsens nationella tillsyn (Socialstyrelsen, 2010) av den vård som erbjuds barn och unga vid psykisk ohälsa framkom att det saknades en klar uppfattning om vilka patienter som ska vårdas inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri samt oklarheter kring vem som ansvarade för insatser gällande barn och unga med psykisk ohälsa. Många vårdcentraler och liknande ansåg att barns och ungas (6–18 år) psykiska ohälsa inte låg inom deras ansvar. Eftersom granskingen visade att bristerna i den icke specialiserade vården för psykisk ohälsa hos barn och unga framför allt berodde på att det saknades tydliga uppdrag till verksamheterna från vårdgivarna beslutades att uppdragen skulle förtydligas och att en övergripande samverkan med angränsande vårdgivare ska finnas.

Ungefär samtidigt undersökte Sveriges Kommuner och Landsting på uppdrag av regeringen förutsättningar för en förstärkt vårdgaranti för barn och unga med psykisk ohälsa (SKL, 2009). Man fann att barn- och ungdomspsykiatri utförde insatser som snarare hörde hemma inom första linjen, men att det saknades tydliga gränsdragningar mellan specialist- och lägre vårdnivåer.

För barn och unga med svårare psykisk ohälsa ligger normalt ansvaret på hälso- och sjukvården (barnmedicin, barnpsykiatri, barnhälsovård och barnhabilitering). Första linjens vård innefattar mödra- och barnhälsovård,

primärvård, elevhälsa och ofta även socialtjänst. Dessa verksamheter har olika huvudmän, exempelvis är förskola och skola med tillhörande elevhälsa kommunal medan primärvården har landsting som huvudmän. Verksamheterna kan ha olika fokus men uppdragen är överlappande eftersom insatser från vardera verksamheten påverkar både verksamheters möjligheter att utföra sina uppdrag samt barns och ungas förutsättningar i de olika miljöer (t.ex. skolan) som de befinner sig i dagligen. (SKL, 2012).

I syfte att möta det ökade söktrycket och stärka vården för barn och unga som har problem med psykisk ohälsa fortgår utvecklingen av en tydlig första linje alltså, till vilken barn, unga eller deras familjer kan vända sig. Till Första linjens verksamheter ska brukare vända sig i första hand, oavsett problemens ursprung (medicinska, psykologiska, sociala, pedagogiska), där ska kompetens finnas för att kunna identifiera typen av problem och vilken hjälp som kan behövas och beslut om vidare remittering ska kunna tas. Vid lindrig till medelsvår psykisk ohälsa ska även första linjen kunna ge behandling (SKL, 2012).

Samverkan och tydlighet mellan olika verksamheter som möter barn och unga med psykisk ohälsa är en viktig del i en väl organiserad första linje eftersom brukarna får ett ställe att söka sig till oavsett orsak till den psykiska ohälsan. Detta ökar sannolikheten att söka hjälp samt att brukare inte upplever att de skickas runt. Utvecklingen av första linjen bedrivs i huvudsak inom Sveriges Kommuners och Landstings projektet Psynk (Psykisk hälsa barn och unga) vilket syftar till att kommuner och landsting i hög utsträckning samverkar i sina insatser för barns och ungas psykiska hälsa. I samarbete med olika landsting och kommuner har modeller för organisering av första linjen tagits fram och ett omfattande utvärderingsarbete bedrivs för att säkerställa en högkvalitativ vård.

I skriften ”Vänd dig hit” (SKL, 2012) sammanställs erfarenheter från de första årens utvecklingsarbete. En effektiv första linje är tillgänglig (t.ex., nära, möjligt att kontakta själv), täcker åldrarna 0–17 eller mer, och kan möta alla typer av psykisk ohälsa oaktat orsak samt ger rätt insats i rätt tid och beaktar barnets totala miljö (skolsituation, sociala faktorer, medicinska faktorer). Det finns flera sätt att organisera första linjen och i skriften presenteras sex olika modeller utifrån vägval kring huruvida landsting och/eller kommuner är huvudmän och i vilken grad verksamheterna samlokaliseras och integreras.

Första linjen – Hagfors

VISIT startade i november 2011 som ett treårigt samverkansprojekt mellan Hagfors kommun och Landstinget i Värmland. Verksamheten är en så kallad

integrerad verksamhet i vilken allmänmedicin, socialtjänst och skola samverkar. VISIT är lokaliserat på Vårdcentralen i Hagfors vilket ger närhet till och förenklad samverkan med de verksamheter som också är lokaliserade på vårdcentralen (t.ex., Ungdomsmottagning, Barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri samt allmänmedicin). VISIT:s övergripande syfte är att förebygga och behandla lindrig till medelsvår psykisk ohälsa hos barn och unga (0–25 år) genom att arbeta generellt och inom första linjens vård med råd, stöd, utredning och behandling. VISIT vänder sig till barn och ungdomar i Hagfors kommun och ingår som en del av satsningen på ungas hälsa i Hagfors kommun. Projektet drivs bl a med externt stöd från SKL.

Början till VISIT var det samverkansprojekt mellan Hagfors kommun och Landstinget i Värmland (Närsjukvårdsprojekt 2007) som resulterade i att en lokal styrgrupp för barns och ungas hälsa bildades i vilken politiker och tjänstemän från båda huvudmännen ingick. Man beslutade att fördjupa samverkan mellan huvudmännen för att få en effektivare vård för barn och unga. Hagfors ingick senare i SKL:s Modellområdesprojekt (2009–2011) inom vilket förbättringsområden inom vården av barn och unga med psykisk ohälsa identifierades. Bland annat fanns det inte klart uttalade insatser för barn och unga med lätt till medelsvår psykisk ohälsa. Elevhälsan arbetade mer förebyggande, allmänmedicin hade inte något tydligt uppdrag och barn- och ungdomspsykiatrin fick klienter med problem som inte hörde hemma på specialistnivån. Många av de som behövde stöd och hjälp med psykisk ohälsa hos barn och unga var dessutom hänvisade till Karlstad – tio mil från Hagfors. Beslut togs om att starta första linje verksamheten VISIT (Verksamhetsberättelse VISIT, 2012).

VISIT som bygger på samverkan mellan landsting och kommun hade initialt en psykolog (100 %), en socionom (50 %) samt två specialpedagoger (sammanlagt 40 %) och en projektkoordinator (50 %) i sin verksamhet. Senare utökades socionomtjänsten till 90 % och specialpedagogtjänsten till 100 %. Under första året byggdes en samverkan med Vuxenpsykiatrin i Hagfors och BUP upp samt med sjuksköterskor och läkare på Vårdcentralen i Hagfors. Organisatoriskt leds verksamheten av en styrgrupp i vilken politiker och tjänstemän från de båda huvudmännen är representerade, en beredningsgrupp med verksamhetschefer från förskola, skola, socialtjänst och vårdcentralen bereder ärenden etc. Förutom VISIT finns även Ungdomsmottagningen och Familjecentralen organisatoriskt inom Barn och ungas hälsa.

Till VISIT söker föräldrar till barn och ungdomar och unga vuxna själva alternativt blir hänvisade (annan verksamhet kontaktar VISIT som kontaktar patienten) eller rekommenderade (annan verksamhet/anhörig lämnar uppgifter om VISIT till patient som själv tar kontakt) av annan verksamhet. I arbetet används mål- och genomförandeplan samt screeninginstrument. VISIT:s arbetsätt innefattar telefonrådgivning, råd- och stödsamtal, kartläggning, bedömning, behandling och uppföljning. VISIT kan även ge konsultation till personal inom förskola och skola samt föreläsningar om psykisk hälsa/ohälsa. Verksamheten har en hälsoinriktning och är korttidsinriktad.

Som nämnts tidigare har en högkvalitativ första linje god tillgänglighet, VISIT är samlokaliserade och man kan kontakta dem på eget initiativ på deras telefontid, lämna meddelande på telefonsvarare eller genom SMS/e-post. Genom att skola, socialtjänst och allmänmedicin (psykolog) arbetar tillsammans kan man beakta barns hela miljö och hantera psykisk ohälsa oberoende av orsaken till densamma. Man har även samarbete med verksamheter såsom barn- och vuxenpsykiatri, allmänmedicin och skola. VISIT:s projektmål innefattar hög tillgänglighet (telefonrådgivning anmälningdagen, besök för bedömning inom 5 arbetsdagar), att ge stöd till förskola och skola genom konsultation, ha tydliga gränssnitt mellan första linjen och specialistnivå, samt att 80 % av besökarna ska vara nöjda och att 80 % ska ha förbättrat sin psykiska hälsa. Utöver detta är man intresserade av vilken påverkan VISIT har i fråga om avlastning av exempelvis Barn- och ungdomspsykiatri – minskar antalet remisser dit? Eller är det snarare så att det kommer in personer i vårdsystemet som inte sökt/fått vård tidigare, vilket kan ha sin förklaring i att det kan kännas mindre stigmatiserande att kontakta VISIT jämfört med psykiatri eller socialtjänst. I sådant fall kan det totala antalet remisser till psykiatri från vårdsystemet öka genom att VISIT remitterar till psykiatri.

Uppdraget

Ett avtal om utvärdering av VISIT-projektet träffades i december 2011 mellan å ena sidan Karlstads universitet, [Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa (CFBUPH)] och å andra sidan Hagfors kommun (socialnämnden och barn- och utbildningsnämnden) och Landstinget i Värmland. Avtalet innehöll två huvudområden:

- utvärdering från brukarnas perspektiv i vilken brukarnöjdhet och förändring i symtomskattning ingår
- samverkan personal och verksamheter i vilken VISIT:s betydelse för samverkanspartners samt samverkanspartners upplevelser av VISIT ingår

Härutöver ingår en kartläggning av psykosomatiska besvär och alkoholkonsumtion bland ungdomar i Hagfors.

I denna utvärderingsrapport redovisas fem delstudier: brukarnöjdhet, förändring i symtom, samverkan personal och verksamheter, remisser till psykiatri och förankring hos unga i Hagfors.

Metod

Etikprövning

I enlighet med avtalet med Hagfors kommun och landstinget har universitetet tillsett att forskningsprojektet etikprövats. Efter lokal beredning inlämnades etikansökan i slutet av januari 2012 till den regionala etikprövningsnämnden (EPN) i Uppsala, som den 28 mars 2012 godkände ansökan med vissa villkor. EPN krävde att information om personuppgiftslagen skulle inkluderas i informationsbrevet till deltagarna i forskningsprojektet. I avvaktan på erforderligt etiktillstånd för forskningsprojektet startade VISIT den 1 november 2011 den reguljära verksamheten, med möjlighet att utanför ramen för forskningsprojektet samla in data om brukarnöjdhet och förändringar i symtom (dessa instrument ingick i VISIT:s reguljära verksamhet).

För att kunna inkludera data för tiden före den 1 november 2011 inlämnades den 19 september 2012 en ändringsansökan till EPN med begäran om att få tillfråga VISIT-besökare om att få tillgång till redan insamlade data, samt att få möjlighet att samla in data ”retroaktivt” för denna tidsperiod. EPN godkände ändringsansökan. Denna datainsamling genomfördes under perioden oktober – december 2012.

I syfte att belysa om och i så fall på vilka sätt de som tackat ja till deltagande i undersökningen skiljer sig från de som inte samtyckt har vi ansökt om och fått godkännande av EPN att få använda aggregerad data från VISIT:s dokumentationsblankett för den grupp som tackat nej till deltagande.

Delstudier

Brukarnöjdhet

Utvärderingen av brukarnöjdhet innefattar i huvudsak barnens och ungdomarnas uppfattningar om kvaliteten på behandlingen.

Mätinstrument

För besökare i åldern 13–25 år har instrumentet CSQ-8 (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) använts. CSQ består av åtta frågor om brukarens uppfattning om kvaliteten på behandlingen, om den motsvarade behoven, personalens bemötande, hur nöjd man är med typ och omfattning av behandling och om behandlingen hjälpt, svarsskalan hade 4 svarsalternativ anpassade för varje enskild fråga. Utöver CSQ används föräldra- och självskattningar från två frågor i formuläret SDQ (om problemen blivit bättre eller sämre och hur mottagningen varit till hjälp). Formulär om nöjdhet besvarades vid kontaktens avslut.

Bland VISIT:s besökare var 112 av de 170 i målgruppen (möjliga att fråga om samtycke) i åldrarna 13–25 år, av de 112 tackade 66,1 % (n = 74) Ja till deltagande. 40 av de 112 (35,7 %) besvarade CSQ. (54,1 % [40/74] av de som tackat Ja till deltagande).

Förändringar i symtom

Utvärderingen av förändringar i symtom undersöker om besökarna upplever att symtomen har minskat i slutet av kontakten jämfört med början av kontakten.

Mätinstrument

I åldrarna 4–16 år användes instrumentet Styrkor och Svårigheter (SDQ; Strengths and Difficulties Questionnaire) (Goodman, 2001). Instrumentet finns i versioner avsedda för föräldrars skattning av barnet samt självskattning för barnet självt. Föräldraskattningar användes i huvudsak för åldrarna 4–11 år, självskattningar användes i huvudsak för åldrarna 12–16 år. Instrumentet har 20 frågor som mäter symtom fördelade på fyra delskalor: emotionella symtom (oroar sig över mycket, ofta bekymrad), koncentrationssvårigheter (rastlös, överaktiv, kan inte vara stilla länge), uppförandeproblem (slåss/bråkar ofta med andra barn eller mobbar dem) och problem med kamratrelationer (har minst en god vän). De fyra delskalorna kan adderas till en totalpoäng (0–40 poäng). Fem frågor mäter förmågan att känna empati och bry sig om andra (prosocialt beteende). Svarsalternativen för samtliga fem delskalor är: stämmer inte, stämmer delvis och stämmer helt, delskalorna kan variera mellan 0 till 10 poäng.

Föremätning gjordes i början av kontakten (vid något av de första två besöken) och eftermätning vid avslut (näst sista/sista besöket).

SDQ innehåller även frågor för beräkning av funktionspåverkan (belastningspoäng) i olika områden av livet vilken beräknas på fem frågor: om barnet oroas eller lider av sina svårigheter samt om svårigheterna stör barnets vardagsliv inom hemmet/familjen, med kamrater, i skolarbetet eller vid fritidaktiviteter. Svaren ges på en skala från inte alls till väldigt mycket, för att räknas som att det finns funktionspåverkan måste man ha svarat ganska mycket eller väldigt mycket på någon av frågorna. Belastningspoängen kan anta värden mellan 1 och 10.

Föräldraskattning SDQ. Bland VISIT:s besökare var 46 av de 170 i målgruppen i åldrarna 4–11 år, av de 46 tackade 65,2 % (n = 30) Ja till deltagande.

- 12 av de 46 (26,1 %) som ingick i målgruppen besvarade SDQ föremätning. (40,0 % [12/30] av de som tackat Ja till deltagande)
- 14 av de 46 (30,4 %) som ingick i målgruppen besvarade SDQ eftermätning. (46,6 % [14/30] av de 30 som tackat Ja till deltagande.
- 3 av de 46 (6,5 %) som ingick i målgruppen har besvarat både SDQ före- och eftermätning. (10 % [3/30] av de 30 som tackat Ja till deltagande).

Anmärkning: Analyser som använder föräldraskattad SDQ använder svar från deltagare upp till och med 16- års ålder eftersom föräldraskattningar vid behov har använts upp till 16- års ålder. Detta görs för att öka antalet deltagare i analyserna.

SDQ självskattning. Bland VISIT:s besökare var 40 av de 170 i målgruppen i åldrarna 12–16 år, av de 40 tackade 52,5 % (n = 21) ja till deltagande.

- 13 av de 40 (32,5 %) som ingick i målgruppen har besvarat SDQ föremätning. (61,9 % [13/21] av de 21 som tackat Ja till deltagande).
- 10 av de 40 (25,0 %) som ingick i målgruppen har besvarat SDQ eftermätning. (47,6 % [10/21] av de 21 som tackat Ja till deltagande).
- 6 av de 40 (15,0 %) som ingick i målgruppen har besvarat både SDQ före- och eftermätning. (28,6 % [6/21] av de 21 som tackat Ja till deltagande i målgruppen).

I åldrarna 17–25 användes instrumentet Känsla av sammanhang (KASAM-29; Antonovsky, 1993). Känsla av sammanhang utvecklades i syfte att studera vad som gjorde att människor som upplevt extremt stressfyllda situationer kan fortsätta att behålla sin hälsa. Tre faktorer verkade ha betydelse: att förstå vad

som händer (begriplighet), att känna att man har de resurser som behövs (hanterbarhet) samt förmågan att finna mening i det som händer i syfte att fortsätta hantera stressfyllda situationer (Antonovsky, 1991). Känsla av sammanhang har visat sig ha samband med utbrändhet, att vara skyddande vid extremt stressfyllda situationer samt har samband med depression och nedstämdhet (Eriksson & Lindström, 2005).

Instrumentet Känsla av sammanhang har 29 frågor vilka skattas på en 7 gradig skala, frågorna summeras till en totalpoäng som kan variera mellan 29–203 poäng. Det är även möjligt att dela upp de 29 frågorna i tre stycken delskalor (exempel på frågor inom parentes): meningsfullhet (Har du en känsla av att du inte riktigt bryr dig om vad som händer runt omkring dig?) (8 frågor: 8–56 poäng), begriplighet (När du talar med människor, har du då en känsla av att de inte förstår dig?) (10 frågor: 10–70 poäng) och hanterbarhet (Har det hänt att människor som du litade på har gjort dig besviken?) (10 frågor), en högre poäng innebär en högre känsla av sammanhang. Föremätning gjordes i början av kontakten (vid något av de första två besöken) och eftermätning vid avslut (näst sista/sista besöket).

KASAM självskattning. Bland VISIT:s besökare var 82 av de 170 i målgruppen i åldrarna 17–25 år, av de 82 tackade 69,5 % (n = 57) ja till deltagande.

- 35 av de 82 (42,7 %) som ingick i målgruppen har besvarat KASAM självskattning före. (61,4 % [35/57] av de 57 som tackade Ja till deltagande i målgruppen).
- 28 av de 82 (34,1 %) som ingick i målgruppen har besvarat KASAM självskattning efter. (49,1 % [28/57] av de 57 som tackade Ja till deltagande i målgruppen).
- 18 av de 82 (22,0 %) som ingick i målgruppen har besvarat både KASAM före- och eftermätning. (31,6 % [18/57] av de 57 som tackade Ja till deltagande i målgruppen).

