



LUNDS UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet
KBT- barn och ungdom

BCFPI som screeninginstrument inom BUP i Halland – en utvärdering

Andrea Gålnander
Psykoterapeutexamensuppsats 2015

Handledare: Bengt Andersson
Examinator: Ingegerd Wirtberg

Förord

Jag vill tacka min handledare PhD/psykolog Bengt Andersson, BUP Halland, samt mina kollegor psykolog Elin Nylander samt psykolog Markus Andersson, BUP Halland, för er hjälp och ert tålamod.

Sammanfattning

BUP Halland har beslutat att barn och ungdomar med lättare psykiska symtom skall hänvisas till första linjens psykiatri. Som stöd i bedömningen har en telefonintervju BCFPI använts. Syftet med studien var att undersöka hur symtomnivå och funktionsnivå såg ut för patientgruppen som hänvisades till första linjens psykiatri vid tillfället de sökte hjälp på BUP, samt vid uppföljning ett år senare och om BCFPI fungerade som screeninginstrument i den bedömningen. Totalt genomfördes 1206 BCFPI-intervjuer under perioden 2013/06/01-2014/06/01, av dessa hänvisa 186 patienter till första linjens psykiatri. Uppföljning erbjöds samtliga efter ett år, bortfallet var 20 %. Resultatet av förbättringen, för både den hänvisade gruppen och gruppen som behandlades på BUP, visade en effektstorlek på över 1.0 på samtliga subskalor: ADHD, trots, separationsångest, GAD, depression samt barnets funktion och familjens situation. På samtliga subskalor hade gruppen som behandlades på BUP en större symptomtyngd samt en lägre funktionsnivå än dem som hänvisades. Ett år efter har den grupp som hänvisats en större förbättring än gruppen som behandlats på BUP, utom på subskalan barnets funktion. Utifrån resultatet kunde man dra slutsatsen att BUP Halland i stor utsträckning hänvisade rätt grupp patienter till första linjens psykiatri samt att BCFPI var ett bra screeninginstrument för detta.

Nyckelord: BCFPI, Barn och ungdomspsykiatri, förstalinjen, screening,

Abstract

The child and adolescent psychiatry (BUP) in Halland has taken a decision that children and adolescents with milder mental symptoms should be referred to primary care providers. To support the assessment of who should be referred The Brief Child and Family Phone Interview BCFPI is used. The aim of the present study was to investigate the symptom level and level of function for the group of patients that are referred to the first-line psychiatry at the time they seek help at BUP, and at follow-up one year later and if BCFPI acts as a satisfying screening instrument in determining who should be referred. A total of 1206 BCFPI-interviews was made during the period of 2013/06/01-2014 /06/01. Of these were 186 patients referred to primary care. A follow-up intervju offered to everyone after a year, the loss was 20%. The result of the improvement, for both the referred group and the group treated at BUP, showed an effect size of 1.0 in all subscales: ADHD, oppositional defiant disorder, separation anxiety, GAD, depression as well as the child's functioning and family situation. On all subscales, the group treated at BUP had a major symptom weight and a lower level of function than those referred. A year after, the group that was referred showed a greater improvement than the group treated at BUP, except on the subscale child's functioning. From these results it was concluded that BCFPI was functioning well as a tool for deciding who should be referred to primary care.

Keywords: BCFPI, child and adolescent psychiatry, primary care, screening.

Inledning

Det psykiska måendet bland ungdomar har inte förbättrats trots den ökade välfärden de senaste 30 åren. En tydlig förändring är att fler unga patienter sjukhusvårdas för depression och att fler söker vård för ångest- och/eller depressionssymptom menar forskarna som står bakom artikeln ”Ungas psykiska hälsa förbryllar forskare” (Cederblad, 2013).

Det psykiska måendet hos unga har undersökts i flertalet statliga utredningar de senaste tre årtiondena. Statistiska centralbyrån har undersökt levnadsförhållanden för ungdomar där det rapporterades hur många i åldern 16–24 år som uppgav att de hade besvär av ångslan/oro eller ångest, sömnbesvär, huvudvärk eller nedstämdhet (SOU 2006:77)

I en sammanställning av flera studier som lades fram 2006 ”Ungdomar, stress och psykisk ohälsa” (SOU 2006:77) redovisades resultat av statistiska centralbyråns undersökning ULF (Undersökning av levnadsförhållanden) resultat av ett antal andra studier som gjorts i olika kommuner på skolbarn i olika åldrar samt resultat av WHO:s internationella undersökningar ”Skolbarns hälsovanor” utförda 1985, 1993, 1997 och 2001. WHO:s undersökningar omfattade barn som var 11, 13 och 15 år. Utöver detta togs sjukvårdsstatistik fram. I SOUs rapport (SOU 2006:77) sades även att antalet inläggningar av flickor i åldern 15–19 år med depression åttadubblats från 1980 till 2003 och att inläggningarna av pojkar med depression ökat. SOUs utredning visade sammantaget att ungdomars psykiska mående hade försämrats avsevärt under de två senaste årtiondena.

Större delen av barn- och ungdomspsykiatrins patienter behandlas i öppenvården. Diagnoserna depression och ångest hos pojkar och flickor i åldersspannet 13–15 och 16–18 år har stadigt ökat mellan 2005 och 2011(SOU 2006:77), i samtliga grupper har diagnosen ungefär dubblerats under givet tidsspann. Enligt Enheten för epidemiologi (2012) är prevalensen hos flickor nästan dubbelt så stor avseende dessa diagnoser jämfört med pojkar. En av de största studier som gjorts i Sverige av barn och ungas psykiska hälsa, genomfördes hösten 2009 och innefattade samtliga elever i årskurs 6 och 9 (FHI 2011). Samantaget deltog 172 298 elever. I årskurs 6 var svarsfrekvensen 86 % och i årskurs 9 80%. I studien användes ett internationellt frågeformulär med känd validitet och reliabilitet: Strengths and difficulties questionnaire (SDQ). SDQ mäter grad av elevens subjektivt upplevda funktionsnedsättning baserat på de uppgivna symtomen. Det finns en svensk normering av SDQ med cut-off gränser för psykisk ohälsa. Utöver SDQ ingick en psykosomatisk symtomskala och Kidscreen, ett mätinstrument för livskvalitet relaterat till psykisk hälsa som sammanställts av WHO. Det psykiska måendet var bättre bland barn i åk 6

än barn i åk 9. En märkbar könsskillnad fanns vad gäller känslomässiga problem där flickorna skattade sina problem fem gånger så högt som pojkarna medan pojkarna skattade beteendeproblem dubbelt så högt som flickorna. Bland dem som sammantaget kom över gränsen för dåligt psykiskt mående hade 82 procent av flickorna i årskurs 9 och 59 procent av pojkarna funktionsnedsättning i skola och hem enligt sin egen skattning. I årskurs 6 var motsvarande siffror 72 procent respektive 62 procent (Socialstyrelsen, 2012)

Kontakt med barn och ungdomspsykiatri (BUP)

Enligt Socialstyrelsens folkhälsorapport ökar den psykiska ohälsan bland barn och ungdomar varje år och nästan 5 % av alla svenska barn och ungdomar under 18 år har kontakt med BUP någon gång under sin livstid (Socialstyrelsen, 2009).