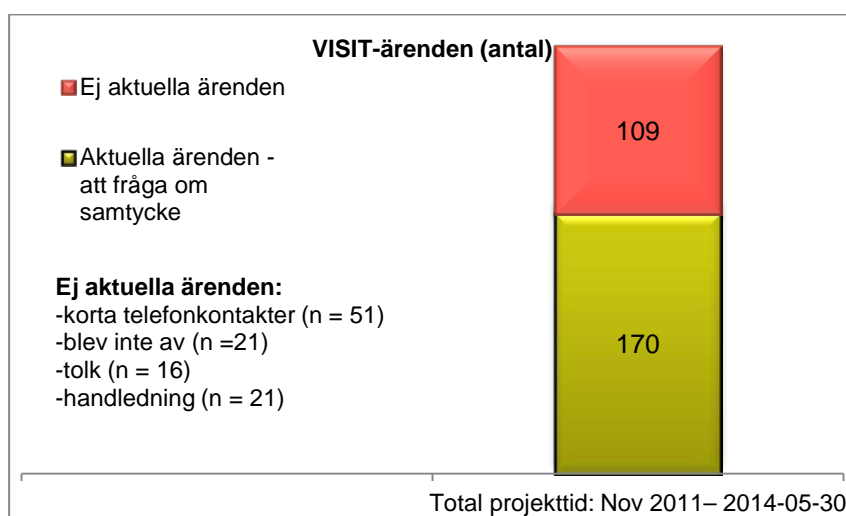
Utöver ovanstående data ingår VISIT:s dokumentationsblankett i underlaget. Dokumentationsblanketten innehåller information om bland annat besökarnas ålder, sysselsättning, familjeförhållanden, kontaktorsak, diagnos, typ av behandling och besöksstatistik. Dokumentationsblanketten fanns för samtliga 108 av de 170 (63,5%) som tackade Ja till deltagande i studien.

Samtliga instrument ovan ingick i VISIT:s reguljära verksamhet. Personalen i VISIT-projektet har administrerat insamlingen av samtliga individdata avseende brukarnöjdhet och förändringar i symtom, registrerat data och levererat data

som Excel-filer till CFBUPH, som bearbetat och analyserat data. Datafilerna har levererats avidentifierade till CFBUPH, d v s utan uppgifter om namn och personnummer (motsv).

Undersökningsgrupp – brukarnöjdhet och förändringar i symtom

Under perioden 1 november 2011 – 30 maj 2014 har VISIT haft 279 ärenden, varav 109 var korta telefonkontakter (n = 51; oftast anmälda och avslutade inom 3 dgr, för majoriteten av dessa finns inga uppgifter rörande ålder, kön eller dylikt) ärenden som inte blev av (n = 21), ärenden där tolk varit aktuell (n = 16) samt olika typer av handledning till förskola etc., (n = 21). När dessa 109 ärenden frånräknats kvarstår 170 individer, vilka utgör forskningsprojektets egentliga målgrupp att fråga om samtycke till deltagande i studien räknat för hela perioden 1 november 2011 – 30 maj 2014 (se Figur 1). Deltagarna informerades muntligt och skriftligt om forskningsprojektet vid något av de första besöken av personal i VISIT. För deltagare från 15 år och uppåt inhämtades skriftligt samtycke från deltagaren och för deltagare under 15 års-ålder inhämtades skriftligt samtycke från vårdnadshavare.



Figur 1. Antal ärenden inom VISIT under projekttiden.

Andel och antal personer som lämnade samtycke

- 63,5 % (108 av 170) samtyckte under projektperioden (1 november 2011 – 30 maj 2014); 30,6 % (52/170) samtyckte inte och 10 av 170 tillfrågades inte. Totalt samtyckte 108 personer och 52 tackade nej.

Bortfallsanalys

En jämförelse mellan den grupp som tackade Ja till att delta i forskningen (n = 108) och gruppen som valde att inte delta (n = 52) gjordes på aggregerad data

på följande variabler från VISIT:s dokumentationsblankett: brukarnas kön, ålder, sysselsättning, familjeförhållanden, kontaktorsaker, kontaktsätt, insatser, antal besök och anledning till avslut.

Analysen visade att:

- en större andel bland de som tackade Ja bodde huvudsakligen med sin pappa jämfört med de som tackat nej (tabell 1, bilaga)
- ingen skillnad avseende antal kontaktorsaker och huruvida kontaktorsaken rörde inåtvänd eller utåtvänd problematik fanns, dock hade Ja-gruppen en högre andel av den enskilda kontaktorsaken oro och ångest (tabell 2, bilaga)
- en större andel av de i Ja – gruppen hade blivit hänvisade till VISIT (annan verksamhet kontaktar VISIT som sedan kontaktar brukaren)(tabell 3, bilaga)
- de som valde att inte delta hade en större andel insatser som rörde utredning och planering jämfört med Ja – gruppen (tabell 4, bilaga)
- gruppen som tackade nej hade en större andel hänvisningar till Socialtjänsten från VISIT (tabell 4, bilaga)
- de som tackat nej hade haft färre besök jämfört med Ja – gruppen

Bortfallsanalysen visade få skillnader mellan de som valde att delta och de som tackade nej. I stort visar skillnaderna inte att Ja-gruppen skulle ha mildare former av psykisk ohälsa jämfört med Nej-guppen utan snarare tvärtom, exempelvis hade en större andel i Ja-gruppen blivit hänvisade till VISIT och de hade haft fler besök jämfört med Nej-gruppen. Detta innebär att sannolikheten ökar något för att de två grupperna är lika men en bortfallsanalys kan aldrig garantera att grupperna inte skiljer sig åt på andra sätt utan informerar oss om hur de två olika grupperna ser ut.

Samverkan – personal och verksamheter

Denna del av utvärderingen belyser VISIT i förhållande till andra verksamheter. Personal från VISIT:s samverkanspartners förskola, skola, allmänmedicin, och socialtjänst svarade på frågor kring VISIT och sin egen kompetens i att upptäcka psykisk ohälsa.

Mätinstrument

Data inhämtades med instrumentet System Quality and Performance Measure (SQPM; Vostanis et al., 2011). I Hagfors användes en reviderad svensk version av instrumentet som ingick i en storskalig pilotstudie med syfte att utvärdera

instrumentet i Sverige. Denna pilotstudie genomfördes av CFBUPH på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Formuläret innehåller frågor med fasta svarsalternativ inom två huvudområden. Samtliga deltagare svarade på frågor kring sin egen kompetens i att upptäcka psykisk ohälsa och intervention. De som kände till VISIT vid undersökningstillfällena besvarade dessutom frågor om VISIT:s betydelse för den egna verksamheten samt hur man upplevde VISIT som samarbetspartner. Exempel på frågor är: ”Hur nöjd är du med hänvisningsförfarandet till VISIT?” och ”Hur mycket har VISIT bidragit till att öka din kunskap om barns och ungas psykiska ohälsa?” (Frågor med svarsalternativ finns i de tabeller där denna del av undersökningen presenteras.)

Undersökningsgrupp – samverkan personal och verksamheter

Personalen i verksamheterna svarade på instrumentet SQPM vid tre tillfällen (oktober 2012, maj 2013 och maj 2014). Frågeformulären distribuerades av personal i Hagfors kommun som också registrerade data och levererade data som Excel-filer till CFBUPH. Deltagarna skrev inte sitt namn eller liknande på enkäten och upplystes om att det var frivilligt att delta.

År 2012 svarade 174 av 289 tillfrågade (60 %), år 2013 deltog 175 av 325 (53 %) och i 2014 års undersökning deltog 150 av 357 (42 %). Personal som deltog kom från verksamheterna: Förskola, Grundskola, Gymnasieskola, Allmänmedicin (Hagfors och Ekshärad), Socialtjänst (Barn och ungdom, IFO, LSS), Vuxenpsykiatri, Hagfors och Barn- och ungdomspsykiatri i Karlstad. I tabell 5 (bilaga) redovisas urval samt bortfall fördelat på yrke och verksamhetsområde.

Från verksamhetsområdet Förskola var deltagandet över de tre tillfällena 80 %, för Skola 38 % och inom verksamhetsområdet Vård och Socialtjänst var genomsnittet för deltagande 58 % över de tre mättillfällena. Bortfallet var som störst bland Grundskole- och gymnasieverksamheter. Detta medför att resultaten ska tolkas med särskild försiktighet när det gäller verksamhetsområdet Skola. Andelen män var 18 % vid första mätningen, 14 % vid andra mätningen och 13 % i den tredje.

Remisser till psykiatri

Data på remissflöden till Barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri från primärvården, Barnvårdscentralen/BHT samt Barnmorskemottagningen före och efter VISIT:s öppnande sammanställdes av personal inom VISIT.

En jämförelse görs mellan perioden före VISIT (2009-01-01 till 2011-12-31) och efter VISIT (2012-01-01 till 2014-06-01).

Mätningar populationsnivå

Denna del belyser utvecklingen över tid rörande ungdomars alkoholkonsumtion och psykosomatiska besvär i Hagfors kommun och Värmland. Två datakällor används, data från undersökningen Ung i Värmland och data från Ung i Norr.

Ung i Värmland

Ung i Värmland (UiV) är en totalundersökning vilken genomförs av Karlstads universitet i samarbete med Värmlands kommuner (Hagquist 2012). Deltar gör de ungdomar som går i nionde klass (15-16 åringar). Frågeformuläret besvaras i klassrummet, deltagandet är frivilligt och formuläret besvaras anonymt. Datainsamlingar har genomförts vart tredje år (vårterminen) med start 1988, den senaste insamlingen var 2011. Varje år har 2400–3200 niondeklassare deltagit från länets 16 kommuner. Deltagandet i undersökningen har varit hög (som lägst 83 procent). I Hagfors kommun har som högst 96 % deltagit och som lägst 85 %, minst antal svarande är 127 ungdomar och som flest har 175 ungdomar besvarat formuläret.

Frågeformuläret har i stort sett varit det samma varje år och innehåller frågor kring sociala och hälsomässiga förhållanden. I denna rapport använder vi en fråga kring alkoholbruk (Hur ofta har Du under det här läsåret druckit starköl, vin eller sprit?) samt skalan The Psychomatic Problems (PSP) scale (Hagquist, 2008) vilken består av de sammanslagna svaren på åtta frågor (t.ex. ”Har Du under det här läsåret haft svårt att koncentrera dig?”, ”känt att du haft svårt att sova?”, ”besvärats av huvudvärk?”) med fem svarsalternativ (aldrig – alltid).

Ung i Norr

Undersökningen Ung i Norr genomfördes av Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads universitet, vårterminen 2013. Deltog gjorde gymnasieungdomar i årskurs 2 i kommunerna Hagfors, Sunne och Torsby. Totalt svarade 349 ungdomar på enkäten (81 %), i Hagfors deltog 111 av 125 elever (89 %). Deltagandet var frivilligt och frågeformuläret besvarades anonymt i klassrummet.

Ungdomarna svarade på frågor kring sin hälsa och sociala förhållanden. Vi använder svaren på fyra enskilda frågor kring psykosomatiska besvär (”Har Du under det här läsåret haft svårt att koncentrera dig?”, ”känt att du haft svårt att sova?”, ”besvärats av huvudvärk?” och ”känt dig ledsen?”). I rapporten

redovisas svaren från de ungdomar som uppgav svarsalternativen ofta eller alltid.

Förankring hos unga

I undersökningen Ung i Norr, beskriven ovan, inkluderades tre frågor om hur väl VISIT var förankrat hos ungdomar i Hagfors: om de hört talas om VISIT, vet var VISIT finns och om de kan tänka sig ta kontakt med VISIT om de mår dåligt.

Resultat

Resultatdelen inleds med en beskrivning av VISIT:s besökare och redovisning av psykosomatiska besvär och alkoholkonsumtion bland unga i Hagfors och Värmland. I övrigt är resultatdelen strukturerad kring följande delstudier:

- 1) **Brukarnöjdhet.** Hur nöjda är brukarna med den kontakt de haft med VISIT?
- 2) **Förändringar i symtom.** Upplever brukarna att symtomen minskat i slutet av kontakten jämfört med början av kontakten?
- 3) **Samverkan – personal och verksamheter.** Vilken betydelse har VISIT för personal i de samverkande verksamheterna, hur bedömer de servicen från VISIT och hur är de samverkande verksamheternas förmåga i att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och unga?
- 4) **Remisser till psykiatri.** Finns det någon skillnad i antalet remisser till Barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri före och efter att VISIT öppnade?
- 5) **Förankring hos unga i Hagfors.** Känner ungdomar i Hagfors kommun till VISIT och kan de tänka sig att ta kontakt om de mår dåligt?

Beskrivning av VISIT:s besökare

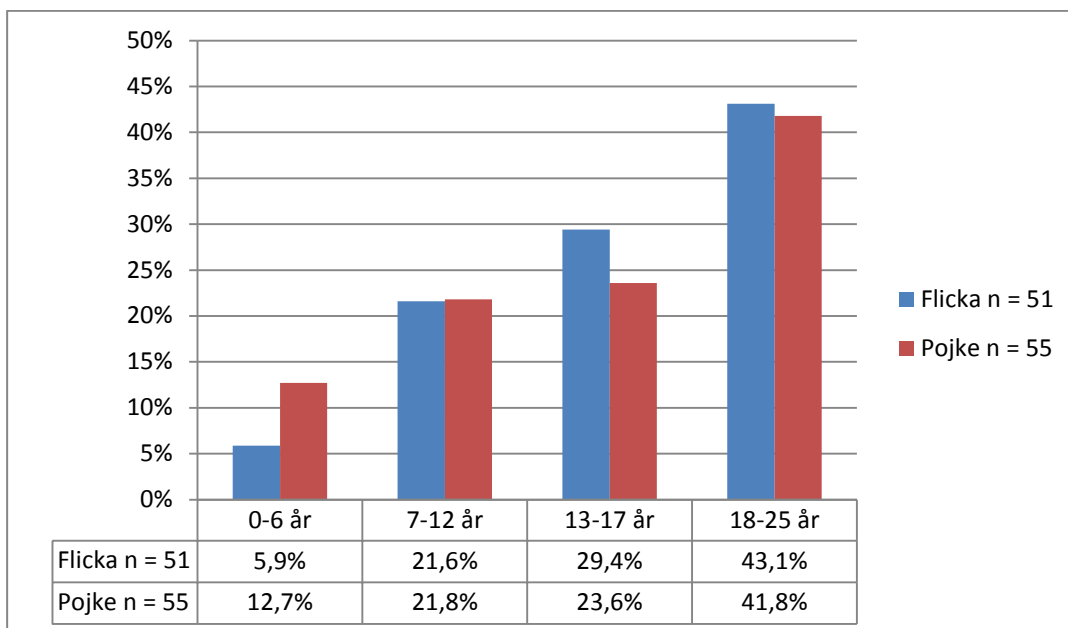
I det följande används aggregerad data från VISIT:s dokumentationsblankett i syfte att beskriva VISIT:s besökare. Det aggregerade datat går inte att använda för analyser av samband på individnivå utan i de analyser som undersöker samband mellan exempelvis kontaktorsaker, kön, och ålder används individdata från den gruppen som tackade Ja till deltagande.

Bakgrundsvariabler

Bland de som besökt VISIT var 49,4 % (n = 78) pojkar och 50,6 % (n = 80). I åldersgruppen 0 – 6 år var andelen besökare 11,9 % jämfört med 26, 2 % i åldrarna 7–12. Andelen ungdomar i åldrarna 13–17 var 23,8 % (tabell 1, bilaga). Högst andel stod unga vuxna (18 – 25 år) för (38,1 %). I Hagfors fanns det i snitt under de tre åren 2011–2013 2977 (SCB) barn och unga i åldrarna 0–25 år vilket innebär att 5,4 % av de åldrar VISIT riktar sig till varit i kontakt med VISIT.

Vi beräknade även hur stor andel av de olika åldersgrupperna som varit i kontakt med VISIT utifrån åldersgruppernas storlek i Hagfors kommun: i åldrarna upp till 6 år hade 2,9 % varit i kontakt med VISIT, jämfört med 6,0 % bland 7–12-åringar, 5,8 % i åldrarna 11–17 och slutligen 5,9 % av de som var i åldrarna 18–25.

Cirka 4 av 10 bodde med båda föräldrarna medan 30 % av besökarna bodde ensamma med mamma eller pappa, cirka 1 av 10 hade växelvis boende (tabell 1, bilaga). I Hagfors kommun fanns 741 hushåll där en vuxen var ensamstående med barn (0–24 år) år 2013 och 3809 hushåll registrerade som sammanboende med barn (SCB), vilket innebär att det var fyra gånger vanligare att besökare till VISIT kom från ett hushåll där en vuxen var ensamstående med barn jämfört med hushåll med sammanboende med barn.



Figur 2. Andel pojkar och flickor som varit i kontakt med VISIT fördelat på ålder.

I figur 2 visas sambandet mellan kön, ålder och kontakt med VISIT (data från Ja-gruppen). Det är en större andel pojkar i åldersgruppen 0–6 år som haft kontakt med VISIT jämfört med flickor, och tvärtom en större andel flickor i åldrarna 13–17 som haft kontakt.

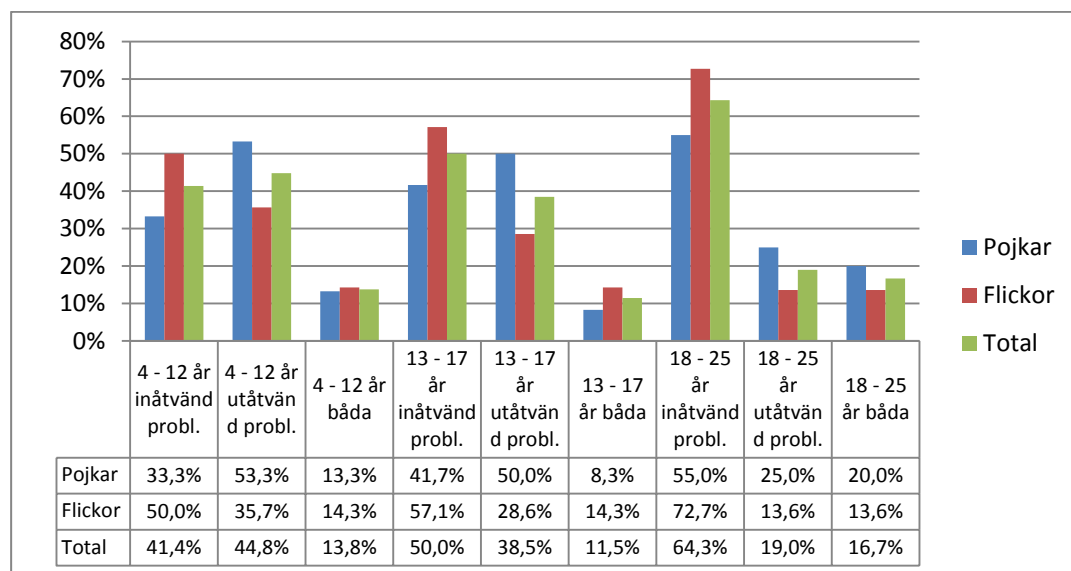
Anledningar till kontakt

Aggregerad data från dokumentationsblanketten visar att besökarna hade 277 kontaktorsaker registrerade, i snitt 1,7 kontaktorsaker per person. Cirka hälften av kontaktorsakerna (135) rörde inåtvänd problematik där ledsen/nedstämd/deprimerad och oro/ångest var de mest frekventa. Utåtvänd problematik stod för cirka en fjärdedel av kontaktorsakerna varav aggressivitet och skolproblem var bland de mest frekventa, kontaktorsaken alkohol/droger var en av de minst frekventa, angiven i endast ett fåtal fall (tabell 2, bilaga). Vid behov använder sig VISIT även av andra skattningsskalor avseende exempelvis depression, ångest, adhd och kognition. Mest frekvent hade skalor för ångest och oro (44 skattningar) och adhd (35 skattningar) använts vilket speglar kontaktorsakerna. Inga instrument avseende riskbruk av alkohol fanns registrerade.