Enligt en undersökning gjord i Halland söker 10-15 % av de halländska barnen någon gång under sin uppväxt kontakt med BUP. Vid närmare genomgång kan ses att hos två av tre sökande barn/ungdomar finns en tydlig psykiatrisk problematik baserad på symptombeskrivning utifrån DSM-IV-TR (DSM-IV-TR, 2004) Den kvarvarande tredjedelen som söker hjälp har mera diffusa symtom som tex har sin grund i enklare relationsproblem eller enklare psykosomatiska tillstånd (Region Halland 2009)

Vid samtliga tillstånd av psykisk ohälsa hos barn och unga är att det vanligt att de genom någon anhörig, skola eller socialtjänst söker vård i specialistpsykiatri, BUP, istället för att först söka hjälp via närsjukvård som är det vanliga för vuxna med psykisk ohälsa. För vuxna har man sedan lång tid tillbaka särskilt mellan första linjens psykiatri som ligger under primärvården och andra linjens psykiatri, det vill säga specialistpsykiatri.

Konsekvenser av ökad psykisk ohälsa hos barn och ungdomar

Att barnen/ungdomarna söker i allt högre grad samt att de söker direkt till BUP har lett till en ökad belastning i barn och ungdomspsykiatri i form av längre väntetider både avseende bedömning och avseende behandling/utredning (Region Halland 2009).

Den 26e februari 2009 bestämde regeringen att vårdgarantin inom barn och ungdomspsykiatri skulle skärpas från 90 dagar till bedömning/ 90 dagar till påbörjad behandling/utredning till 30 dagar till bedömning/ 30 dagar till påbörjad behandling/utredning (Pressmeddelande Socialdepartementet 2009). Utifrån den skärpta vårdgarantin och det ökade trycket på BUP fanns ett ökat behov av att utveckla primärvårdens insats som första linjens psykiatri. I Halland har detta gjorts på liknande sätt för barn och unga, som man redan tidigare har utvecklat vården för vuxna i hela landet. Det vill säga att primärvården ansvarar för första

linjens psykiatriska vård. I Region Halland har man fattat ett beslut om att barn och ungdomars psykiska hälsa ska behandlas i primärvården, socialtjänst och skolhälsovård om vissa kriterier uppfylls (Region Halland 2009).

När behövs specialistvård?

I en kunskapssammanställning gjord av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting 2009) tas upp att det behöver finnas en tydlig gränsdragning mellan specialistnivå och första linjens nivå på vården. Utifrån SKLs riktlinjer togs följande tumregel fram för uppdelningen mellan primärvården och BUP i Halland. En handläggningsöverenskommelse mellan närsjukvård och barn- och ungdomspsykiatrisk specialistvård (HÖK) har gjorts för att särskilja vilka diagnoser och tillstånd som ska behandlas på BUP (Region Halland 2009). Grunden i differentieringen är att medelsvåra till svåra tillstånd ska behandlas på BUP och vid övriga tillstånd ligger ansvaret hos första linjens psykiatri. Direkta undantag är om det finns en komplicerad samsjuklighet mellan olika psykiatriska diagnoser, eller om barnet/ungdomen far illa (se bilaga 1).

Hänvisningarna kompliceras av att HÖK (Region Halland 2009) inte fullt ut accepterats av primärvården. Trots detta är det de riktlinjer som BUP arbetar efter. Det pågår fortfarande överläggningar inom regionen om vilka som ska behandla de olika tillstånden. Detta blir en fråga inte bara om kompetens utan även om ekonomiska förutsättningar.

Inom BUP i Sverige används den amerikanska psykiatriklassifikationen DSM-IV-TR eller den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10. Enligt rådande behandlingsrekommendationer (Stockholms läns landsting 2010) ställs diagnos om ”symtomen orsakar signifikant lidande eller försämrad funktion i förskola/skola, socialt eller i andra viktiga avseenden, när symtomen hindrar eller begränsar barnet från utvecklingsmässigt adekvata och adaptiva beteenden eller när svårigheterna verkar medföra betydande problem i barnets/ungdomens vardag” (DSM-IV-TR 2004)

Intake-process

2008-2009 gjorde Socialstyrelsen en genomgång av barn och ungdomspsykiatri. Det fanns påtagliga differenser mellan olika kliniker över landet, några av skillnaderna berörde diagnostisering, bedömning och anamnestagande (Socialstyrelsen NT 2009).

För att garantera en mer genomgående kvalitet i intakeprocessen mellan mottagningarna i Halland tas alla sökande emot av en speciell enhet, BUP-linjen. Där används

en screeningintervju, BCFPI (Brief Child and Family Interview) för att underlätta bedömningen. BCFPI är en standardiserad telefonintervju som är datorbaserad (Cunningham, Boyle, Hong, Pettingill & Bohaychuk, 2009). Intervjun är utvecklad i Kanada och frågorna har hämtats från Ontario Child Health Survey (Boyle, Offord, Racine, Sanford, et.al 1993a).

Barnet aktualiserats på BUP antingen genom egenremiss eller extern remiss från till exempel skolhälsovård eller vårdcentral. Här görs en första triagering av vilka som direkt inte bedöms tillhöra specialistpsykiatri och hänvisas vidare och vilka som behöver en djupare bedömning. I den senare gruppen görs en BCFPI-intervju av erfarna och certifierade intervjuare/kliniker. Intervjun går ut på att en eller båda barnets föräldrar får skatta barnets/ungdomens symtom och problem inom flera av de vanligaste psykiatriska problemområdena samt hur barnet fungerar i skola och med vänner och familj. Här bedöms även vissa andra riskfaktorer som bland annat missbruk, övergrepp och ohälsa hos förälder. Om ungdomen bedöms mogen nog finns även en intervju framtagen för ungdomen själv att svara på liknande frågor om sitt eget mående.