Cirka hälften av orsakerna till kontakt med VISIT rörde någon form av inåtvänd problematik, i syfte att undersöka sambandet mellan ålder, kön och typ av kontaktorsak användes individdata från de som samtyckt (tabell 2, bilaga). Analyser gjorda på de enskilda kontaktorsakerna (18 st.) visade att flickor oftare tog kontakt på grund av ledsenhet/nedstämdhet/depressiva

symtom jämfört med pojkar. Det fanns även en tendens till att en större andel pojkar än flickor har haft kontakt på grund av koncentrationssvårigheter. Aggressivitet/ilska som kontaktorsak var mest frekvent i åldrar upp till 12 år. Sambandet mellan problemtygnd (antalet kontaktorsaker per individ) ålder, och kön var inte signifikant.

En brukare kan ha mer än en kontaktorsak registrerad vilket möjliggör följande kombinationer: endast inåtvänd orsak, endast utåtvänd eller båda typerna (se tabell 2, bilaga). I figur 3 visas denna indelning fördelat på ålder och kön. Utåtvänd problematik minskar i förekomst med stigande ålder och inåtvänd problematik ökar vilket gäller både pojkar och flickor. Figur 3 visar även att utåtvänd problematik är mer frekvent bland pojkar än hos flickor och att inåtvänd problematik är vanligare hos flickor jämfört med pojkar, dock är inte sambandet statistiskt signifikant. 14 av 97 deltagare hade båda typerna.



Figur 3. Tre olika typer av kontaktorsaker fördelat på ålder och kön. Kontaktorsakerna är summerade inom de tre åldersintervallen. Åldersintervall 4 – 12 år n = 29; intervall 13 – 17 n = 26; 18 – 25 n = 42.

Hur kontakten togs

I dokumentationsblanketten registrerades fyra olika vägar in till VISIT: *Anhörig/närstående* – anhörig tar kontakt med VISIT angående person under 18 års ålder; *Eget initiativ* – patienten har själv tagit kontakt med VISIT; *Rekommenderad* – annan verksamhet eller anhörig har lämnat uppgifter om VISIT till brukaren som därpå tar kontakt med VISIT, och slutligen *hänvisning* – annan verksamhet har kontaktat VISIT genom brev eller via telefon, VISIT

kontaktar sedan brukaren, när anhörig till person som är myndig kontaktar VISIT registreras det som hänvisning (tabell 3, bilaga).

Av totalt 102 hänvisningar/rekommendationer stod personal från vården (vårdcentral, skolsköterska) för 6 av 10, medan 22 % var från anhöriga/närstående, 13 % från skolan (t.ex. rektor) och socialtjänsten 7 %.

Vi undersökte sambanden mellan ålder, kön och kontaktsätt med hjälp av individdata från Ja-gruppen. Att anhörig eller närstående kontaktar VISIT minskar med stigande ålder och hänvisning ökar med stigande ålder. Hänvisning är det mest frekventa kontaktsättet bland åldersgrupperna 13–17 och 18–25 år. Bland besökare upp till 12-års ålder var att bli rekommenderad det vanligaste kontaktsättet jämfört med eget initiativ och anhörig/närstående (tabell 6). Sambanden påverkades inte av kön utan ser likadana ut för pojkar och flickor (de olika kontaktsätten är kodade så att en individ endast kan ha ett av sätten, anhörig har prioriterats över eget initiativ och hänvisning och rekommendation har prioriterats över anhörig och eget initiativ).

Tabell 6. Andel och (antal) kontaktsätt fördelat på olika åldersintervall bland Ja – gruppen.

Kontaktsätt:	-12 år	13 – 17 år	18 – 25 år	Total
anhörig/närstående	21.8 (7)	22.2 (6)	6.9	13.7 (14)
eget initiativ	15.6 (5)	14.8 (4)	16.3 (7)	15.7 (16)
hänvisning	25.0 (8)	40.8 (11)	58.1 (25)	43.1(44)
rekommendation	37.6 (12)	22.2 (6)	23.2 (10)	27.4 (28)
S:a	32	27	43	102

Not. Om tre personer eller färre svarat redovisas den procentandel som motsvarar tre personer (fet stil).

Insatser

I VISIT:s dokumentationsblankett anges 33 olika typer av insatser, dessa har i det följande delats in i fyra olika grupper (behandling, konsultation, utredning och planering)(tabell 4, bilaga). I genomsnitt hade varje person 5 insatser. Drygt hälften (54,2 %) av de insatser som getts berörde någon form av utredning, 27 % av insatserna var någon form av behandling, konsultation rörde 8,3 % av insatserna varav konsultation med skola var den mest frekventa, hänvisning vidare till exempelvis socialtjänst och allmänmedicin stod för 40 insatser (6,5 %).

Analysen på individdata (Ja-gruppen) visade inga signifikanta samband mellan antalet insatser per individ, ålder, kön och kontaktsak. Fyra grupper för de

fyra kategorierna (se ovan) av insatser skapades där varje person (n = 83) fått/inte fått någon åtgärd inom de fyra kategorierna. De flesta (67,5 %) hade fått någon insats i kategorin behandling (se tabell 4, bilaga), samtliga hade en insats inom utredning och planering. I 38,6 % av ärendena hade någon typ av konsultation gjorts och slutligen hade ca 1 av 4 hänvisats vidare.

Analys av sambandet mellan kön, ålder och de fyra kategorierna av insatser visade att det var vanligare med konsultation för pojkar och då framför allt i åldrarna 13–17 år, vilket delvis kan förklaras av att det är vanligare med någon form av konsultation när kontaktorsaken är i kategorin utåtvända jämfört med inåtvända kontaktorsaker.

Besök

I gruppen som samtyckt fanns 529 besök registrerade för de avslutade ärendena (n = 82). Den genomsnittlige besökaren i Ja-gruppen hade gjort 6,6 besök (M = 6.61; SD = 7.21), högsta antalet besök var 45 stycken, 80 % av besökarna hade gjort 1 till 10 besök. Inga signifikanta samband fanns mellan antal besök – kön, ålder, typ av kontaktorsak, eller antal kontaktorsaker.

Avslut

I dokumentationsblanketten registrerades 12 olika anledningar till avslut. Bland de avslutade ärendena fanns 155 anledningar registrerade, den mest frekventa anledningen var färdigbehandlad/måluppfyllelse följt av att ha blivit remitterad/hänvisad/rekommenderad vidare. De 12 olika anledningarna till avslut slogs samman till fyra kategorier (tabell 7). Drygt hälften av VISIT:s kontakter avslutades på grund av att de var färdigbehandlade. Analys på sambandet mellan att avsluta på grund av att vara färdigbehandlad visade inga signifikanta samband med kön, ålder eller typ av kontaktorsak.

Tabell 7. Andel och (antal) anledningar till avslut fördelat på gruppen som samtyckt och gruppen som valt att inte delta. En individ kan ha flera anledningar till avslut (t.ex. färdigbehandlad och remitterad vidare), andelarna i tabellen är beräknade på summan av antalet anledningar till avslut.

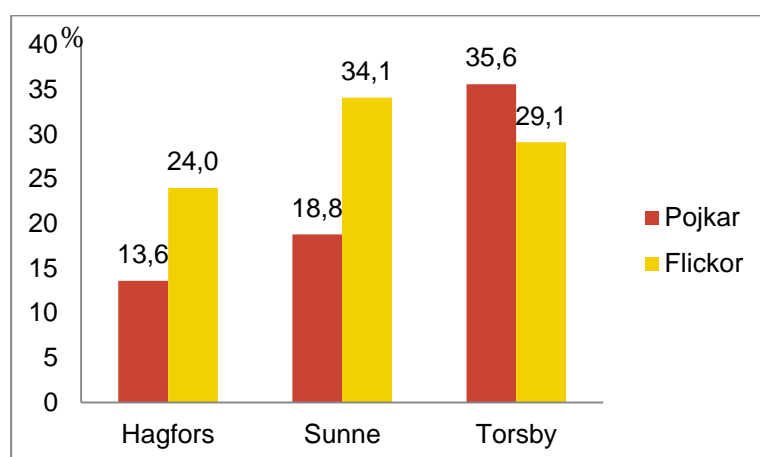
Anledningar till avslut:	Ja (n = 82)	Nej (n = 41)
färdigbehandlad/måluppfyllelse	51.9 (54)	54.9 (28)
remiss/hänvisning/rekommenderad	28.8 (30)	19.6 (10)
flyttat/praktiska skäl/vet inte/annat	8.7 (9)	11.8 (6)
försöker själv/missnöjd/sökt hjälp hos annan/vill inte fortsätta	10.6 (11)	13.7 (7)
S:a anledningar	104	51

Sammanfattningsvis var det ungefär en lika stor andel pojkar som flickor vilka besökt VISIT. Utåtvänd problematik minskade med stigande ålder och inåtvänd problematik ökade, detta gäller både pojkar och flickor. Att bli hänvisad till VISIT var vanligare bland äldre besökare och att en anhörig kontaktat VISIT var vanligare bland yngre. Nästan 3 av 4 besökare hade fått en behandlingsinsats och samtliga hade en insats inom planering och utredning. Cirka hälften av kontakterna blev färdigbehandlade inom VISIT och en fjärdedel blev hänvisade vidare. I förhållande till populationen i Hagfors hade ca 5 % av målgruppen haft kontakt med VISIT.

Mätningar populationsnivå

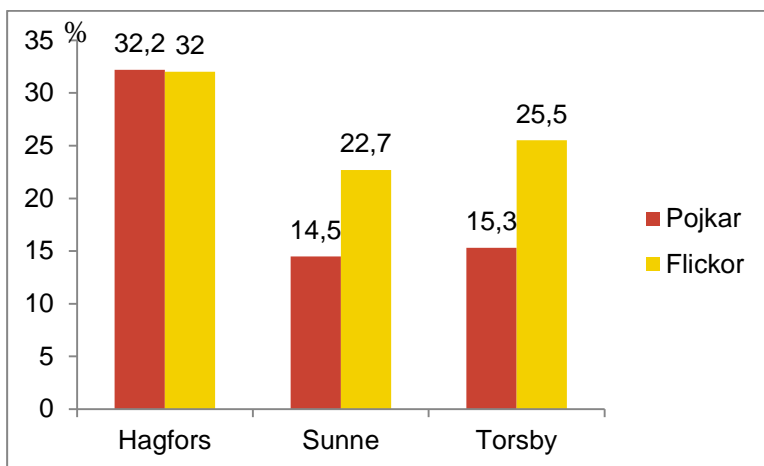
I det följande presenteras resultaten från undersökningarna Ung i Norr och Ung i Värmland som båda genomförts av CFBUPH.

Undersökningen Ung i Norr genomfördes vårterminen 2013. Deltog gjorde 349 (svarsfrekvens, 81 %) ungdomar i kommunerna Hagfors, Sunne och Torsby. I figur 4–7 redovisas svaren på fyra enskilda frågor kring psykosomatiska besvär ("Har Du under det här läsåret haft svårt att koncentrera dig?", "känt att du haft svårt att sova?", "besvärats av huvudvärk?" och "känt dig ledsen?").



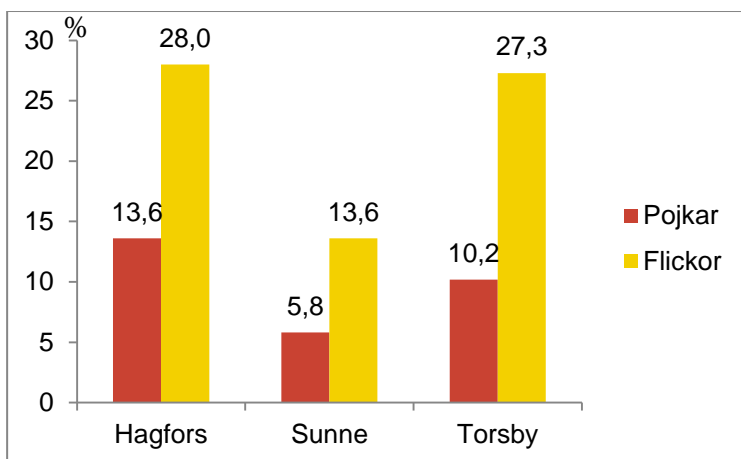
Figur 4. Andel elever som uppger att de ofta eller alltid känt att de haft svårt att koncentrera sig under skolarbetet, uppdelat på kön.

En av fyra flickor hade ofta eller alltid känt att de haft svårt att koncentrera sig (figur 4). Jämfört med pojkarna var det ca 1,7 gånger vanligare bland flickorna att ange betydande koncentrationssvårigheter i denna åldern. Resultat från den nationella totalundersökningen (Statens folkhälsoinstitut, 2011) visar att koncentrationssvårigheter är mer frekvent förekommande bland pojkar i årskurs 6 (9,1 %) jämfört med flickor (6,2 %). I årskurs 9 var könsskillnaderna inte så uttalade och ca 13 % av både pojkarna och flickorna rapporterade betydande koncentrationssvårigheter (Statens folkhälsoinstitut, 2011).



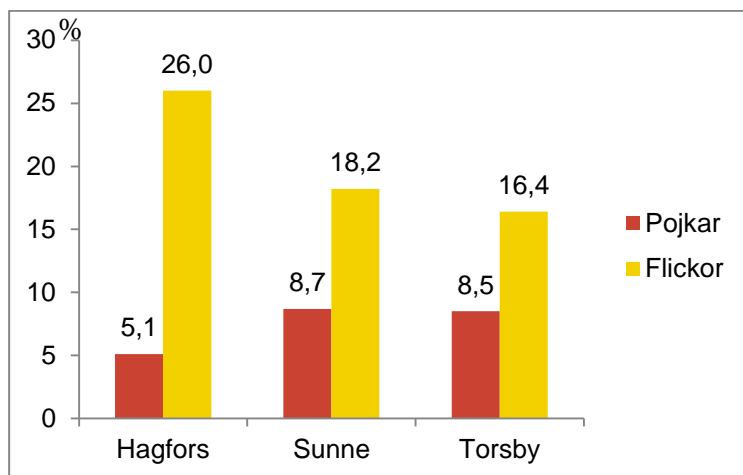
Figur 5. Andel elever som uppger att de ofta eller alltid känt att de haft svårt att sova under skolåret, uppdelat på kön.

Figur 5 visar att 3 av 10 pojkar och flickor i årskurs 2 i gymnasiet i Hagfors kommun ofta eller alltid kände att de haft svårt att sova under skolåret. Sömnproblem är en av de aspekter som ökat bland unga över tid. I Skolbarns hälsovanor (Folkhälsomyndigheten, 2014) var att ha svårt att somna mer än en gång i veckan det mest frekventa besväret bland 11-åringarna (27 %), och bland 15-åringarna uppgav 39 % av flickorna och 28 % av pojkarna att de haft svårt att somna mer än en gång i veckan.



Figur 6. Andel elever som uppger att de ofta eller alltid besvärats av huvudvärk under skolåret, uppdelat på kön.

Bland flickor var det två gånger vanligare att de ofta eller alltid besvärats av huvudvärk jämfört med pojkar (figur 6). Somatiska besvär (huvudvärk, ont i magen, yrsel och ont i ryggen) har ökat över tid i ett mönster som är likt det som gäller de psykiska besvären bland ungdomar i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2014). Bland 15-åringar besvärades 29 % av flickorna och 13 % av pojkarna av huvudvärk mer än en gång i veckan (Folkhälsomyndigheten, 2014).



Figur 7. Andel elever som uppger att de ofta eller alltid känt sig ledsna under skolåret, uppdelat på kön.

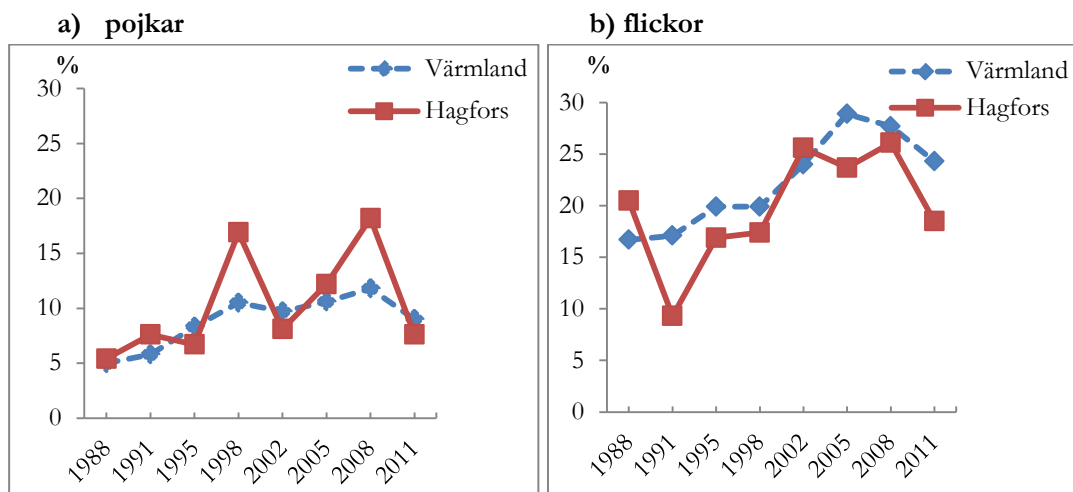
Figur 7 visar att bland flickorna var andelen som ofta eller alltid känt sig ledsna 5 gånger större än bland pojkarna. I Skolbarns hälsovanor (2014) upplevde en större andel 15-åriga flickor (36 %) än 15-åriga pojkar (14 %) att de kände sig nere mer än en gång i veckan.

Trender i psykosomatiska besvär och alkoholkonsumtion

Nedan redovisas resultat från undersökningen Ung i Värmland avseende utvecklingen över tid av psykosomatiska besvär och alkoholkonsumtion bland ungdomar i Värmland som helhet, samt i Hagfors kommun. Deltog gjorde ungdomar i årskurs 9 (15–16 åringar) i Värmlands läns 16 kommuner. Databaser har genomförts vart tredje år med start 1988, varje år har 2400–3200 niondeklassare deltagit (som lägst 83 % svarsfrekvens). I Hagfors kommun har som flest 175 ungdomar och som minst 127 ungdomar besvarat formuläret.

I figur 8a och 8b redovisas den andel ungdomar som var bland de 10 % som hade högst värden (betydande besvär) avseende psykosomatiska besvär på skalan The Psychomatic Problems (PSP) scale (Hagquist, 2008). Skalan består av de sammanslagna svaren på åtta frågor (t.ex. ”Har Du under det här läsåret haft svårt att koncentrera dig?”, ”känt att du haft svårt att sova?”, ”besvärats av huvudvärk?”) med fem svarsalternativ (aldrig – alltid).

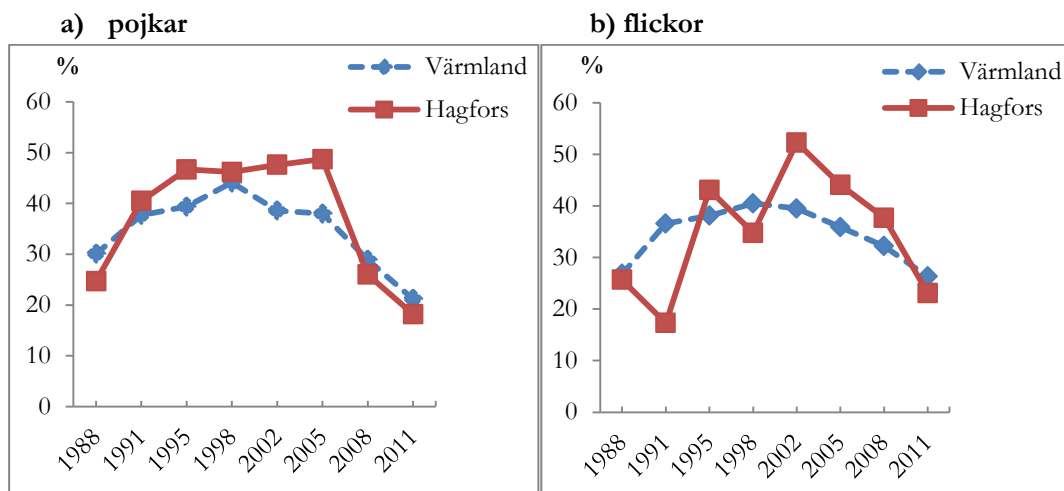
Psykosomatiska besvär



Figur 8 a och b. Förekomst av högre grad av psykosomatiska besvär bland **pojkar (a)** och **flickor (b)** i årskurs 9 i Hagfors respektive i Värmland, fördelat efter undersökningsår. Ung i Värmland 1988–2011.

Figur 8 redovisar de elever som var bland de 10 % som hade högst värden avseende psykosomatiska besvär (90 percentilen). Utvecklingen över tid visar samma mönster som nationell data för samma tidsperiod gör; en minskning efter den tidigare ökade förekomsten av psykosomatiska besvär. I Skolbarns hälsovanor observerade man dock i senaste mätningen (2013/14) en ökning efter den tidigare minskningen. Psykosomatiska besvär var mer frekvent bland flickor jämfört med pojkar, dessutom är nivån 2011 högre än i början av mätperioden.

Alkohol



Figur 9 a och b. Andelen **pojkar (a)** och **flickor (b)** i årskurs 9 Hagfors respektive i Värmland som druckit starköl, vin eller sprit minst en gång i månaden under läsåret. Ung i Värmland 1988–2011.

Att ha druckit alkohol minst en gång i månaden följer samma mönster som utvecklingen av betydande psykosomatiska besvär över tid (figur 9) undantaget att nedgången i alkoholkonsumtion är observerbar före att en minskning av psykosomatiska besvär kan observeras (figur 9). Även nationell data visar att alkoholkonsumtionen bland ungdomar har minskat de senaste åren.

Sammanfattningsvis kan, efter en period av uppgång, en nedåtgående trend i psykosomatiska besvär såväl som i alkoholkonsumtion observeras bland ungdomar i Värmlands län, Hagfors kommun visar samma mönster som Värmland i stort.

Brukarnöjdhet

Brukarnas nöjdhet mättes med instrumentet CSQ-8 (Larsen & Attkinson, 1979) som innehåller åtta stycken frågor (se tabell 10) om brukarnas erfarenhet av kontakten. Instrumentet användes i åldersgruppen 13–25 år. Totalt fanns det 112 personer att fråga om samtycke i åldersgruppen (målgruppen), av dessa samtyckte 74 varav 40 deltagare svarade på CSQ (35,7 % av målgruppen).

En bortfallsanalys jämförde gruppen som hade svarat på CSQ (n = 40) med de som inte svarat (n = 32). Analysen visade att de som svarat på CSQ haft fler åtgärder samt haft fler besök jämfört med de som inte svarat. Inga signifikanta skillnader fanns mellan grupperna avseende kön, antalet kontactorsaker, att ha fått behandling eller boende.

Tabell 8. Andel som svarat respektive svarsalternativ fördelat på kön. Fyra svarsalternativ var möjliga varav de två "negativa" slagits samman.

Fråga:	Flickor (n = 20)	Pojkar (n = 20)	Totalt (n = 40)
1. Hur bedömer du kvaliteten på den hjälp du har fått?			
Utmärkt	65.0	45.0	55.0
Bra	35.0	45.0	40.0
Måttlig/dålig	15.0	15.0	15.0
2. Fick du den hjälp du förväntade dig?			
Ja, absolut	60.0	25.0	42.5
Ja, i stort sett	40.0	65.0	52.5
Nej, inte riktigt/Nej, absolut inte	15.0	15.0	15.0
3. Till hur stor del uppfyllde hjälpen dina behov?			
Nästan alla mina behov har mötts	65.0	40.0	52.5
De flesta av mina behov har mötts	35.0	50.0	42.5
Bara några få av mina behov har mötts/Inget av mina behov har mötts	15.0	15.0	15.0
4. Om en vän var i behov av liknande hjälp skulle du då rekommendera vår mottagning till henne eller honom?			
Ja, absolut	85.0	70.0	77.5
Ja, jag tror det	15.0	30.0	22.5
Nej, jag tror inte det/Nej, absolut inte	0	0	0
5. Hur nöjd är du med omfattningen av den hjälp du har fått?			
Mycket nöjd	75.0	65.0	69.2
Till största delen nöjd	25.0	25.0	25.6
Likgiltig eller missnöjd/Riktigt missnöjd	0	15.0	15.0
6. Har hjälpen du fått hjälpt dig att handskas med dina problem på ett bättre sätt?			
Ja, den har hjälpt en hel del	60.0	45.0	52.5
Ja, den har hjälpt till viss del	40.0	45.0	42.5
Nej, den har egentligen inte hjälpt/Nej, den verkar ha gjort det värre	0	15.0	15.0
7. Totalt sett, hur nöjd är du med den hjälp du fått?			
Mycket nöjd	90.0	55.0	72.5
Till största delen nöjd	10.0	35.0	22.5
Likgiltig eller lite missnöjd/Riktigt missnöjd	0	15.0	15.0

8. Om du skulle söka hjälp igen, skulle du då komma tillbaks till vår mottagning?			
Ja, absolut	75.0	70.0	72.5
Ja, jag tror det	20.0	25.0	22.5
Nej, jag tror inte det/Nej, absolut inte	15.0	15.0	15.0

Not. Om tre personer eller färre svarat redovisas den procentandel som motsvarar tre personer (fet stil).

I tabell 8 framgår att det stora flertalet var mycket nöjda eller nöjda med de aspekter som efterfrågades. Skillnader mellan pojkar och flickor fanns på två frågor. Flickorna angav i högre utsträckning än pojkarna att de absolut fick den hjälp de förväntade sig och de var också mer nöjda än pojkarna med hjälpen totalt sett.

Vi slog även samman de åtta frågorna till en skala som kan variera från 8 poäng till 32, medelvärde för gruppen var 28.64 (SD = 3.66), 74 % hade en poäng från 28 och uppåt. Den sammanslagna skalan hade inget signifikant samband med ålder, kön, antal åtgärder, antal eller typ av kontaktorsak, att ha fått behandling, att ärendet inneburit konsultation med annan verksamhet eller att ha blivit hänvisad vidare.

Föräldrars nöjdhet rapporteras med hjälp av två stycken frågor från SDQ eftermättningsformulär. Vi använder data från 13 föräldrar med barn i åldrarna 4 – 11 år vilket motsvarar 28,2 % av målgruppen (totalt att fråga om samtycke). Tre av fyra angav att barnets problem blivit något bättre (30,8 %) eller mycket bättre (46,2 %). En lika stor andel tyckte också att mottagningen varit till ganska mycket eller väldigt mycket hjälp på andra sätt (givit information eller gjort det lättare att leva med problemen).

Ungdomarnas eftermätning av SDQ hade samma frågor som föräldrarna fick, 15 ungdomar i åldern 11–17 år hade svarat på dessa (24,6 % av målgruppen). En majoritet av ungdomarna (73,3 %) ansåg att deras problem blivit mycket bättre eller något bättre. Sex av tio ungdomar ansåg att mottagningen varit till väldigt mycket hjälp på andra sätt (givit information eller gjort det lättare att leva med problemen).

Förändringar i symtom

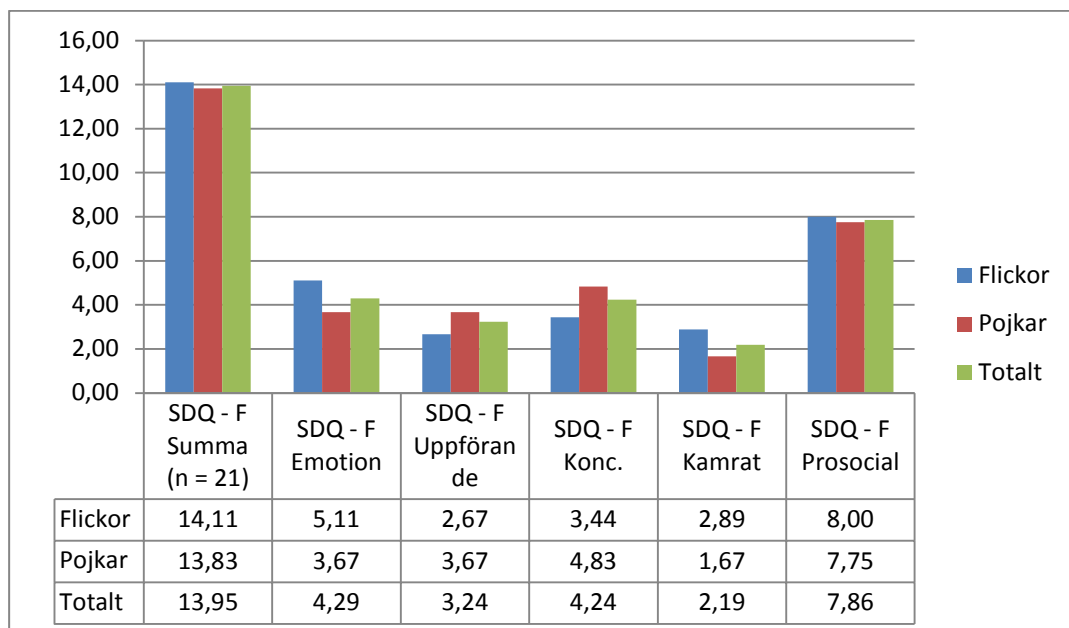
Föräldrars upplevelse

Vårdnadshavare besvarade instrumentet Styrkor och Svårigheter (SDQ; Goodman, 2001) i början av kontakten (vid något av de två första besöken) och vid avslut (näst sista/sista besöket). Instrumentet innehåller 20 frågor om barnets symtom fördelade på fyra delskalor: emotionella symtom, koncentrationssvårigheter, uppförandeproblem, och problem med kamratrelationer. Dessa kan adderas till en totalpoäng (0–40 poäng). Ytterligare fem frågor mäter prosocialt beteende (ingår inte i totalpoängen). Svartalternativen för samtliga delskalor är: stämmer inte, stämmer delvis och stämmer helt.

Förutom skattning av symtomsvårighet finns frågor för skattning av symtomens påverkan på vardagslivet (belastningspoäng) vilken beräknas på fem frågor: om barnet oroas eller lider av sina svårigheter samt om svårigheterna stör barnets vardagsliv inom hemmet/familjen, kamratrelationer, skolarbete eller fritidsaktiviteter. För att belastning ska föreligga måste man ha svarat ganska mycket eller väldigt mycket på någon av frågorna. Belastningspoängen kan anta värden mellan 1 och 10.

Målgrupp för föräldraskattad SDQ var föräldrar med barn i åldern 4–11 år. Vid behov användes instrumentet även för äldre barn. På grund av att få föräldraskattningar fanns bland deltagarna i åldrarna 4–11 år använder vi föräldraskattningar för barn upp till 16 -års ålder i följande analyser. I målgruppen (att fråga om samtycke) för åldrarna 4 till 16 år fanns 86 personer, av dessa samtyckte 51 (59,3 %) varav 21 deltagare besvarade SDQ föremätning (24,4 % av målgruppen), bland dessa fanns eftermätning från 7 deltagare (9,6 % av målgruppen, endast avslutade kontakter).

Analyser av sambandet mellan att ha (n = 21) och inte ha (n = 30) föräldraskattad föremätning SDQ visade att de två grupperna inte skiljer sig signifikant åt avseende ålder, kön, antal besök, antalet kontaktorsaker, antalet åtgärder, att ha fått behandling, eller att bo med båda föräldrarna.



Figur 10. Poäng på sammanlagd föräldraskattad SDQ samt poäng på de olika delskalorna (delskala Prosocial ingår inte i SDQ Summa (n = 21: Flickor n = 9: Pojkar n = 12).

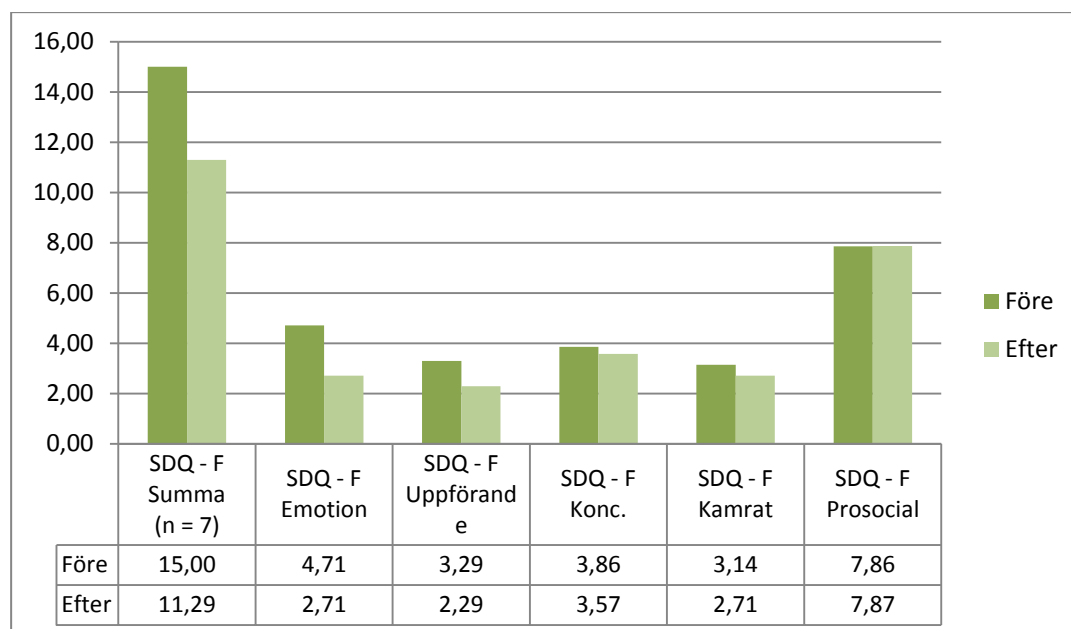
I Figur 10 redovisas föräldraskattad SDQ från början av kontakten i syfte att få en bild av brukarnas symtombild i början av kontakten. Poängen på skalorna redovisas separat för pojkar och flickor, det fanns inga signifikanta skillnader mellan könen. 12 av formulären var ifyllda av föräldrar med barn i åldern 5 – 12 år och 9 skattningar avsåg barn 13 – 16 år. SDQ-formuläret innehåller även frågor för beräkning av belastning i vardagen. Belastningspoängen kan anta värden mellan 1 och 10, i denna grupp var medelvärdet 5,32. Pojkar hade signifikant högre belastningspoäng ($M = 6.64$) jämfört med flickor ($M = 3.50$).

Tabell 9. Normer avseende SDQ föräldraskattning.

SDQ -F	Summa	Emotion	Uppförande	Koncentration	Kamrat	Prosocial
BUP	17.0	5.0	4.0	6.0	3.0	7.0
Hamnen	13.9	4.2	2.8	4.5	2.5	7.7
Normalpop.	6.3	1.4	1.1	2.7	1.2	8.3

I tabell 9 presenteras normer avseende SDQ föräldraskattning. Normer avseende Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är från en studie där fyra BUP-mottagningar i Sverige deltog (n = 230; 5–15- åringar) (Malmberg, Rydell, & Smedje, 2003). Normerna från Hamnen kommer från en utvärdering gjord på en första linje i Värmdö kommun där 498 föräldrar lämnade föräldraskattningar för 4 till 16 åringar (Stockholms läns sjukvårdsområde & Värmdö kommun, 2011), vilka till vår kännedom är de mest aktuella normerna rörande första linjen. Slutligen är normerna avseende normalpopulationen hämtade från en

studie i Norge (Obel et al., 2004) och bygger på data från 2757 föräldraskattningar för 11-åringar. Normer kan ge en uppfattning om hur allvarliga symtomen i gruppen är, beaktas ska att svarsfrekvensen var låg och att de som svarat inte behöver vara representativa för samtliga besökare.



Figur 11. Förändringar i symtom (SDQ föräldraskattad).

I Figur 11 presenteras data från de deltagare som hade både för- och eftermätning av föräldraskattad SDQ (n = 7), 4 deltagare var i åldrarna 8–11 år och 3 deltagare var 13–14 år varför resultaten ska tolkas med försiktighet. En bortfallsanalys jämförde gruppen som endast hade föremätning (n = 14) med de som hade både för- och eftermätning (n = 7). Den visade att grupperna inte skiljde sig åt avseende ålder, antal kontaktorsaker, antal besök, poäng på SDQ Summa eller SDQ belastningspoäng.