Den första screeningen sker per telefon och syftar till att bedöma om problemet alls handlar om psykiatri eller om det är direkt relaterat till exempel skola eller socialtjänst. Exempel på ärenden som direkt hänvisas kan vara tydliga vårdnadstvister och föräldrasvikt till socialtjänsten, barn som har skolsvårigheter utan att skolan först har gjort några interventioner får återgå till skolans resursteam, oro och nedstämdhet som inte har någon direkt inverkan på den dagliga funktionen hänvisas till primärvården. Tonårskriser som kamratkonflikter hänvisas till Ungdomsmottagningen. Om föräldrarna uttrycker önskan kan BUP skicka en remiss till sagda instans i annat fall uppmuntras familjen att söka själv.

Samtliga patienter som gjort en BCFPI-intervju när de först sökte BUP kommer sedan att erbjudas en uppföljande intervju 12 månader senare för att följa upp hur barnet/ungdomen mår.

Vid första intervjun är det sjuksköterskor och socionomer inom BUP-linjen som utför intervjuerna. Vid de uppföljande intervjuerna kan det även vara psykolog/socionomkandidater (termin 7-10). Den uppföljande intervjun tar ca 15-20 minuter och görs, så långt det är möjligt, med samma förälder som vid intake-intervjun.. Det är emellertid sällan samma personal på BUP-linjen som genomför den första och den uppföljande intervjun.

Denna intervju används sedan som underlag för att bedöma vilka som ska behandlas på BUP och vilka som ska hänvisas till första linjens psykiatri. I Halland har man utifrån tidigare nämnda överenskommelse HÖK (Region Halland 2009) bestämt att man ska

använda C-GAS, Childerens Global Assessment Scale, (Shaffer et al.1983) för att ytterligare bedöma vilka som ska behandlas inom BUP och vilka som ska hänvisas. Denna funktionsbedömning görs samtidigt som BCFPI-intervjun. Man har som tumregel att barn med ett C-GAS på 53 och över ska vidare till första linjen och barn som ligger under detta värde behandlas på BUP. Syftet med att ha denna gräns är för att underlätta bedömningen mellan lindriga och måttliga/svåra psykiatriska tillstånd, då det är de patienter utan diagnoser alt med lindriga tillstånd som skall vidare till första linjens psykiatri. Det finns några undantag från denna tumregel (Region Halland 2009):

1. Om barnet/ungdomen tros lida av något av tillstånden som enligt riktlinjerna ovan ska till BUP men trots det ej har en C-GAS under 53. Exempelvis ätstörning, bipolaritet eller komplicerande samsjuklighet.
2. Om ett barn/ungdom med ett lindrigt tillstånd har fått adekvat hjälp under tillräckligt lång tid hos första linjen men ändå ej blivit bättre.
3. Om sjuksköterskan som gör bedömningen finner att det finns goda skäl att barnet/ungdomen ska komma till BUP. Exempelvis om barn/ungdomar som tidigare haft positiv erfarenhet av kontakt med BUP önskar förnyad kontakt med samma behandlare eller det där det finns en uppenbar risk för försämring och patient tillhör en högriskgrupp (ex förälder har psykisk sjukdom).

C-GAS

C-GAS (Children`s Global Assesment Scale) är en skala som används för att bedöma den psykosociala funktionsnivån (Shaffer et al.1983). Den är uppbyggd i intervaller om tio, och går från 1 (lägst funktion) till 100 (högst funktion). Varje intervall beskrivs med exempel på den psykosociala funktionen utifrån hem, skola och vänskapsrelationer. Skalan används för att bedöma barn/ungdomar mellan 4-20 år och används internationellt. Skalan har stor klinisk spridning i Sverige och används främst som ett sätt att följa och utvärdera behandling men också som ett verktyg för att bedöma vilka barn och ungdomar som har tillräckligt stora svårigheter för att erbjudas vård inom BUP. Inom utvalda och samtränade grupper av bedömare har det visat sig möjligt att få hög interbedömarreliabilitet i skattningarna (Lundh, Kowalski, Sundberg, Gumpert & Landén, 2010).

Tidigare forskning om BCFPI

Tidigare forskning som gjorts, framför allt i Kanada visar att BCFPI ger en god diagnostisk screening. (Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y., Sanford, M. et.al 1993a). Man har här bland annat jämfört resultaten mellan de olika subskalorna som ingår i denna studie;

ADHD, trotssyndrom, separationsångest, GAD och depression, med utfallet på samma subskalor på Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (DISC-IV). Man har här kunnat se att klassificeringarna av barn och ungdomars symtom som härrör från BCFPI ger en rimlig samstämmighet med de diagnoser som klassificeras av DISC-IV. Det vill säga att BCFPI har en god screeningförmåga att fånga upp vilka svårigheter de barn och ungdomar har som söker till barn- och ungdomspsykiatri.

I Kanada har man forskat på huruvida det är till patienternas och organisationens fördel att använda standardiserad screening, typ BCFPI, i en första bedömning (Barvick, M. 2007). Man har här strävat efter att ge Ontarios barn och ungdomar den bästa servicen utifrån begränsade resurser och ökad efterfrågan. Slutsatsen av denna studie visar att standardiserade screeningverktyg är viktiga byggstenar för att förbättra kvaliteten på tjänsterna och främja användningen av evidensbaserade metoder i hela organisationen.

Syfte

Syftet med föreliggande studie är att undersöka hur de bedömningar som görs faller ut, det vill säga om det är rätt patientgrupp som hänvisas till förstalinjens psykiatri.

Frågeställningar:

1. Hur ser symtomnivå och funktionsnivå ut för gruppen som hänvisas till första linjen vid tillfället de söker hjälp samt vid uppföljning ett år senare?
2. Hur fungerar BCFPI som screeninginstrument utifrån detta?

Metod

I föreliggande studie undersöks den patientgrupp som genomgått en BCFPI-intervju och sedan hänvisats till första linjens psykiatri med avseende på symtomnivå och funktionsnivå. Efter första intervju på BUP-linjen bearbetas data utifrån givna standardiserade normer som är framtagna i Kanada. Resultatet delas upp i de som har så svåra symtom att de kommer över BCFPIs cut-off med ett T-värde över 65 (motsvarande de 7 % som har störst svårigheter i normgruppen) samt de som har förbättras och efter ett år hamnar under denna gräns på vissa valda symtom- och funktionsrelaterade subskalor.

De skalor som valts ut är de som är mest relevanta för de barn och ungdomar som hänvisas till första linjens psykiatri. Inom symtomgrupperna är det barn med symtom motsvarande ADHD, trots, separationsångest, GAD samt depression. Vad gäller funktion är det barnets funktion samt familjens situation som ingår i studien.