För SDQ Summa ($Z = -2.37$, $p = 0.018$) och Emotionella symtom ($Z = -2.38$, $p = 0.017$) fanns en minskning i hur föräldrarna skattade barnens symtom mellan före- och eftermätning. I gruppen hade 15 behandlingsåtgärder förekommit (bearbetande och stödjande samtal, beteendetekniker, familjebehandling, traumabehandling, pedagogiska åtgärder och hemuppgifter), de hade gjort 10,5 besök i snitt.

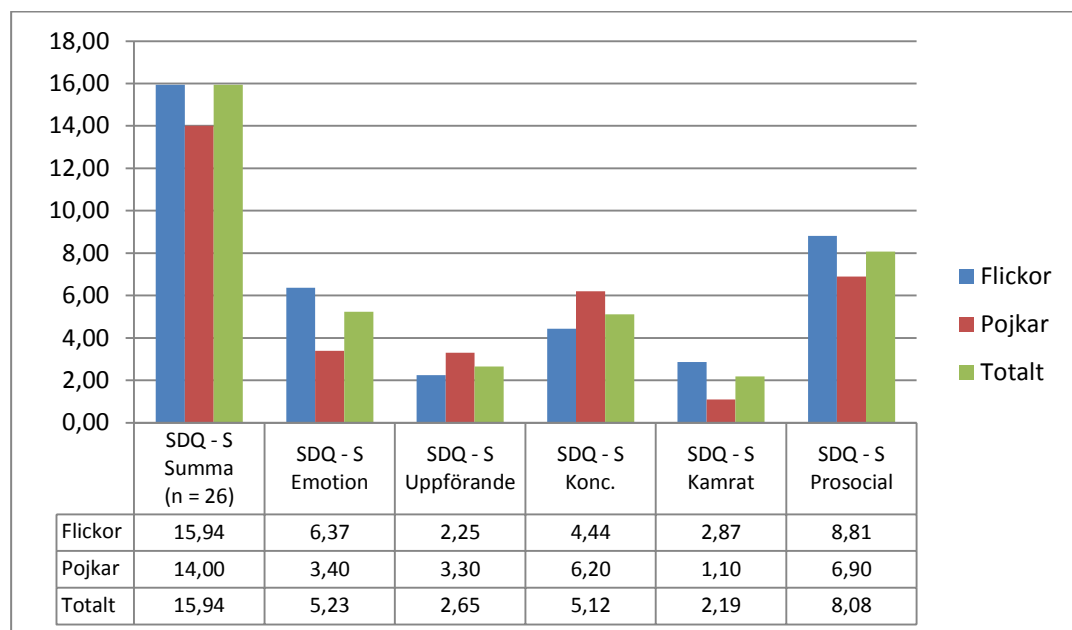
Avseende belastningspoäng bland de som hade både före- och eftermätning var den vid föremätningen 6 poäng och vid eftermätningen 0.17 poäng, skillnaden var signifikant ($Z = 2.21$, $p = 0.027$).

Ungdomarnas upplevelse

Ungdomarna som besökte VISIT ombads att fylla i instrumentet Styrkor och Svårigheter (SDQ; Goodman, 2001) i början av kontakten (vid något av de två första besöken) och vid avslut (näst sista/sista besöket). Instrumentet var framför allt avsett att användas i åldrarna 12 – 16 år och innehåller samma frågor som den version där vårdnadshavare skattar sitt barn. I syfte att utöka antalet deltagare i analyserna använder vi skattningar från ungdomar 11–17 år.

I målgruppen (att fråga om samtycke) i åldrarna 11 till 17 år fanns 67 personer, av dessa samtyckte 39 (58,2 %) varav 26 besvarade SDQ föremätning (38,8 % av målgruppen), bland dessa fanns eftermätning från 8 deltagare (13,1 % av målgruppen, endast avslutade kontakter).

Analys av sambandet mellan att ha (n = 26) och inte ha (n = 24) självskattad föremätning SDQ visade att de två grupperna inte skiljde sig signifikant åt avseende ålder, kön, antal besök, antalet kontaktorsaker, antalet åtgärder eller att ha fått behandling. Fler bland de som hade självskattad SDQ föremätning bodde med båda sina föräldrar (64 %) jämfört med de som inte hade självskattad SDQ (26,3 %).



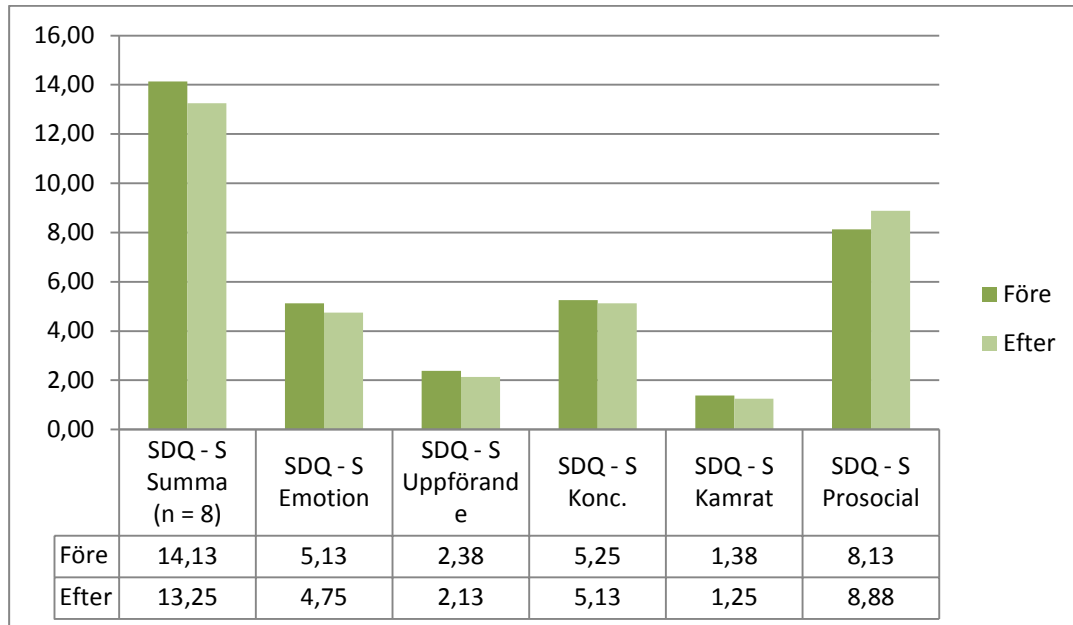
Figur 12. Poäng på sammanlagd SDQ självskattad föremätning samt poäng på de olika delskalorna (delskala Prosocial ingår inte i SDQ Summa (n = 26: Flickor n = 16: Pojkar n = 10).

I Figur 12 redovisas SDQ föremätning för åldrarna 11–17 år vid början av kontakten (n = 26). Flickorna skattade sig signifikant högre (mer problem) på delskalorna Emotion (F = 10.74, p = 0.003) och Kamratrelationer (F = 5.69, p = 0.026), jämfört med pojkarna. Flickorna hade också högre poäng (mer positivt) på Prosocialt beteende (F = 5.04, p = 0.035). Belastningspoängen i gruppen var 4,40, skillnaden mellan pojkar och flickor var inte signifikant.

Tabell 10. Normer avseende SDQ självskattning.

SDQ -S	Summa	Emotion	Uppförande	Koncentration	Kamrat	Prosocial
Hamnen	14.6	4.9	2.6	4.7	2.5	7.9
90 perc.	17.0	6.0	5.0	7.0	4.0	4.0
Normalpop.	9.9	2.5	2.8	3.8	1.8	7.7

I tabell 10 presenteras normer avseende SDQ självskattning. Avseende första linjen verksamheter presenteras poäng på SDQ självskattning från 214 barn och unga (Stockholms läns sjukvårdsområde & Värmdö kommun, 2011). Normer för normalpopulation är från norska ungdomar (2700 13-åringar) (Obel et al., 2004). Normer för betydande problem (90 percentilen) kommer från en svensk studie (Lundh, Wångby-Lundh, & Bjärehed, 2008) där ca 1000 svenska ungdomar (14–15 år) svarade på SDQ.



Figur 13. Förändringar i symtom (SDQ självskattad).

Figur 13 presenterar data från de deltagare som hade både före- och eftermätning av självskattad SDQ (n = 8 varav 4 flickor) (3 skattningar i åldern 11-14 och 5 skattningar i åldern 15–17). En bortfallsanalys jämförde gruppen som endast hade föremätning (n = 18) med de som hade både före- och eftermätning (n = 8). Den visade att grupperna inte skiljde sig åt avseende ålder, antal kontaktorsaker, poäng på SDQ Summa eller SDQ belastningspoäng. De som hade både före- och eftermätning hade gjort fler besök på VISIT (M = 16,00) jämfört med de som endast hade föremätning (M = 5,31), skillnaden beror till största delen på att ett fåtal deltagare haft betydande fler besök bland dem som hade både före- och eftermätning.

För en av delskalorna fanns en signifikant förändring, prosocialt beteende skattades högre (mer positivt) vid eftermätningen ($Z = -2.12$, $p = 0.034$). I gruppen hade 20 behandlingsåtgärder förekommit (bearbetande och stödjande samtal, exponering, beteendetekniker, familjebehandling, traumabehandling, pedagogiska åtgärder och hemuppgifter).

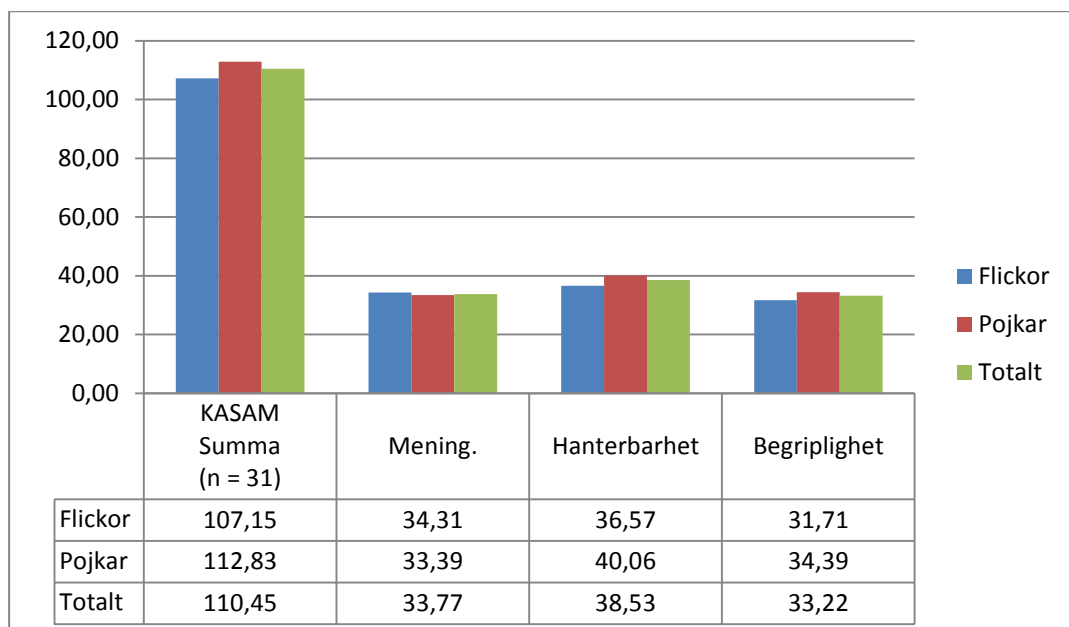
Avseende belastningspoäng bland de som hade både före- och eftermätning var den vid föremätningen 4,86 poäng och vid eftermätningen 2,00, förändringen var inte signifikant.

Förändringar i Känsla av sammanhang

Unga vuxna från 17–25 år besvarade instrumentet KASAM-29 (Antonovsky, 1993) i början av kontakten (vid något av de två första besöken) och vid avslut (näst sista/sista besöket). Instrumentet har 29 frågor vilka skattas på en 7 gradig skala, frågorna summeras till en totalpoäng som kan variera mellan 29 till 203 poäng. Det är även möjligt att dela upp de 29 frågorna i tre stycken delskalor: meningsfullhet (8 frågor: 8-56 poäng), begriplighet (10 frågor: 10-70 poäng) och hanterbarhet (10 frågor), en högre poäng innebär en högre känsla av sammanhang.

I målgruppen (att fråga om samtycke) i åldrarna 17 till 25 år fanns 82 personer, av dessa samtyckte 57 (69,5 %) varav 35 besvarade KASAM föremätning (42,7 % av målgruppen), bland dessa fanns eftermätning från 16 deltagare (21,1 % av målgruppen, endast avslutade kontakter).

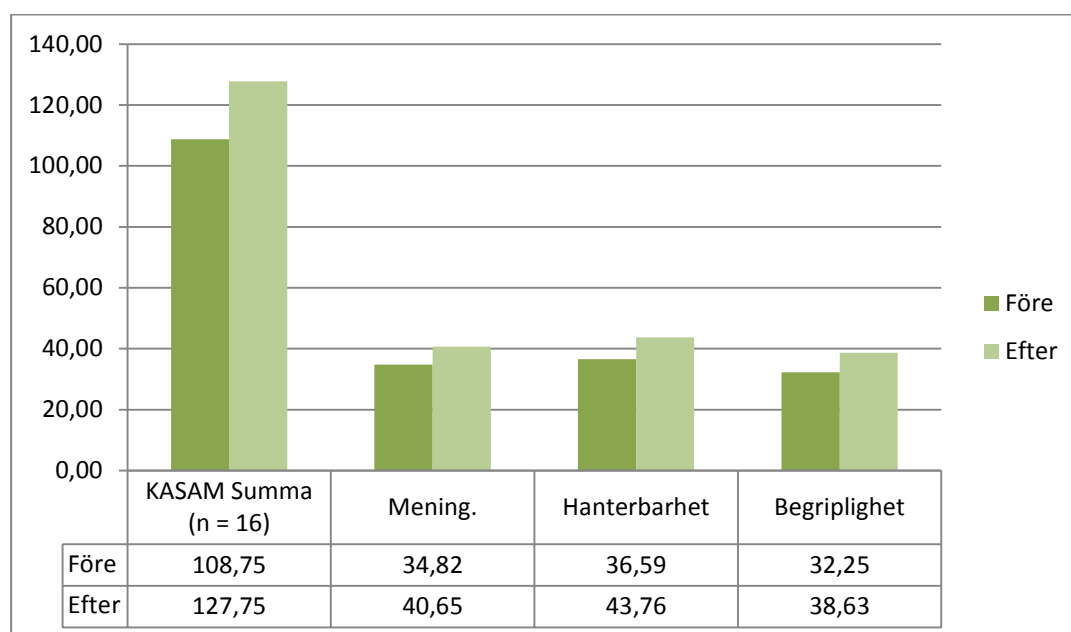
Analys av sambandet mellan att ha (n = 31) och inte ha (n = 26) föremätning av Känsla av sammanhang visade att de två grupperna inte skiljde sig signifikant åt avseende ålder, kön, antal besök, antalet kontaktorsaker, antalet åtgärder eller att ha fått behandling.



Figur 14. Poäng på sammanlagd KASAM samt poäng på de olika delskalorna (n = 31: Flickor n = 13: Pojkar n = 18).

Figur 14 visar de olika skalorna för KASAM vid början av kontakten för pojkar och flickor, inga skillnader fanns mellan könen.

Data från normalpopulationer visar oftast värden mellan 130–150 poäng och bland kliniska grupper inom socialt arbete och medicin/psykiatri varierar vanligen medelvärdena mellan 100 – 130 (Gassne, 2008). För delskalorna anges vanligen en poäng mellan 35–45 för meningsfullhet och 45–52 för de två andra delskalorna.



Figur 15. Förändringar i KASAM (n = 16: Flickor n = 8: Pojkar n = 8).

Förändringar i Känsla av sammanhang för de som hade både före- och eftermätning presenteras i figur 15. En bortfallsanalys visade att det inte fanns några signifikanta skillnader mellan de som endast hade föremätning (n = 15) och de som hade både före- och eftermätning (n = 16) avseende ålder, antal kontaktorsaker, antalet åtgärder, att ha fått behandling eller hushållstyp samt inga signifikanta skillnader avseende poäng på föremätning avseende KASAM Summa, eller någon av dess tre delskalor.

Det fanns signifikanta positiva förändringar i Kasam Summa ($F = 16.21$, $p < 0.01$), såväl som i de tre delskalorna meningsfullhet ($F = 16.30$, $p < 0.01$), hanterbarhet ($F = 13.30$, $p < 0.01$) och begriplighet ($F = 12.51$, $p < 0.05$). Effektstorlekarna (Cohens d) varierade mellan 0.70 – 0.83, vilket betecknas som medelstora effektstorlekar i inomgruppsdesigner. Förändringarna gäller både flickor och pojkar. I gruppen har det gjorts 8 besök i snitt och 21 åtgärder inom kategorin behandling har varit aktuella, medelåldern var 20.38 år ($SD = 2.25$).

Samverkan personal och verksamheter

Ett fundament i utbyggnaden av första linjen vilar på samverkan mellan verksamheter. En del i huruvida en verksamhet vänder sig till en annan har att göra med hur man uppfattat verksamheten vid tidigare kontakter eller vilken bild man förmedlats genom andra kanaler.

Personal från verksamheterna förskola, skola, vård, och socialtjänst svarade på instrumentet SQPM vid tre tillfällen (oktober 2012, maj 2013 och maj 2014). Deltagandet vid de tre tillfällena var 60 % (2012), 53 % (2013) och 42 % 2014, antalet svaranden varierade från 150 till 174 (se tabell 5, bilaga). Vi slog samman svaren från de olika verksamheterna i tre kategorier: Förskola, Skola och Vård och Socialtjänst. Deltagandet i snitt över undersökningstillfällena för dessa kategorier var: 80 % (Förskola), 38 % (Skola), och 58 % (Vård och Socialtjänst).

Samtliga deltagare svarade på frågor kring sin egen kompetens i att upptäcka psykisk ohälsa samt intervention. De som svarade att de kände till VISIT vid undersökningstillfällena besvarade dessutom frågor om VISIT:s betydelse för den egna verksamheten samt hur man upplevde VISIT som samarbetspartner.

När antalet svar tillåter det (> 30) redovisas resultatet fördelat på de tre verksamhetsområdena: Förskola, Skola och Vård och Socialtjänst. När för få individer svarat (< 30) anges detta med streck (-) i tabellerna alternativt att resultatet redovisas för samtliga verksamhetsområden sammanslagna. I de fall för få deltagare (en, två eller tre deltagare) angett ett svarsalternativ redovisas den andel vilken motsvarar tre individer i fet stil.