Urval

Barn vars föräldrar har gjort en BCFPI-uppföljningsintervju någon gång under tidsperioden 2013/06/01-2014/06/01. Totalt antal intervjuer är 1206 stycken. Av dessa har 186 intervjuade föräldrar hänvisats till skola, socialförvaltning eller primärvård. Resterande 1020 föräldrar har fått tid för fortsatt bedömning på den BUP-mottagning de tillhör. De patienter som först hänvisas till första linjens psykiatri efter en genomförd BCFPI-intervju men visar sig ha så stora svårigheter att det åter söker eller remitteras till BUP inom ett år räknas med i urvalet bland dem som behandlas på BUP.

Svarsfrekvensen i uppföljningsintervjuerna är ungefär 80 %. Orsak till bortfallet tros vara att 5 % inte vill medverka och 15 % inte går att nå trots minst två uppringsningsförsök som föregåtts av kallelse per post för att informera om tiden. Det finns idag inga siffror på hur bortfallet fördelar sig mellan de som hänvisas och de som får komma till BUP.

Instrument

BCFPI (Brief Child and Family Phone Interview) är en standardiserad, strukturerad telefonintervju som primärt riktar sig till vårdnadshavare till barn i åldern 6-18 år. Intervjun används som screeninginstrument vid för att få en grundlig och enhällig bedömning av varje patient som söker till BUP före den första kliniska bedömningen och eventuellt efterföljande behandlingen. Intervjun är framtagen i Kanada och är normerad utifrån Kanadensiska pojkar och flickor i åldersgrupperna 6-12 år samt 13-18 år. Även i Sverige används dessa normer. I Sverige används BCFPI bland annat i Halland, Kronoberg, Örebro samt stora delar av Skåne. Intervjun tar ca 45-60 minuter att genomföra och görs av behandlare som är certifierade i användandet av BCFPI. Resultatet redovisas i T-poäng, vilket är en standardiserad skala med medelvärde 50 och standardavvikelse 10. Intervjun är uppdelad i sex subskalor och sammanlagt 36 frågor. Frågorna berör vanligt förekommande symtomgrupper hos barn och ungdomar. tre skalor rör utagerande (koncentration, impulsivitet, aktivitet, samarbetsförmåga samt uppförande) och tre skalor rör inåtvändhet (separationsångest, hantera oro samt hantera stämningsläge).

Utöver dessa symtomgrupper finns det nio frågor rörande barnets/ungdomens funktionsnivå. Frågorna är uppdelade på tre subskalor (socialt deltagande, kvalitét på relationer samt barnets medverkan och prestationer i skolan). Detta kan sedan jämföras med det C-GAS värde som sätts på barnets funktion när hela intervjun är gjord.

Intervjun har också 8 frågor, fördelade på två subskalor, som handlar om övergripande familjesituation (familjens aktiviteter och familjens välbefinnande). Utöver det frågas också om skyddande faktorer samt riskfaktorer däribland en standardiserad skala med 6 frågor avsett att mäta symtom på depressivitet hos föräldern. BCFPI är inte framtaget för att ställa diagnos utan för att få en bild av tyngden inom olika symtomgrupper. Dock har man i en studie visat att de värden som relateras till de sex subskalorna som handlar om barnets/ungdomens beteende- och emotionsbaserade problem, visat sig stämma väl överens med satta diagnoser utifrån den diagnostiska föräldrintervjun DISC-IV (Diagnostic Interview Schedule for Children, version IV) (Boyle, Cunningham, Georgiades, Cullen, Racine et al 2009).

Följande är exempel på frågor och svarsalternativ för varje subskala ur BCFPI som används i denna studie.

(1) *ADHD*

Exempel: Tycker du att x lätt blir störd och har svårt att koncentrera sig på det han/hon håller på med? Svarsalternativ: Aldrig, ibland eller ofta.

(2) *Trotssyndrom*

Exempel: ”Tycker du att x lätt retar upp sig på andra?”
Svarsalternativ: Aldrig, ibland eller ofta.

(3) *Separationsångest*

Exempel: ”Blir x överdrivet upprörd när han/hon ska skiljas från er i familjen?”
Svarsalternativ: Aldrig, ibland eller ofta.

(4) *Generaliserat ångestsyndrom (GAD)*

Exempel: ”Händer det att x oroar sig över att inte klara sig tillräckligt bra?”
Svarsalternativ: Aldrig, ibland eller ofta.

(5) *Depression*

Exempel: ”Tycker du att x har svårt att glädja sig åt saker?”
Svarsalternativ: Aldrig, ibland eller ofta.

(6) *Barnets funktionsnivå*

Exempel: ”Har x varit borta från skolan?” eller ”har skolresultaten försämrats?”
Svarsalternativ: Inte alls, lite eller mycket.

(7) *Familjens situation*

Exempel: ”Hur ofta har ditt barns beteende hindrat er från att ta med x till affären eller hem till andra?”

Design

Upplägget är en icke-experimentell kvantitativ design. Studien är en ”surveyundersökning” med före och efter mätning där data samlas in med hjälp av en strukturerad intervju.

Databearbetning

Deskriptiv statistik redovisat i procentsats används för att beskriva hur stor andel som har T-värde över 65 på BCFPI-intervjun bland dem som får vård inom BUP samt de som hänvisas till första linjen. Effektstorlek, Cohens´ d , används för att jämföra måendet för dessa grupper vid första kontakt samt måendet efter ett år.

Formeln som används är $d = \frac{M_{group1} - M_{group2}}{SD_{pooled}}$.

Referensvärde till Cohen´s d är:

- 0.2 liten effekt
- 0.5 medium effekt
- 0.8 stor effekt

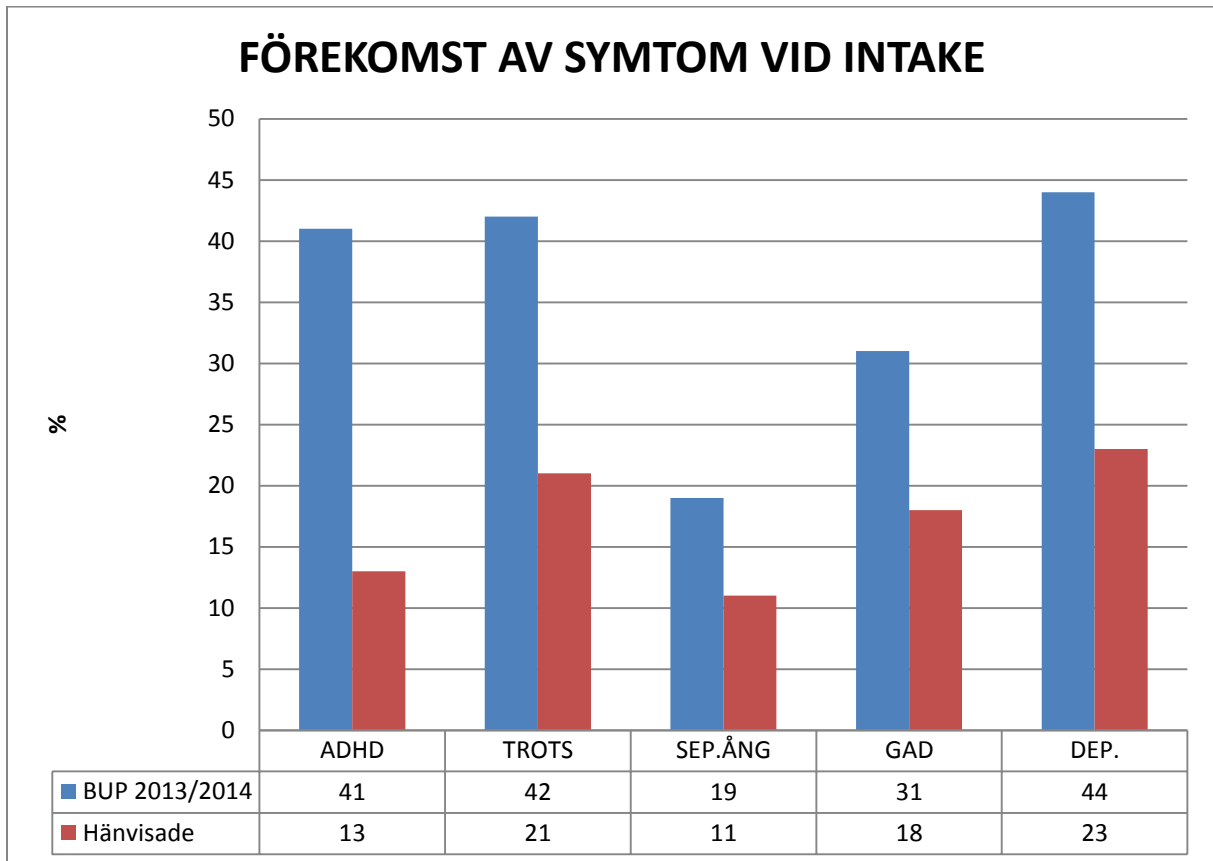
Etik

Data i denna uppsats redovisas endast som sammanslagna grupper ur en anonym databas. Inga journalanteckningar eller annan känslig data har tagits del av därför bedöms risken för patienterna som liten.

Resultat

Utifrån frågeställningen redovisas vilken symtomtyngd patienterna har som behandlas på BUP respektive de som hänvisas till förstalinjens psykiatri. Detta beskrivs i figur 1. Resultatet redovisas i hur många procent av barnen/ungdomarna har så påtagliga symtom inom respektive symtomgrupp att de får ett T-värde på 65 eller högre.

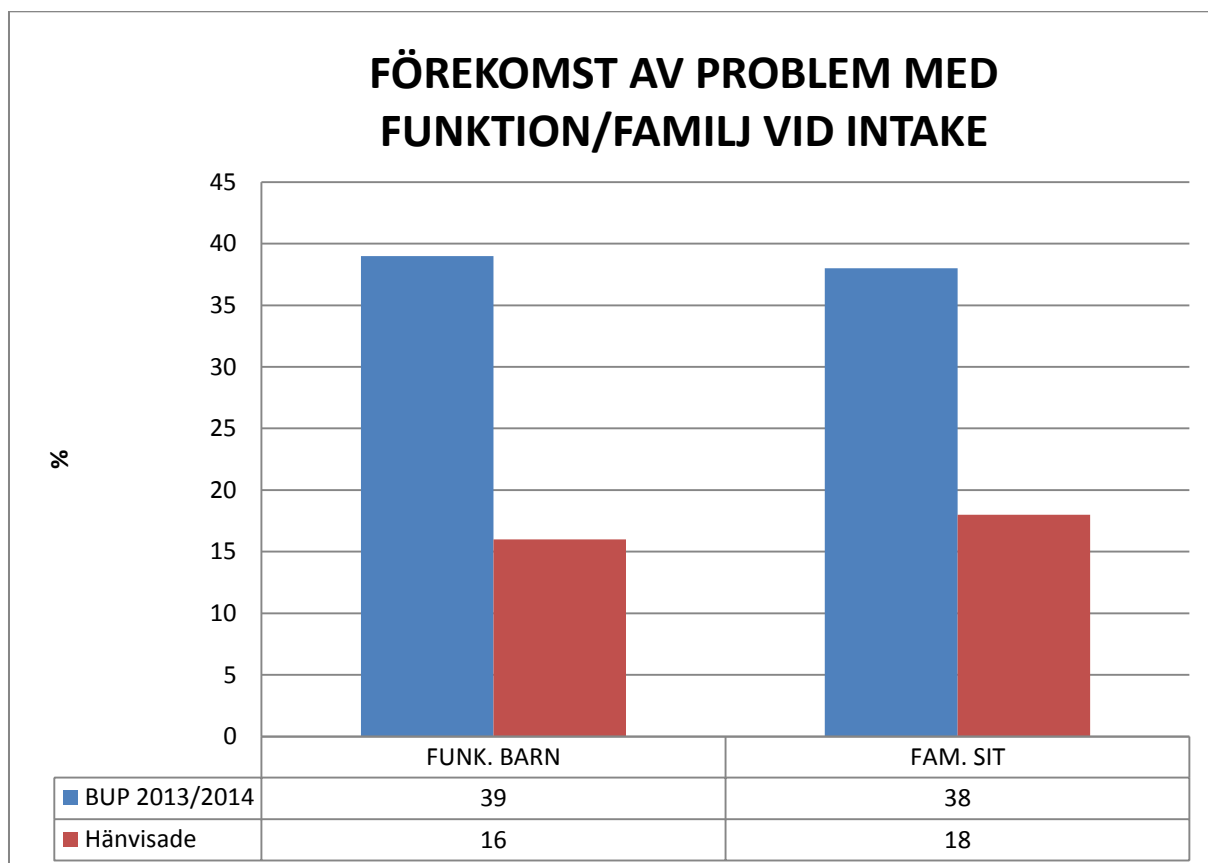
Figur 1.



Procent av patienterna som har T-värde över 65 på BCFPI på symtomområden som motsvarar ADHD, trots, separations ångest, GAD och depression.

Utifrån frågeställningen redovisas vilken funktionsnivå patienter och deras familj har som behandlas på BUP respektive de som hänvisas till förstalinjens psykiatri i figur 2. Resultatet redovisas i hur många procent av grupperna nedan som har nedsatt funktion så att någon av de två subskalorna på BCFPI får ett T-värde över 65.