Jämförelser mellan verksamhetsområden görs på grupper om ca 40 svaranden. Detta innebär att det vid en skillnad på 10 procentenheter är ca 4 svaranden som står för skillnaden. Dock tolkas svarsmönster i de flesta fall utifrån mer än en fråga som mäter ungefär samma sak. I de fall liknande svarsmönster observeras över tid ökar också säkerheten något.

Resultat

De flesta deltagare har svarat att de möter barn och ungdomar som har problem med psykisk ohälsa i sitt arbete, få deltagare (ca 3 %) har angett att de aldrig möter barn och ungdomar med sådana problem. I snitt över de tre undersökningstillfällena har cirka hälften angett att de mycket ofta eller ofta möter barn och ungdomar med problem. Personalen i verksamhetsområdet Förskola upplevde att de mötte fler barn med problem 2014 jämfört med de två föregående åren. Personalen inom Skola och Vård och Socialtjänst har angett

att de oftare möter barn och ungdomar med problem jämfört med personalen inom Förskola.

Totalt kände 143 deltagare (84 %) till VISIT 2012, 153 (90 %) uppgav att de kände till VISIT i 2013 års undersökning och 131 (94 %) kände till VISIT år 2014. Dessa svarade på 19 frågor kring VISIT. Det är svar från dessa deltagare som redovisas i det följande. En del av frågorna hade svarsalternativet *inte aktuellt* vilket var avsett att användas när man inte hade någon erfarenhet av det som efterfrågades, detta svarsalternativ är exkluderat från redovisningen vilket kan medföra att n-talet på vissa frågor är lägre än ovan angivet.

Service från VISIT

Ett av VISIT:s mål är att det ska vara enkelt att komma i kontakt med verksamheten. I snitt över de tre undersökningstillfällena uppgav 65 % att de någon gång haft kontakt med personal inom VISIT. Förskola uppgav sig ha minst kontakt med VISIT och personalen i Vård och Socialtjänst rapporterade sig ha mest frekvent kontakt under de tre åren. Bland den personal som kände till VISIT uppgav cirka hälften att de någon gång hänvisat/aktualiserat/remitterat barn eller familjer till VISIT (tabell 11, bilaga).

Vi frågade hur lätt man tyckte att det var att komma i kontakt med VISIT när man vill diskutera eller hänvisa/aktualisera/remittera någon (tabell 12, bilaga). Av de som varit i kontakt med VISIT tyckte en majoritet (ca 90 %) att det var mycket lätt eller lätt att komma i kontakt med VISIT. Dock finns det en minskning bland de som angett svarsalternativet mycket lätt, från 38 % (2012) till 21 % år 2014.

Vi frågade också i vilken uträkning personalen var nöjda med hänvisningsförfarandet till VISIT, väntetider vid hänvisning, samt nöjdhet med initial information och återkoppling kring de man hänvisat (tabell 13, bilaga). Det stora flertalet (cirka 9 av 10) var mycket nöjda eller nöjda med hänvisningsförfarandet och väntetider, även om andelen som var mycket nöjda med väntetiderna minskat över tid (mycket nöjda 2012 = 31 % och 2014 = 11 %). När det gäller initial information kring de man hänvisat och hur användbar den återkoppling man fått kring de man hänvisat var 6 av 10 mycket nöjda eller nöjda. Cirka 3 av 10 anger emellertid att de inte fått initial information eller återkoppling, vilket kan bero på att det är ärenden av sådan natur att det inte är aktuellt.

Upplevt stöd

Att en ny verksamhet som VISIT kommer in i systemet kan ha betydelse för personalen i andra verksamheter på olika sätt. I enkäten SQPM ingick frågor kring om man upplevde att VISIT ökat förståelsen och kunskapen kring barn och unga med psykisk ohälsa och om VISIT påverkat ens eget arbete med barn och unga.

Personalen inom Vård och Socialtjänst ansåg i högre utsträckning än Förskola och Skola att VISIT ökat deras förståelse för barn och unga som har problem med psykisk ohälsa (tabell 14, bilaga), att VISIT bidragit till att öka deras kunskap kring barns och ungas psykiska hälsa (tabell 15, bilaga), och att VISIT bidragit till att de känner sig säkrare i arbetet med barn/ungdomar/familjer som har problem med psykisk ohälsa (tabell 16, bilaga). Inom Vård och Socialtjänst svarade omkring 40 % av personalen att VISIT bidragit till ovanstående mycket eller ganska mycket, inom Förskola och Skola var motsvarande andel ca 20 %. Totalt ansåg 2 av 10 att de fått stor eller ganska stor hjälp 2014, personalen i verksamhetsområdet Vård och Socialtjänst uppger att de fått större hjälp jämfört med de andra verksamheterna.

Upptäckt av och intervention vid psykisk ohälsa

De barn och unga som intervjuades av Barnombudsmannen (2014) lyfte fram att det kan vara svårt att själv veta när och om man behöver hjälp samt att det kan finnas en oro över att inte tas på allvar när man berättar och skam över att inte må bra. Föräldrar sågs som viktiga i att komma till vården men kunde även vara ett hinder när de inte vill att barnen berättar om sin situation för utomstående. De verksamheter som barn och ungdomar vistas i har en viktig funktion i att upptäcka barn och ungdomar som inte mår bra.

Här används svar från formuläret SQPM för att undersöka hur personalen i verksamheter som är en viktig del i att upptäcka psykisk ohälsa upplever sin egen förmåga i att upptäcka barn och unga med psykisk ohälsa samt deras upplevda kompetens kring att använda befintliga rutiner när de tycker att ett barn behöver hjälp. Svaren avseende kunskap kring upptäckt av psykisk ohälsa hos barn och ungdomar presenteras i tabell 17.

Tabell 17. Andelen som svarat att de har mycket god eller ganska god kunskap kring det som efterfrågas i respektive fråga fördelat på verksamheter och undersökningsår (de två andra svarsalternativen var inte särskilt god och inte alls god).

	Förskola			Skola			Vård och Socialtjänst			Total		
	2012 (n = 47)	2013 (n = 46)	2014 (n = 47)	2012 (n = 75)	2013 (n = 77)	2014 (n = 58)	2012 (n = 48)	2013 (n = 47)	2014 (n = 38)	2012 (n = 170)	2013 (n = 170)	2014 (n = 143)
Hur god kunskap...												
skulle du säga att du har i fråga om att upptäcka psykisk ohälsa hos barn/ungdomar?	73.3	73.9	78.8	72.2	79.2	91.4	83.3	80.8	94.8	75.3	78.2	88.1
skulle du säga att du har i fråga om att avgöra om barn eller ungdomar behöver hjälp på grund av psykisk ohälsa?	61.7	63.0	72.4	66.6	72.7	81.0	79.1	78.7	86.8	68.8	74.5	79.7
skulle du säga att du har i fråga om att avgöra om du bör diskutera eller hänvisa barn/ungdomar som har problem med psykisk ohälsa vidare?	67.3	69.5	82.6	83.3	79.2	87.9	91.8	93.6	89.5	81.4	80.6	86.6

I tabell 17 framgår det att åtta av tio personal i verksamheterna har mycket god eller ganska god kunskap avseende att upptäcka barn och unga med psykisk ohälsa. Personalen som helhet (kolumn total) har förbättrat sin kunskap kring att upptäcka psykisk ohälsa från 2012 till 2014. Personalen inom Vård och Socialtjänst tenderar att skatta sig något högre jämfört med Skola och Förskola. Andelen som ansåg sig ha mycket god kunskap var i genomsnitt 9 %.

Frågorna i tabell 17 efterfrågade en bedömning avseende kunskapen kring tidig upptäckt, vi ställde även tre frågor kring hur säker man känner sig i praktiken – i det faktiska mötet med barn och unga (Hur säker känner du dig på att i mötet med barn och ungdomar: ”upptäcka om ett barn har problem med psykisk ohälsa”...”avgöra om ett barn behöver hjälp”...”avgöra om du behöver diskutera eller hänvisa ett barn vidare”). Personalen i de samverkande verksamheterna hade som helhet blivit säkrare från 2012 till 2014. Även för frågorna om säkerhet kring upptäckt skattade sig Vård och Socialtjänst högre jämfört med Förskola och Skola. Cirka åtta av tio personal i verksamheterna kände sig säkra eller mycket säkra på att upptäcka barn eller unga med psykisk ohälsa. Andelen svaranden vilka använt sig av svarsalternativet mycket säker var i genomsnitt 7 %.

Tabell 18 presenterar resultaten för personalens kunskap gällande de rutiner som används när man tycker att någon behöver hjälp, att ge rådgivning samt att arbeta med barns och ungdomars familjer/nätverk.

Tabell 18. Andelen som svarat att de har mycket god eller ganska god kunskap kring det som efterfrågas i respektive fråga fördelat på verksamhetstyper och undersökningsår (de två andra svarsalternativen var inte särskilt god och inte alls god).

	Förskola			Skola			Vård och Socialtjänst			Total		
	2012 (n = 47)	2013 (n = 46)	2014 (n = 46)	2012 (n = 75)	2013 (n = 77)	2014 (n = 58)	2012 (n = 48)	2013 (n = 47)	2014 (n = 38)	2012 (n = 170)	2013 (n = 170)	2014 (n = 146)
Hur god kunskap...												
skulle du säga att du har i fråga om vilka rutiner som gäller när du tycker att barn och ungdomar behöver hjälp?	76.0	65.2	86.7	52.0	46.7	63.2	70.8	72.3	75.0	63.9	59.4	73.9
skulle du säga att du har i fråga om att arbeta med barns eller ungdomars familjer/nätverk för att hjälpa dem med barns och ungdomars psykiska hälsa?	33.3	28.3	50.0	27.0	24.4	29.8	39.6	52.2	45.9	32.3	32.9	40.7
skulle du säga att du har i fråga om att ge rådgivning åt ett barn/en ungdom och hans eller hennes familj?	40.0	40.0	54.3	31.1	20.5	35.1	60.4	65.2	70.3	41.9	37.9	50.7

Avseende kunskapen om vilka rutiner som gäller när man tycker att någon behöver hjälp, samt kunskapen om att arbeta med barns familjer/nätverk för att hjälpa barn och ungdomar med psykisk ohälsa, skattar sig personalen ha mer kunskap 2014 jämfört med 2012 (kolumnen Total). Denna förändring svarar till stor del Förskola för. Totalt över de tre tillfällena är det Vård och Socialtjänst som rapporterar mest kunskap i jämförelse med Skola och Förskola, men vid senaste mätningen fanns det inga skillnader mellan Förskola och Vård och Socialtjänst. Andelen vilka angett svarsalternativet mycket god var i genomsnitt 6 %.

Vi ställde även tre frågor om hur säker personalen kände sig kring att intervensera, de var: Hur säker känner du dig på att: ”använda de rutiner som gäller när du tycker att ett barn behöver hjälp?”...” i praktiken arbeta med ett barns familj eller nätverk för att hjälpa dem med barnets psykiska hälsa?”...” ge rådgivning åt ett barn och hans eller hennes familj?”.

I 2014 – års undersökning kände sig 7 av 10 mycket säkra eller säkra i fråga om att använda befintliga rutiner, detta var en förbättring jämfört med 2012 – års undersökning. En större andel kände sig även säkrare på att arbeta med familjer eller nätverk 2014 jämfört med 2012. För dessa öknings svarade personalen inom Förskola för en betydande del. Personalen inom Vård och Socialtjänst kände säkrare på att ge rådgivning jämfört med de två andra verksamheterna. I genomsnitt hade 7 % markerat alternativet mycket säker.

Tidig upptäckt av psykisk ohälsa och vidareutbildning

Kan vidareutbildning påverka personalens och därigenom systemets förmåga till upptäckt och intervention? I föregående avsnitt fann vi att personalen i de samverkande verksamheterna skattade sig ha bättre kunskap samt kände sig säkrare i att intervensera när man anser att någon har problem med psykisk ohälsa. Har förbättringen samband med den vidareutbildning som getts under perioden? Under hösten 2013 och våren 2014 gick samtlig personal inom Skola och Förskola en baskurs om neuropsykiatriska funktionsnedsättningar hos barn arrangerad av Specialpedagogiska skolmyndigheten. Kursen syftade till att öka förståelsen kring neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, vad som kännetecknar dem samt öka medvetenheten i mötet med eleven.

Vid de tre undersökningstillfällena tillfrågades deltagarna om de fått någon vidareutbildning kring barns och ungdomars psykiska ohälsa inom sitt nuvarande yrke. Totalt svarade 45 % (n = 73) att de fått det år 2012 och 2014 var andelen 67 % (n = 94) år 2014, en ökning över undersökningsåren. Vad gäller de individuella verksamheterna är det framförallt Förskola och Skola som rapporterar mer vidareutbildning över tid.

Vi har redan sett att personalen i verksamheterna kände att de hade mer kunskap och kände sig säkrare över tid men hänger det samman med vidareutbildningen. För att svara på det gjordes inledningsvis en analys av sambanden mellan frågan om vidareutbildning och frågorna där vi sett en ökning över tid. Analysen visade att huruvida man fått vidareutbildning eller ej hade samband med frågorna kring att upptäcka psykisk ohälsa, avgöra när någon behöver hjälp, använda de rutiner som gäller och att arbeta med familjer eller nätverk för att hjälpa barn/ungdomar med psykisk ohälsa. Sambanden fanns både när analysen gjordes på hela stickprovet och inom varje enskilt undersökningsår. Så, vidareutbildning har samband med upptäckt och intervention vid psykisk ohälsa. Men, för att titta på sambandet med den utbildning som specifikt skett under undersökningsperioden gjordes ytterligare en analys (tabell 19) där de som angav att de inte fått någon vidareutbildning vid

första tillfället (2012) jämfördes med dem som svarat att de fått vidareutbildning 2013 eller 2014. Den analysen visade på samma samband som ovanstående analys. Det vi kan säga utifrån detta är att vidareutbildning hänger samman med kunskap och säkerhet i att upptäcka och intervensera vid psykisk ohälsa.

Tabell 19. Andelen som svarat att de har mycket god eller god kunskap respektive känner sig mycket säkra eller säkra fördelat på att ha fått vidareutbildning kring barns och ungdomars psykiska hälsa mellan åren 2012 och 2014 (antal svaranden inom parentes).

	Vidareutbildning	
	Nej	Ja
Hur god kunskap...		
skulle du säga att du har i fråga om att upptäcka psykisk ohälsa hos barn/ungdomar?	63.2 (55)	90.9 (180)
skulle du säga att du har i fråga om att avgöra om barn eller ungdomar behöver hjälp på grund av psykisk ohälsa?	59.1 (52)	87.9 (174)
skulle du säga att du har i fråga om vilka rutiner som gäller när du tycker att barn och ungdomar behöver hjälp?	50.0 (44)	74.5 (146)
skulle du säga att du har i fråga om att arbeta med barns eller ungdomars familjer/nätverk för att hjälpa dem med barns och ungdomars psykiska hälsa?	19.5 (17)	43.4 (85)
Hur säker känner...		
Du dig på att i mötet med barn och ungdomar upptäcka om ett barn/en ungdom har problem med psykisk ohälsa?	58.4 (52)	83.3 (165)
Du dig på att i mötet med barn och ungdomar avgöra om ett barn/en ungdom behöver hjälp på grund av psykisk ohälsa?	54.5 (48)	81.1 (159)
Du dig på att använda de rutiner som gäller när du tycker att ett barn/en ungdom behöver hjälp?	50.0 (44)	74.5 (146)
Du dig på att i praktiken arbeta med ett barns/en ungdoms familj eller nätverk för att hjälpa dem med barnets psykiska hälsa?	20.5 (18)	41.5 (81)

Remisser till psykiatri

Personal inom VISIT sammanställde data på remisser till Barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri från primärvården, Barnvårdscentralen/Barnhälsoteamet samt Barnmorskemottagningen före och efter VISIT:s öppnande. Data rörande Socialtjänsten tillhandahölls av personal inom Socialtjänsten. En jämförelse görs mellan perioden före VISIT (2009-01-01 till 2011-12-31) och efter VISIT (2012-01-01 till 2014-06-01).

Tabell 20. Remisser/hänvisningar till BUP och vuxenpsykiatri från primärvård, Barnvårdscentral/BHT samt Barnmorskemottagningen före och efter VISIT:s öppnande.

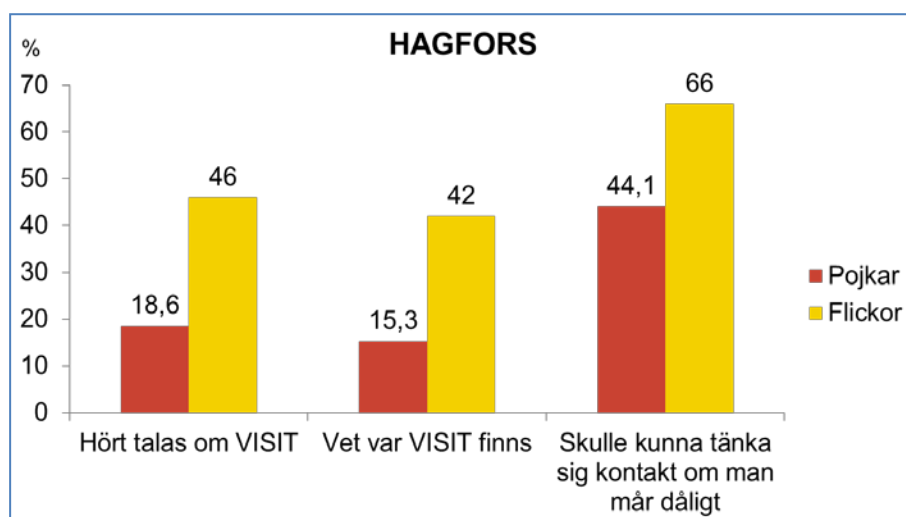
Från:	Till:	Före VISIT	Efter VISIT
		2009-01-01 till 2011-12-31	2012-01-01 till 2014-06-01
Primärvård	BUP	32	16
Primärvård	Vuxenpsykiatri	75	34
BVC/BHT	BUP	0	3
BVC/BHT	Vuxenpsykiatri	7	0
Barnmorskemottagning	Vuxenpsykiatri	0	3
Socialtjänst	BUP	3	13
VISIT	BUP	-	9
VISIT	Vuxenpsykiatri	-	15
Summa		117	90

Tabell 20 visar att det gjordes 35 hänvisningar till BUP före VISIT och 41 efter VISIT, en liten ökning, dock inte signifikant. Remisser till vuxenpsykiatri minskade signifikant ($Z = 3.66$ $p < 0.001$), 82 remisser före VISIT och 52 efter VISIT. Siffrorna i tabellen bör tolkas med försiktighet men i de fall siffrorna stämmer har remisser till psykiatri som helhet minskat från 117 till 90 ($Z = 2.55$, $p < 0.05$).