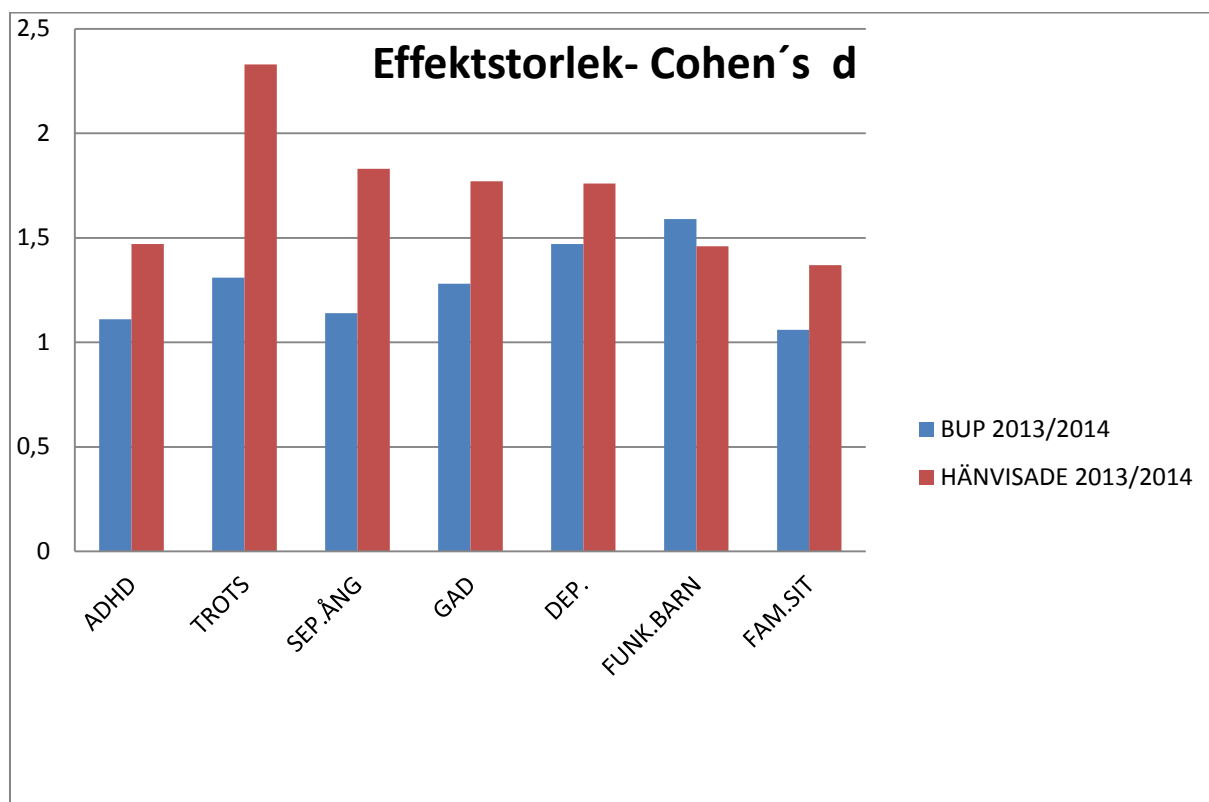
Figur 2



Procent patienter som har T-värde över 65 på BCFPI på funktion för barnets generella funktion samt familjens situation.

Skillnaden i mående när patienten söket jämfört hur patienten mår ett år senare redovisas med effektstorlek Cohen's d i figur 3. Effektstorleken är beräknad på jämförelse före och efter kontakt inom samma grupp, den är inte beräknad mot en jämförelsegrupp. Resultatet visar att symtomen har minskat i svårighetsgrad för båda grupperna. Minskningen gäller för samtliga symtom och har en effektstorlek på över 1,0.

Figur 3



	ADHD	TROTS	SEP.ÅNG	GAD	DEP.	FUNK.BARN	FAM.SIT
BUP 2013/2014	1,11	1,31	1,14	1,28	1,47	1,59	1,06
HÄNVIS. 2013/2014	1,47	2,33	1,83	1,77	1,76	1,46	1,37

Diskussion

Frågeställning 1: Hur ser symtomnivå och funktionsnivå ut för gruppen som hänvisas till första linjen vid tillfället de söker hjälp samt vid uppföljning ett år senare?

Patienter som hänvisas efter BCFPI-intervjun uppvisar klar förbättring i mående efter ett år i förhållande till hur de mådde när de sökte vård. Detta gäller för samtliga undersökta variabler. Samtliga resultat ger stora effektstorlekar ($d < 1.0$) och den största skillnaden ger trotssyndrom ($d = 2.33$). Generellt förbättras patienter som hänvisas mer än patienter som behandlas inom BUP bortsett från övergripande funktionsnivå, där BUP-gruppen uppvisar marginellt större förbättring jämfört med ingångsvärde.

Utifrån den större förbättringen som hänvisade patienter uppvisar skulle man kunna tänka att patienterna får en bättre vård i förstalinjens psykiatri, det troliga är dock att den gruppen har en lindrigare problematik än de patienter som blir behandlade på BUP. Denna slutsats kan man bland annat dra om man summerar samtliga procent av symptom vid intakeintervjun. Där har jämförelsegruppen som behandlas på BUP, om man lägger ihop de antal procent på samtliga subskalor som kommer över T-värde 65, en sammanlagd symptomtyngd med T-värde över 65 på 177 %. Det vill säga mer komorbiditet än den hänvisade gruppen som har motsvarande värde på 87 %. Detta styrks även av resultatet på funktionsnivån, där barnens funktion och familjens situation i större utsträckning ligger på ett T-värde över 65 vid intake hos de patienter som behandlas på BUP jämfört med familjer som hänvisats. Detta lämnar också ett större utrymme för förbättring hos patienternas funktion i gruppen som behandlats på BUP vilket kan förklara de siffror som visar att patienterna som behandlas på BUP har en marginellt större förbättring av sin funktionsnivå än den hänvisade gruppen trots att den hänvisade gruppen har en tydligare symptomlindring.

Utgår man från resultaten på de enskilda subskalorna i den grupp som hänvisats till första linjens psykiatri ser man att symptom på trotssyndrom liksom på separationsångest och symptom på GAD förbättrats mest. Detta skulle kunna bero på att familjen söker hjälp under en period när patienten agerar ut eller visar en oro på ett, för föräldrarna, nytt sätt, vilket sedan upphört vid uppföljning. För barn med olika former av ångest krävs det ofta bara små medel och korta insatser för att lära barn att tänka realistiskt samt att hjälpa föräldrarna att inte öka på barnets oro genom sin egen irritation och frustration (Stallard, 2009).