Förankring hos unga

Tillgängligheten och VISIT:s möjlighet att fånga upp de som behöver stöd och hjälp kring psykisk ohälsa måste anses vara god utifrån samlokalisering, att man kan kontakta dem på eget initiativ, rekommenderas och hänvisas dit från andra verksamheter. Men, attityder mot att söka hjälp och attityder mot vårdgivaren spelar också en viktig roll i om barn och unga söker hjälp (Rickwood, Deane, & Wilson, 2007).

VISIT har genom information till andra verksamheter försökt se till så att både presumtiva brukare och andra verksamheter känner till att de finns. I undersökningen Ung i Norr 2013, som genomfördes bland elever i gymnasiets årskurs 2 i Hagfors, Sunne och Torsby, frågade vi eleverna i Hagfors tre frågor om VISIT: om de hört talas om VISIT, vet var VISIT finns och om de kan tänka sig ta kontakt med VISIT om de mår dåligt. 111 av 125 ungdomar svarade på frågorna. Resultatet visas i figur 16.



Figur 16. Andelar pojkar och flickor som svarat Ja på de tre frågorna.

Totalt hade 3 av 10 ungdomar i gymnasiets årskurs 2 i Hagfors hört talas om VISIT och hälften av ungdomarna skulle kunna tänka sig att kontakta VISIT om man mår dåligt. 66 % av flickorna och 44,1 % av pojkarna kunde tänka sig att kontakta VISIT. Det var ca 2,5 gånger vanligare bland flickorna än bland pojkarna att man hört talas om VISIT och vet var de finns samt 1,5 gånger vanligare att flickorna kunde tänka sig att kontakta VISIT.

Sammanfattning och diskussion

Den psykiska ohälsan har ökat bland barn och unga sedan början av 2000- talet, samtidigt med denna ökning framkom att det saknades en klar uppfattning om vem som ansvarade för insatser kring barns och ungas psykiska ohälsa och då framför allt avseende lindrigare till medelsvår psykisk ohälsa. I syfte att möta det ökade trycket på vården påbörjades därför under senare hälften av 2000-talet en uppbyggnad och förstärkning av vård inom första linjen. Till första linjen ska brukare kunna vända sig oavsett om problemet har medicinska, psykologiska eller sociala orsaker. Lindrig till medelsvår psykisk ohälsa ska kunna behandlas inom första linjen och där ska även beslut om hänvisning vidare kunna fattas.

VISIT i Hagfors startade i november 2011 och är en integrerad första linjen verksamhet inom vilken allmänmedicin, socialtjänst och skola samverkar. VISIT vänder sig till barn och unga upp till 25- års ålder och syftar till att förebygga och behandla lindrig till medelsvår psykisk ohälsa. Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads universitet fick uppdraget att utvärdera VISIT. Utvärderingen innehåller utvärdering av samverkan mellan VISIT och dess samverkanspartners, hur nöjda brukarna var med kontakten med VISIT samt om brukarnas symtom förändrats i slutet av kontakten jämfört med början av kontakten. En analys av VISIT:s besökare utifrån ålder, kön, kontaktorsaker etc. har också genomförts liksom en kartläggning av psykosomatiska besvär och alkoholkonsumtion bland ungdomar i Hagfors.

VISIT:s besökare

Unga vuxna (18–25 år) stod för 38 % av VISIT:s totala antal besökare. Detta aktualiserar frågan om huruvida första linjens verksamheter även ska vända sig till unga vuxna jämfört med att ha gränsen vid 18–20 års- ålder. I Arvika har ett försök att öka tillgängligheten för denna grupp gett resultatet att antalet som söker vård ökat (Eriksson & Hallerbäck, 2014). Det var fyra gånger vanligare att en kontakt med VISIT togs av hushåll där en vuxen lever ensam med barn jämfört med där för vuxna ingår i hushållet. En tolkning är att VISIT ökat tillgängligheten för denna grupp vilket måste ses som positivt eftersom barn till ensamstående föräldrar kan ha en större risk för problem (Statens folkhälsoinstitut, 2011).

Ungefär hälften av kontaktorsakerna rörde någon form av inåtvänd problematik jämfört med 25 % avseende utåtvänd problematik. Vid behov använder sig VISIT även av screeninginstrument, inga instrument avseende riskbruk av

alkohol hade använts vilket troligen beror på att personer med den typen av problematik vanligen råds att söka hjälp inom Socialtjänsten. Men, frågan väcks huruvida det inom första linjen skulle vara möjligt att rutinmässigt screena för riskbruk av alkohol. Inom första linjen verksamheten Hamnen fanns det indikation på att ca 17 % bland de ungdomar som besökte dem under tiden för deras utvärdering hade troligt riskbruk av alkohol.

I syfte att undersöka hur tillgängligt VISIT är för ungdomar frågade vi i undersökningen Ung i Norr ungdomarna i Hagfors (gymnasiet åk 2) om de hört talas om VISIT, om de vet var VISIT finns och om de skulle kunna tänka sig att kontakta dem. 66 % av flickorna och 44 % av pojkarna kunde tänka sig att kontakta VISIT. Bland flickor var det 2.5 gånger vanligare än bland pojkar att de visste var VISIT fanns.

Mätningar populationsnivå

Data från undersökningen Ung i Värmland visade att det skett en minskning av psykosomatiska besvär och alkoholkonsumtion efter att kurvan pekat uppåt från slutet av 1980- talet fram till början av 2000- talet. Trenden för Hagfors har samma mönster som observerades bland andra kommuner i Värmland samt på nationell nivå.

I undersökningen Ung i Norr 2013 deltog ungdomar i årskurs 2 på gymnasiet i tre kommuner varav en var Hagfors kommun. Analysen av data från Hagfors visade att en av fyra flickor hade koncentrationssvårigheter, något färre bland pojkarna (14 %) angav detta. En lika stor andel pojkar och flickor (32 %) rapporterade sömnsvårigheter vilket är ett besvär som ökat bland ungdomar i Sverige de senaste åren. Somatiska besvär som huvudvärk har också ökat på nationell nivå bland ungdomar och bland flickor i årskurs 2 på gymnasiet i Hagfors upplevde en av fyra flickor att de ofta eller alltid besvärats av huvudvärk.

Brukarnas nöjdhet och förändringar i symtom

Brukarnas nöjdhet

Besökare i åldern 13–25 år besvarade ett frågeformulär med åtta frågor (CSQ-8; Larsen et al., 1979). Cirka 9 av 10 besökare var mycket nöjda eller nöjda med de aspekter som efterfrågades, ungefär hälften hade angett det högsta svarsalternativet. Även om det är vanligt att brukares nöjdhet har höga värden fanns det ett bortfall som kan innebära att de som svarat inte är representativa för de som besökt VISIT. Nöjdhet uppvisade inga signifikanta samband med ålder, kön eller typ av kontaktorsak.

Förändringar i symtom

I åldrarna upp till 16 år användes formuläret Styrkor och svårigheter (SDQ). Få deltagare hade både före- och eftermätning (n = 7 för föräldraskattningar och n = 8 för självskattningar) vilket innebär att gruppen inte behöver vara representativ för besökarna på VISIT. Föräldrar skattade sina barn att ha mindre symtom på SDQ vid kontaktens slut jämfört med i början av kontakten. De skattade även barnets funktion i vardagslivet som bättre i slutet av kontakten.

För besökare i 17 till 25- års ålder användes frågeformuläret Känsla av sammanhang i början och i slutet av kontakten. Sexton deltagare hade både före- och efter mätning. Gruppen hade positiva förändringar i Kasam Summa samt de tre delskalorna. Ingen skillnad fanns avseende ålder, att ha fått behandling, antalet kontactorsaker eller poäng på Kasam mellan de som hade både före- och eftermätning och de som endast hade föremätning. Även i denna åldersgrupp var antalet personer som hade före- och eftermätning få vilket gör att denna grupp inte behöver vara representativ för besökarna på VISIT.

I analyserna av förändringar i symtom användes före- och eftermätningar från samma individer, ingen kontrollgrupp har använts därför är det inte möjligt att uttala sig om huruvida det är kontakten med VISIT som står bakom de förändringar som brukarna rapporterat.

Samverkan – personal och verksamheter

Tillgänglighet

Bland de samverkande verksamheter (Vård och Socialtjänst, Skola och Förskola) vilka ingick i enkäten kring samverkan tyckte majoriteten (90 %) att det var mycket lätt eller lätt att komma i kontakt med VISIT när man ville hänvisa eller diskutera någon. Flertalet (ca 90 %) var också mycket nöjda eller nöjda med hänvisningsförfarandet till VISIT, den initiala information samt den återkoppling som getts. En förändring kan noteras vad avser nöjdhet med väntetider där deltagarna blivit mindre nöjda över tid.

Cirka 2/10 tillfrågade upplevde att VISIT ökat deras förståelse och kunskap om barn och unga som har problem med psykisk ohälsa och i 2014- års undersökning uppgav 23 % att de fått stor eller ganska stor hjälp av VISIT i det vardagsarbete som är relaterat till barns och ungas psykiska hälsa.

Tidig upptäckt av psykisk ohälsa

En majoritet av personalen (ca 80 %) i de samverkande verksamheterna ansåg sig ha mycket god eller god kunskap i fråga om att upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar i 2014- års undersökning. Som helhet har personalen förändrats mot mer kunskap över undersökningsåren och då framförallt vad gäller kunskap kring att upptäcka och avgöra om barn eller unga behöver hjälp på grund av psykisk ohälsa. Fler anser sig även känna sig säkrare i praktiken avseende att upptäcka och avgöra när någon behöver hjälp år 2014 jämfört med år 2012. Även kunskapen om vilka rutiner som gäller när man tycker att någon behöver hjälp samt kunskapen i fråga om att arbeta med barns familjer/nätverk har ökat från 2012 till 2014.

Att personalen i de samverkande verksamheterna känner att de har mer kunskap och känner sig säkrare i att upptäcka och intervensera vid psykisk ohälsa har troligtvis samband med den vidareutbildning personalen inom Skola och Förskola fått rörande neuropsykiatriska funktionsnedsättningar under hösten 2013 och våren 2014. Det måste ses som positivt om det är så att en utbildning kan ha samband med att personal känner sig mer säkra i sin yrkesroll.

Remissflöden

Det totala antalet remisser till psykiatrin som helhet minskade i systemet. Framför allt var det en minskning i antalet remisser till vuxenpsykiatrin som stod bakom den totala minskningen. Antalet remisser till Barn- och ungdomspsykiatrin minskade inte och beroende på vilka verksamheter som räknas in i systemet har antalet remisser till Barn- och ungdomspsykiatrin ökat. Detta bör ses i förhållande till att en stor del av VISIT:s besökare var i åldrar över 18 år.

Sammanfattningsvis visade resultaten att besökare över 18 år stod för en stor andel av VISIT:s kontakter vilket aktualiserar frågan om unga vuxnas behov av alternativa kontaktvägar vid lättare till medelsvår psykisk ohälsa. Drygt hälften av besökarna blev färdigbehandlade inom VISIT och ca 3 av tio hänvisades vidare. VISIT nådde utsatta grupper såsom ensamstående med barn, detta tillsammans med att en stor andel av ungdomar i årskurs 2 i gymnasiet i Hagfors kände till VISIT och kunde tänka sig att kontakta VISIT om de mår dåligt talar för en ökad tillgänglighet i systemet.

Föräldrar upplevde att barnens symtom minskat vid slutet av kontakten jämfört med i början av kontakten. Ungdomar mellan 17 och 25 år rapporterade en

högre känsla av sammanhang i slutet av kontakten än i början av kontakten, dock var det få deltagare som hade både före- och eftermätning, vilket medför att dessa förändringar inte behöver vara representativa för de som haft kontakt med VISIT.

En majoritet av personalen inom skola, förskola, vård och socialtjänst upplevde att VISIT var lättillgängligt och att servicen var god. Personalen i dessa verksamheter förbättrade sin förmåga till upptäckt och intervention gällande psykisk ohälsa hos barn och ungdomar under projektiden, troligen spelade den vidareutbildning som personal inom förskola och skola deltagit i en roll i förbättringen.

Referenser

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725-733.

Barnombudsmannen (2014). *Bryt tystnaden – barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa*. Stockholm: Barnombudsmannen.

Eriksson, A-E., & Unenge Hallerbäck (2014). *Projekt psykiatrisk mottagning unga vuxna Arvika, delrapport*. Landstinget i Värmland.

Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: A systematic review. *Epidemiol Community Health*, 59, 460–466.

Folkhälsomyndigheten (2014). *Svenska skolbarns hälsovanor 2013/14: Grundrapport*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Gassne, J. (2008) *Salutogenes, Kasam och socionomer*. Doktorsavhandling, Lunds universitet.

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.

Gustavsson J-E., Allodi Westling, M., Alin Åkerman, B., Eriksson, C., Eriksson, L., Fischbein, S., et al. (2010) *School, learning and mental health – a systematic review*. The Royal Academy of Sciences, The Health Committee, 2010.

Hagquist, C. (2008). Psychometric properties of the PsychoSomatic Problems scale: A Rasch analysis on adolescent data. *Social Indicators Research*, 86(3), 511-523.

Hagquist, C. (2012). *Skolmiljö, mobbning och hälsa: Resultat från Ung i Värmland 1988-2011*. Forskningsrapport. Karlstad University Studies 2012:33. Karlstad: Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa, Karlstads universitet.

Hagquist, C. (2013). Ungas psykiska hälsa i Sverige: komplexa trender och stora kunskapsluckor. *Socialmedicinsk tidskrift*, 5, 671-683.

Landstinget i Värmland (2012). *Verksamhetsberättelse november – december 2012 för VISIT*.

Larsen, D., Attkisson, C. C., Hargreaves W., & Nguyen, T. (1979). Assessment

of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.

Lundh, L-G., Wångby-Lundh, M., & Bjärehed, J. (2008). Self reported emotional and behavioral problems in Swedish 14 to 15-year-old adolescents: A study with the self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 523-532.

Malmberg, M., Rydell, A. M., & Bjärehed, J. (2007). Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-SWE). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 357-363.

Obel, C., Heiervang, E., Rodriguez, A., Heyerdahl, S., Smedje, H., Sourander, A. Ó., Guðmundsson, Ó., Clench-Aas, J., Christensen, E., & Heian, F. (2004). The strengths and difficulties questionnaire in the Nordic countries. *European Child and Adolescent Psychiatry*, Suppl 2:32-39.

Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems. *Medical Journal of Australia*, 187 (7 suppl), S35-S39).

Salmi, P., Berlin, M., Björkenstam, B. & Ringbäck Weitoft, G. (2013). *Psykisk ohälsa bland unga. Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2010). *Barn och ungdomar med psykisk ohälsa: Vem tar hand om dem*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012). *Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013). *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014). *Folkhälsan i Sverige. Årsrapport 2012*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens folkhälsoinstitut (2011). *Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009*. R 2011:09. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Stockholms läns sjukvårdsområde & Värmdö kommun (2011). *Hamnen – mottagning för barn, unga och föräldrar*. Stockholm läns sjukvårdsområde.

Sveriges Kommuner och Landsting (2009). *Rätt insatser i rätt tid för barn och ungdomar med psykisk ohälsa*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Sveriges Kommuner och Landsting (2012). Vänd dig hit: Guide för kommuner och landsting att kartlägga och utveckla sin första linjeverksamhet för psykisk hälsa hos barn och unga. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Vostanis, P., Taylor, H., Day, C., Edwards, R., Street, C., Weare, K., & Wolpert, M. (2011). Child mental health practitioners' and experiences of children's educational needs and services. *Clinical Child Psychology*, 16, 385-405.

Bilaga

Tabell 1. Bakgrundsvariablerna kön, ålder, sysselsättning och boende fördelat på gruppen som samtyckt (Ja) och gruppen som valt att inte delta (Nej). Antal presenteras i parentes.

Bakgrundsvariabel:	Ja	Nej
Kön:	(n = 106)	(n = 52)
Pojke	51.8 (55)	44.2 (23)
Flicka	48.1 (51)	55.8 (29)
Ålder (år):	(n = 108)	(n = 52)
0 – 6	9.3 (10)	17.3 (9)
7 – 12	22.2 (24)	34.6 (18)
13 - 17	25.9 (28)	19.2 (10)
18 - 25	42.6 (46)	28.9 (15)
Sysselsättning:	(n = 98)	(n = 50)
studerar	75.5 (74)	68.0 (34)
arbetar/eget företag	6.1 (6)	10.0 (5)
långtidssjukskriven	(0)	(0)
arbetslös	4.1 (4)	10.0 (5)
annat	14.3 (14)	12.0 (6)
Boende:	(n = 89)	(n = 44)
med båda föräldrarna	40.6 (37)	31.8 (14)
huvudsakligen mamma	19.8 (18)	27.3 (12)
huvudsakligen pappa	11.0 (10)	(0)
växelvis	7.7 (7)	18.2 (8)
ensamboende	18.7 (17)	9.1 (4)
partner/sambo	2.8	13.6 (6)

Not. Om tre personer eller färre svarat redovisas den procentandel som motsvarar tre personer (fet stil).

Tabell 2. Andel och (antal) kontaktorsaker fördelat på gruppen som samtyckt och gruppen som valt att inte delta. En individ kan ha flera kontaktorsaker, andelen för de olika kontaktorsakerna är beräknade på summan av antalet kontaktorsaker.

Kontaktorsak:	Ja (n = 107)	Nej (n = 52)
Utåtvänd problematik		
aggressivitet/ilska	7.9 (15)	7.9 (7)
alkohol/droger	1.6	(0)
koncentration/uppmärksamhet	4.8 (9)	3.4
skolproblem/skolvägran	6.9 (13)	10.2 (9)
relationsproblem	5.3 (10)	6.8 (6)
sexuell problematik	1.6	(0)
<i>S:a kontaktorsaker utåtvänd probl.</i>	27.0 (51)	27.3 (24)
Inåtvänd problematik		
självförtroende	1.6	3.4
kris/stressreaktion	5.8 (11)	3.4
ledsen/nedstämd/deprimerad	14.8 (28)	17.0 (15)
rädslor/fobier	2.1 (4)	3.4
oro/ångest	23.8 (45)	12.5 (11)
självskadebeteende	1.6	3.4
trauman	1.6	3.4
ätstörningsproblematik:	2.1 (4)	0
<i>S:a kontaktorsaker inåtvänd probl.</i>	51.8 (98)	42.0 (37)
Annat:		
vill ha hjälp	3.7 (7)	5.7 (5)
vill ha någon att prata med	3.7 (7)	7.9 (7)
önskar råd, stöd, fråga	2.1 (4)	4.5 (4)
övrigt	11.6 (22)	12.5 (11)
<i>S:a kontaktorsaker annat</i>	21.2 (40)	30.7 (27)
S:a kontaktorsaker	189	88

Not. Om tre personer eller färre svarat redovisas den procentandel som motsvarar tre personer (fet stil).

I tabell 2 presenteras de kontaktorsaker som använts i dokumentationsblanketten. De enskilda kontaktorsakerna har även slagits samman i två grupper av problematik (inåtvänd -och utåtvänd problematik). Totalt har 277 kontaktorsaker angivits, 189 i gruppen Ja och 88 i gruppen Nej. Personerna i gruppen som tackat Ja till att delta (n = 107) hade i genomsnitt 1,76 kontaktorsaker och gruppen som valt att inte delta (n = 52) hade ett genomsnitt på 1,69 kontaktorsaker, skillnaden mellan grupperna avseende genomsnittligt antal kontaktorsaker var inte signifikant.

På raden *S:a kontaktorsaker utåtvänd problematik* framgår att 51 av sammanlagt 189 kontaktorsaker (27 %) i gruppen Ja var kontaktorsaker som rörde utåtvänd problematik och i Nej-gruppen rörde 24 (27,3 %) utåtvänd problematik. I gruppen som samtyckt rörde 98 av 189 (51,8 %) kontaktorsaker inåtvänd problematik och i Nej – gruppen var 37 av 88 (42,0 %) kontaktorsaker relaterade till inåtvänd problematik, ingen signifikant skillnad finns mellan grupperna avseende antalet kontaktorsaker inom inåtvänd problematik, dock har Ja – gruppen en högre andel av den enskilda orsaken oro/ångest (23,8 %) jämfört med Nej – gruppen (12,5 %) ($z = 2.18$; $p < 0.05$). Det finns inte heller någon signifikant skillnad mellan de två grupperna Ja och Nej avseende den tredje och sista gruppen kontaktorsaker (Annat). Avseende andelen kontaktorsaker som rör inåtvänd respektive utåtvänd problematik inom grupperna är det en signifikant större andel av kontaktorsakerna vilka rör inåtvänd problematik i båda grupperna jämfört med utåtvänd problematik.

Tabell 3. Andel och (antal) kontaktsätt fördelat på gruppen som samtyckt och gruppen som valt att inte delta. En individ kan ha flera kontaktsätt, andelen för de olika kontaktsätten är beräknade på summan av antalet kontaktsätt.

Kontaktsätt:	Ja (n = 102)	Nej (n = 50)
anhörig/närstående	19.8 (27)	28.9 (24)
eget initiativ	27.2 (37)	35.0 (29)
hänvisning	31.7 (43)	14.4 (12)
rekommendation	21.3 (29)	21.7 (18)
S:a kontaktsätt	136	83

En individ kan ha mer än ett kontaktsätt registrerat, exempelvis rekommenderad och eget initiativ där personen blivit rekommenderad och sedan tar kontakt själv. De 102 personerna i gruppen Ja har 136 kontaktsätt registrerade och gruppen Nej har 83 kontaktsätt registrerade. Att ha blivit hänvisad till VISIT är vanligare i gruppen Ja jämfört med gruppen Nej ($z = 2.84$; $p < 0.01$).

Tabell 4. Andel och (antal) insatser fördelat på gruppen som samtyckt och gruppen som valt att inte delta. En individ kan ha haft flera insatser, andelen för insatserna är beräknade på summan av antalet åtgärder.

Insats:	Ja (n = 83)	Nej (n = 43)
Behandling		
bearbetande samtal	4.5 (19)	3.1 (6)
motiverande samtal	0.007	1.5
stödjande samtal	3.3 (14)	4.1 (8)
exponering	3.1 (13)	2.0 (4)
beteendetekniker - övrigt	4.0 (17)	2.0 (4)
familjebehandling	1.7 (7)	1.5
krisbehandling	0.007	1.5
traumabehandling	0.007	1.5
miljöterapi	(0)	(0)
pedagogiska åtgärder	2.8 (12)	2.6 (5)
psykosociala åtgärder	0.007	(0)
hemuppgifter	8.1 (34)	5.1 (10)
<i>S:a åtgärder behandling</i>	29.5 (124)	22.0 (43)
Hänvisning		
hänvisning ALM	2.1 (9)	1.5
hänvisning socialtjänst	0.007	3.1 (6)
hänvisning specialist	0.007	1.5
remiss	3.3 (14)	1.5
anmälan socialtjänsten	0.007	1.5
<i>S:a hänvisning</i>	6.6 (29)	5.6 (11)
Konsultation		
konsultation/samverkan förskola	0.007	(0)
konsultation/samverkan skola	3.8 (16)	4.1 (8)
konsultation psykiatri	2.1 (9)	1.5
konsultation somatisk	1.4 (6)	1.5
konsultation övriga	1.7 (7)	1.5
<i>S:a konsultation</i>	(9.0) 38	6.6 (13)
Utredning och planering		
kartläggning	17.6 (74)	14.8 (29)
behovsbeskrivning	14.3 (60)	20.5 (40)
klargörande samtal	9.8 (41)	12.8 (25)
skolhistorik	2.8 (12)	6.6 (13)
observation	(0)	(0)
genomförandeplan	0.007	(0)
planering individ	3.6 (15)	2.6 (5)
planeringsmöte	1.2 (5)	2.1 (4)
samordnad planering externt	1.4 (6)	2.1 (4)
<i>S:a utredning och planering</i>	(51.0) 213	61.5 (120)
Annat		
utvärderad	0.007	1.5
övrigt	2.4 (10)	3.1 (6)
<i>S:a annat</i>	2.4 (10)	4.1 (8)
S:a åtgärder	420	195

Not. Om tre personer eller färre svarat redovisas den procentandel som motsvarar tre personer (fet stil).

I Tabell 4 presenteras de 33 olika typer av insatser vilka registrerades i dokumentationsblanketten, dessa har delats in i 5 undergrupper (behandling, hänvisning, konsultation, utredning och planering samt annat). I gruppen Ja

fanns 420 insatser registrerade ($M = 5.06$) och i gruppen Nej var 195 insatser registrerade ($M = 4.53$), ingen signifikant skillnad fanns mellan föregående grupper avseende genomsnittligt antal insatser.

Bland de som samtyckt rörde 124/420 (29,5 %) insatser behandling (se rad S:a åtgärder behandling), bland de som valt att inte delta var andelen 22 %. Skillnaden mellan gruppen Ja och Nej var inte signifikant ($z = 1.94$; $p = 0.053$), men kan betecknas som att det finns en tendens ($p \leq 0.10$) till skillnad. För kategorin utredning och planering fanns en signifikant skillnad ($z = 2.51$; $p < 0.01$) mellan Ja – gruppen och Nej – gruppen, de som valt att inte delta hade en större andel insatser (120 av 195) jämfört med de som samtyckt, där 213 av 420 insatser gjorts inom utredning och planering. Skillnaden uppstår på grund av högre andelar skolhistorik och behovsbeskrivning bland de som valt att inte delta. Nej – gruppen har även en högre andel hänvisningar till socialtjänsten jämfört med de som valt att delta ($z = 2.27$; $p < 0.05$).

Tabell 5. Antal personer vilka svarat på enkäten år 2012 och år 2013: Yrken fördelat på verksamheter. I parentes i totalkolumnen presenteras antalet som förfrågades om deltagande.

Yrken	2012				2013				2014			
	Förskola	Skola	Vård och Socialtjänst	Total	Förskola	Skola	Vård och Socialtjänst	Total	Förskola	Skola	Vård och Socialtjänst	Total
Barnmorska			1	1 (2)			1	1 (2)			2	(3)
Barnskötare	16			16 (19)	16			16 (19)	19			(19)
BVC-sköterska			2	2 (2)			2	2 (3)				(3)
Dagbarnvårdare	7			7 (7)	7			7 (7)	5			(7)
Distriktsköterska			6	6 (8)			7	7 (9)			3	(12)
Enhetschef/Rektor/ Verksamhetschef		1	6	7 (15)			4	4 (12)			5	(12)
Fritidsledare		3		3 (5)				- (5)		1		(5)
Förskollärare	24	4	1	29 (32)	23	5	1	29 (32)	23	1	2	(32)
Lärare F – gymnasiet		64		64 (140)		72		73 (180)		56		(200)
Läkare			6	6 (8)			6	6 (11)				(10)
Psykolog			2	2 (3)			-	- (3)				(3)
Sjukskötare/ Sjuksköterska			4	4 (9)			4	4 (9)			3	(9)
Skolkurator			1	1(3)			1	1(3)			3	(3)
Skolsköterska			4	4 (4)			4	4 (4)			6	(4)
Skolvård		1		1 (2)				- (2)				(2)
Socialsekreterare			9	9 (11)			11	11 (11)			9	(12)
Syokonsulent		2		2 (2)				- (2)				(2)
Terapeut/Kurator			3	3 (10)			4	4 (10)			3	(11)
Familjebehandlare, Resursperson, Drogterapeut, Biståndsbedömare			3	3 (7)			2	4 (5)			2	(8)
Total verksamheter:	47	75	48	170 (289)	46	77	47	170 (329)	47	58	38	143 (357)

Not. I verksamhetsområde Vård och Socialtjänst ingår följande verksamheter: Allmänmedicin (Hagfors och Ekshärad), Socialtjänst (Barn och ungdom, IFO, LSS), Vuxenpsykiatri, Hagfors och Barn- och ungdomspsykiatri i Karlstad. I Förskola ingår förutom förskolorna Milan, Treklövern, Prästkragen, Myran och Solrosen även daghem. I kategorin Skola ingår Grundskolan Råda, Älvstrandens Bildningscentrum, Sunnemo skola, Praktiska skolan, Kyrkhedens skola och Ekshärad skola.

Tabell 11. Fråga: Hur ofta hänvisar/aktualiserar/remitterar du barn/familjer till VISIT? Andelen svaranden som angett respektive svarsalternativ fördelat på verksamhet och undersökningsår.

	Förskola			Skola			Vård och Socialtjänst			Total		
	2012 (n = 37)	2013 (n = 41)	2014 (n = 38)	2012 (n = 56)	2013 (n = 65)	2014 (n = 53)	2012 (n = 45)	2013 (n = 45)	2014 (n = 37)	2012 (n = 138)	2013 (n = 151)	2014 (n = 128)
Mycket ofta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ofta	0	0	0	5.3	4.6	0	13.3	6.6	8.1	5.1	2.0	2.3
Ibland	8.1	9.8	7.9	17.9	15.4	32.1	42.2	42.2	54.1	21.7	21.9	31.3
Sällan	27.0	19.5	21.1	26.8	23.1	35.8	28.9	35.6	29.7	27.5	25.8	29.4
Aldrig	70.3	70.7	71.1	53.6	60.0	32.1	15.6	17.8	10.8	45.7	50.3	37.5

Not. Om tre personer eller färre svarat redovisas den procentandel som motsvarar tre personer (fet stil).

Tabell 12. Fråga: Hur lätt tycker du det vanligtvis är att komma i kontakt med VISIT när du vill diskutera eller hänvisa/aktualisera/remittera någon? Andelen svaranden som angett respektive svarsalternativ fördelat på verksamhet och undersökningsår.

	Förskola			Skola			Vård och Socialtjänst			Total		
	2012 (n = 6)	2013 (n = 7)	2014 (n = 6)	2012 (n = 17)	2013 (n = 22)	2014 (n = 23)	2012 (n = 32)	2013 (n = 32)	2014 (n = 30)	2012 (n = 55)	2013 (n = 61)	2014 (n = 58)
Mycket lätt	-	-	-	-	-	-	40.6	34.4	33.3	38.2	21.3	19.0
Lätt	-	-	-	-	-	-	59.4	59.4	63.3	56.4	60.7	70.7
Svårt	-	-	-	-	-	-	0	9.4	10.0	5.4	16.4	6.9
Mycket svårt	-	-	-	-	-	-	0	0	0	5.4	4.9	5.2

Not. Om tre personer eller färre svarat redovisas den procentandel som motsvarar tre personer (fet stil).

Tabell 13. Andel svaranden som angett respektive svarsalternativ för de tre frågorna om hänvisningsförfarande, väntetid och information fördelat på undersökningsår (svarsalternativet inte aktuellt är exkluderat).

Fråga och svarsalternativ:	2012	2013	2014
1. Hur nöjd är du med hänvisnings-/aktualiserings-/remissförfarandet till VISIT? (2012: n = 52; 2013: n = 48; 2014: n = 40)			
mycket nöjd	15.4	18.8	17.5
nöjd	78.8	66.7	70.0
missnöjd/mycket missnöjd	5.8	14.6	17.5
2. Hur nöjd är du vanligtvis med väntetiden när du hänvisar/aktualiserar/remitterar någon till VISIT? (2012: n = 45; 2013 n = 40; 2014: n = 37)			
mycket nöjd	31.1	12.5	10.8
nöjd	57.8	72.5	70.3
missnöjd/mycket missnöjd	11.1	15.0	18.9
3. Hur nöjd är du med den initiala information du får kring de som du hänvisat/aktualiserat/remitterat till VISIT? (2012: n = 66; 2013: n = 70; 2014: n = 60)			
mycket nöjd	12.1	12.9	10.0
nöjd	57.6	44.3	48.3
missnöjd/mycket missnöjd	7.6	12.8	6.7
inte fått någon information	22.7	30.0	35.0
4. Hur användbar är den fortlöpande återkoppling du får kring dem du hänvisat/aktualiserat/remitterat till VISIT? (2012: n = 49; 2013: n = 59; 2014: n = 44)			
mycket användbar	22.4	18.6	13.6
ganska användbar	36.7	28.8	38.6
inte särskilt användbar	6.1	8.5	6.8
inte alls användbar	0	5.1	0
har inte fått någon återkoppling	34.7	40.7	45.5

Not. Om tre personer eller färre svarat redovisas den procentandel som motsvarar tre personer (fet stil).

Tabell 14. Fråga: Hur mycket har VISIT ökat din förståelse för barn och unga som har problem med psykisk ohälsa? Andelen svaranden som angett respektive svarsalternativ fördelat på verksamhet och undersökningsår.

	Förskola			Skola			Vård och Socialtjänst			Total		
	2012 (n = 27)	2013 (n = 36)	2014 (n = 26)	2012 (n = 54)	2013 (n = 61)	2014 (n = 49)	2012 (n = 44)	2013 (n = 44)	2014 (n = 34)	2012 (n = 125)	2013 (n = 141)	2014 (n = 109)
Mycket	0	0	0	0	0	0	7.0	13.6	8.8	2.4	4.3	2.8
Ganska mycket	18.5	8.3	11.5	5.6	4.9	6.1	22.7	31.8	35.3	14.4	12.8	17.4
Inte särskilt mycket	29.6	44.4	30.8	46.3	34.4	30.6	50.0	29.6	44.1	44.0	35.4	34.9
Inte alls	51.9	52.8	57.7	48.1	60.7	59.2	25.0	25.0	17.6	40.8	47.5	45.9

Not. Om färre än tre personer svarat redovisas den procentandel som motsvarar tre personer (fet stil).

Tabell 15. Fråga: Hur mycket har VISIT bidragit till att öka din kunskap om barns och ungas psykiska hälsa/ohälsa? Andelen svaranden som angett respektive svarsalternativ fördelat på verksamhet och undersökningsår.

	Förskola			Skola			Vård och Socialtjänst			Total		
	2012 (n = 30)	2013 (n = 37)	2014 (n = 29)	2012 (n = 53)	2013 (n = 59)	2014 (n = 49)	2012 (n = 45)	2013 (n = 44)	2014 (n = 34)	2012 (n = 128)	2013 (n = 140)	2014 (n = 112)
Mycket	0	0	0	0	0	6.1	0	6.8	8.8	0	2.1	2.7
Ganska mycket	16.7	8.2	10.3	7.0	6.8	6.1	24.4	29.5	35.3	12.6	14.2	15.2
Inte särskilt mycket	23.3	43.2	44.8	52.8	37.3	32.7	44.4	38.6	44.1	43.3	39.0	39.3
Inte alls	60.0	48.6	48.3	45.3	55.9	59.9	31.1	25.0	17.6	44.1	44.0	43.8

Not. Om tre personer eller färre svarat redovisas den procentandel som motsvarar tre personer (fet stil).

Tabell 16. Fråga: Hur mycket har VISIT bidragit till att du ska känna dig säker på din förmåga att arbeta med barn/ungdomar/familjer som har problem med psykisk ohälsa? Andelen svaranden som angett respektive svarsalternativ fördelat på verksamhet och undersökningsår.

	Förskola			Skola			Vård och Socialtjänst			Total		
	2012 (n = 30)	2013 (n = 36)	2014 (n = 29)	2012 (n = 53)	2013 (n = 59)	2014 (n = 49)	2012 (n = 45)	2013 (n = 43)	2014 (n = 33)	2012 (n = 128)	2013 (n = 138)	2014 (n = 111)
Mycket	0	0	0	0	5.0	6.1	7.0	7.0	9.0	2.3	2.2	2.7
Ganska mycket	13.3	8.3	10.3	7.0	6.8	6.1	22.2	30.2	27.3	11.7	13.0	13.8
Inte särskilt mycket	30.0	50.0	41.4	48.1	27.1	32.7	37.8	39.5	48.5	40.6	37.0	39.6
Inte alls	56.7	47.2	51.7	48.1	64.4	59.2	37.8	27.9	18.2	46.9	48.0	45.0

Not. Om tre personer eller färre svarat redovisas den procentandel som motsvarar tre personer (fet stil).



VISIT i Hagfors – utvärdering av verksamheten 2011-2014

Sammanställning av resultat

I föreliggande rapport presenteras resultat från en utvärdering av första linjenverksamheten VISIT.

Resultaten visar att:

- två av tio personal i de samverkande verksamheterna (förskola, skola, vård, och socialtjänst) uppgav att de fått stor eller ganska stor hjälp av VISIT i sitt vardagsarbete
- ungdomar mellan 17 och 25 år som besvarat frågorna om känsla av sammanhang upplevde en högre känsla av sammanhang i slutet av kontakten än i början av kontakten
- det totala antalet remisser till psykiatri minskade under VISIT:s projektid, framför allt var det remisser till vuxenpsykiatri som minskade medan antalet remisser till Barn- och ungdomspsykiatri var relativt oförändrat

Författare:

Stefan Persson är fil dr i psykologi och är verksam vid Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa vid Karlstads universitet.

Curt Hagquist är professor i folkhälsovetenskap och föreståndare för Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa vid Karlstads universitet.

Rapport, februari 2015



CFBUPH | Centrum för forskning om barns
och ungdomars psykiska hälsa