Beträffande den stora förbättring man kan se hos gruppen hänvisade med symptom på depression finns det goda belegg för att lindrig depression kan både självläka (Taube & Ottosson, 2011) samt förbättras genom snar beteendeaktivering och stressreduktion (Lewinsohn, Biglan & Zeiss, 1975), vilket man kan få hjälp med inom första linjens psykiatri.

Skalan för symptom på ADHD är den av subskalorna som visar minst förbättring av symptomgrupperna som hänvisats till första linjen. En intressant skillnad är att av de som utreds och behandlas inom BUP har 41 % ett T-värde över 65 på ADHD-symtom medan 13 % av dem som har ett T-värde över 65 på ADHD-symtom hänvisas till första linjen. Detta är den största differensen mellan T-värdena inom samtliga symptomgrupper. En möjlig förklaring kan vara att gruppen är liten och därför känslig för att det finns en spridning i gruppen. Det kan t.ex. räcka med att några få personer inte har förbättrats för att effektvärdet ska sjunka påtagligt

Frågeställning 2: Hur fungerar BCFPI som screeningsinstrument?

För att vara ett välfungerande screeningsinstrument krävs dels att symptomnivån liksom funktionsnivån för de som hänvisas är högre än för de som behandlas inom BUP dels att det vid uppföljningen visar sig att de som hänvisats har förbättrats lika mycket som de som fick behandling inom BUP. Av figur 1 och 2 framgår att funktionsnivån vid intake var högre för gruppen som hänvisades liksom att samsjukligheten var större inom BUP-gruppen. Vidare framgår av Figur 3 att gruppen som hänvisats till första linjens psykiatri har förbättrats symptomligt t.o.m. mer än gruppen som kom till BUP. Effektstorlek på funktionsnivå inom gruppen som fått behandling på BUP är något större än för den hänvisade gruppen. Förbättringarna är dock stora för båda grupperna och innebär att den genomsnittliga förbättringen uttryckt i T-värden varit så stor som strax över 15 för gruppen inom BUP samt strax under 15 för den hänvisade gruppen. Funktionsnivån mäts både med BCFPI samt C-GAS och är en viktig del i prioriteringen av patienter då man behöver ha en funktionspåverkan för att få specialistvård. Resultatet stöder alltså att rätt grupp hänvisats samt att BCFPI fungerar bra som screeningsinstrument.

Metoddiskussion

Då siffror kring bortfallets fördelning inte finns mellan de olika grupperna är det svårt att dra några slutsatser kring hur det har påverkat resultatet mer än att det kan finnas en ökad risk för viss osäkerhet. Det samma gäller förhållandet att de patienter som hänvisas till förstalinjen, antingen direkt eller efter en BCFPI-intervju, har alltid rätt att söka tillbaka till BUP vid behov. De resultat som redovisas i studien tar endast med dem som vid uppföljningen inte har kontakt med BUP. Dock finns det inga siffror som visar hur många som först hänvisats till förstalinjen för att sedan åter få kontakt med BUP. Detta är något som i kan påverka resultatet i föreliggande studies andra frågeställning -hur bra BCFPI är som

screeningsinstrument. Eftersom skillnaderna mellan grupperna vid intake och vid uppföljning varit så tydliga bedöms det inte som att det kan påverka slutsatsen.

Intressant vore att se hur många som fått behandling av första linjens psykiatri och hur många som ej sökte vidare utan självläkte. Har vi ett fungerande behandlingsalternativ där eller är den primära förbättringen i den hänvisade gruppen självläkning?

Generellt har både gruppen som fått behandling på BUP och de som hänvisats haft mycket höga effektvärden. Det finns svårigheter med tolkningen av effektstorlek när man jämför före och efter mätning inom samma grupper och inte mot en kontrollgrupp. Vanligt är att annat än behandlingsresultat kan ha spelat in, detta gäller både den hänvisade gruppen samt den grupp som behandlats på BUP. En patient kan må bättre genom att omständigheter runt patienten förändras, till exempel att barnet kommer i ett bättre sammanhang bland vänner, samt att vissa tillstånd helt enkelt spontanläker. Det finns en läkande aspekt i att bli lyssnad på och få hjälp med att sätta ord på sina svårigheter. Det vill säga att själva uppmärksamheten hjälper oavsett behandling. Regressionseffekt, det vill säga att vid en förnyad mätning av samma grupp tenderar resultaten för individer i de yttre områdena av normalpopulationen att närma sig mitten. Exempel på detta är när en familj söker för en tillfällig kris i familjen som gör att barnet mår dåligt, T-värdet hamnar längre ut i normalfördelningen än vad barnet vanligtvis är vilket leder till förhöjda effektvärden samt att samplet skenbart tycks må bättre.

Studiens begränsningar

Det hade varit önskvärt att kunna redovisa ett diagram över hur många procent som fortfarande hamnade på ett T-värde över 65 i gruppen som hänvisades till första linjens psykiatri efter ett år. Det skulle vara av intresse att se vilka patienter av dem som hänvisats till första linjens psykiatri som inte mår bättre. Är det t.ex. någon speciell grupp? Detta har tyvärr inte varit möjligt på grund av tekniska svårigheter mellan Sverige och centralservern i Kanada. Utifrån att effektvärdena varit så stora kan det inte vara så många barn som ligger över ett T-värde på över 65 då antalet barn i de olika symtomgrupperna i den hänvisade gruppen är små.

Några områden som inte tagits upp i denna studie och som skulle kunna ses som en brist är att skillnader i ålder och kön inte tagits med. Det gör det svårt att dra slutsatser om det är vissa åldrar eller pojkar eller flickor där utfallet av screeningen skulle fungera mindre bra.

Vad gäller skillnader mellan kön vore det intressant att se hur variationen utifrån symtom ser ut, både inom gruppen som hänvisas till förstalinjens psykiatri samt dem som behandlas inom BUP.

Vidare forskning

Hur C-GAS och BCFPI's funktion matchar varandra är något som det just nu bedriv forskning på inom BUP Halland. Dessa resultat är dock ännu ej publicerade och utelämnas därför i denna studie.

Skiljer det i mående mellan dem som fick behandling inom första linjens psykiatri jämfört med dem som aldrig inte fick vård alls?

Både region Skåne och region Halland använder sig av BCFPI och första linjens psykiatri, men de är uppbyggda på två relativt olika sätt. Region Skåne bestämmer först vilken nivå patienten ska till och sedan görs BCFPI-intervju. Region Skåne har även speciella team för de patienter som tillhör första linjen. Forskning hur dessa två modeller skiljer sig i behandlingsresultat skulle vara givande för den vidare utvecklingen av användandet av BCFPI samt utvecklingen av första linjens psykiatri.

Konklusion

Generellt mår den del av gruppen som hänvisas till första linjens psykiatri, och som svarar på den uppföljande BCFPI-intervjun, bättre efter ett år jämfört med hur de mådde när de sökte vård. Frågeställning 1 anses kunna besvaras positivt, BUP Halland hänvisar till stor del rätt grupp patienter till förstalinjens psykiatri.

Utifrån resultatet och diskussionen kan man dra slutsatser att även frågeställning 2 kan besvaras positivt. BCFPI ger ett bra underlag för att bedöma vilka patienter som ska hänvisas till första linjens psykiatri.

Resultaten är i linje med tidigare forskning som visar att det finns ett behov av tydlig och standardiserad screening i bedömningsfasen för att ge de barn och ungdomar god och evidensbaserad vård redan i ett tidigt skede av behandlingen (Boyle, Offord, Racine & Sanford, et.al 1993a). Tidigare forskning visar även att BCFPI är ett bra instrument för att bedöma de sökande patienternas psykiska hälsa (Barvick, 2007). Utifrån detta kan man dra slutsatsen att redovisad forskning stödjer resultaten från denna studie och att det finns goda skäl att fortsätta använda BCFPI som en betydande del i den första bedömningen när man ska avgöra om den sökande ska till BUP eller hänvisas till första linjens psykiatri.

Referenser

- American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (4. ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Barwick, M. (2007). Initial screening: the Brief Child and Family Phone Interview. *Psychology Ontario*, 6-7.
- Boyle, M. H., Cunningham, C. E., Georgiades, K. Cullen, J., Racine, Y. Pettingill, P. (2009). The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): 2. Usefulness in screening for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50(4), 424-431.
- Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y., Sanford, M., Szatmari, P., &Sanford, M. (1993a). Evaluation of the revised Ontario Child Health Study scales. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 189-213.
- Cederblad, M. (2013). Ungas psykiska hälsa förbryllar forskare. *Läkartidningen*, 2013;110:CC9C.
- Cunningham, C. E., Boyle, M. H., Hong, S. J., Pettingill, P., & Bohaychuk, D. (2009). The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): 1. Rationale, development, and description of a computerized children's mental health intake and outcome assessment tool. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 416-423.
- Lundh, A., Kowalski, J., Sundberg, C.J., Gumpert, C., & Landén, M. (2010). Childrens Global Assessment Scale (C-GAS) in a naturalistic clinical setting: Inter-rater reliability and comparison with expert ratings. *Psychiatry Research* 2010, 177, 206-210.
- Lewinsohn, P.M.,Biglan, A. &Zeiss, A.M (1975), Behavioral treatment of depression, I: Davidsson, P.O. (red.)*The behavioral management of anxiety, depression and pain*. New York: Brunner/Mazel, s 91-146.
- Region Halland. 2009. *Handläggningsöverenskommelse mellan närsjukvård och barn- och ungdomspsykiatrisk specialistvård*. (HÖK).
- Shaffer, D., M. S. Gould, J.Brasic, P.Ambrosini, P.Fisher, H. Bird and S. Aluwahlia (1983). "A childrens global assesment scale (C-GAS)." *Archives of General Psychiatry* 40(11): 1228-1231.Socialdepartementet. (2009). *Pressmeddelande*. Hämtad från <http://www.regeringen.se/sb/d/11537/a/121283>

- Socialstyrelsen; 2012. Enheten för epidemiologi, Stockholm: pers medd, refererat i Cederblad (2013).
- Socialstyrelsen; (NT 2009) Rapport från Nationell Tillsyn, *Barn- och ungdomspsykiatri – Vård på olika villkor*.
- Socialstyrelsen; 2012. *Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa. En studie baserad på den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009*. Stockholm: CHESS.
- SOU 2006:77. *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa: Analyser och förslag till åtgärder: Slutbetänkande av Utredningen om ungdomars psykiska hälsa*.
- Stallard, P. (2009). *Anxiety: cognitive behaviour therapy with children and young people*. London: Routledge.
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL 2009) *Rätt insatser på rätt nivå för barn och ungdomar med psykisk ohälsa – en kunskapssammanställning*
- Statens folkhälsoinstitut; 2011. *Kartläggning av psykisk hälsa bland barn och unga. Resultat från den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009*. Östersund
- Stockholmsläns landsting; 2010. *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling. Skrifter från Barn- och ungdomspsykiatri nummer 5*.
- Taube, J. & Ottosson, Å. (2011). *Själ och kropp: rörelse för psykiskt välbefinnande*. Stockholm: Bromberg.
- World Health Organization (2009). *International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10*. (10. rev., 2008 ed.) Geneva: World Health Organization.

Bilaga 1.

Vilka ska till BUP?

Depression: Depressiva episoder hos barn under 13 år. Ungdomar med medelsvår och svår depression samt ungdomar med lindriga depressioner som ej svarat på adekvat behandling/stöd efter 6-8 veckor i första linje.

Ångesttillstånd: Medelsvåra och svåra ångesttillstånd med tydlig funktionsnedsättning som följd samt lindriga tillstånd som ej förbättrats trots adekvat behandling/stöd i första linje.

Beteendestörningar som trotssyndrom och uppförandestörning: medelsvåra och svåra beteendestörningar med tydlig funktionsnedsättning som följd samt tillstånd som ej förbättrats trots adekvat behandling/stöd i första linje.

ADHD: Medelsvår och svår ADHD samt lindrig ADHD med kvarvarande problem trots adekvata insatser från första linje.

Ätstörning: Ätstörningar med måttliga/allvarliga medicinska komplikationer. Barn som har en tillväxtpåverkan. Barn/ungdomar som uppfyller kriterierna för Anorexia nervosa, bulimia nervosa och vad gäller ätstörning UNS ska BUP behandla de som hetsäter, kräks eller har en uttalad viktnedgång (mer än 1 SD från ursprungsvikt/friskvikt).

Missbruk: Missbruk med psykiatrisk samsjuklighet.

Autismspektrumstörningar: Samtliga bortsett från dem som har samsjuklighet i form av begåvningshandikapp (se kommande överenskommelse med barnhabiliteringen).

Psykos, mani/bipolaritet: Samtliga.

Tics och tourettes syndrom: Då ticsen leder till tydliga besvär

Barn som far illa: Om barnet/ungdomen uppvisar allvarliga symtom och symtomen kvarstår trots att adekvata åtgärder vidtagits i första linjen, om barnets förmåga att fungera i vardagen är allvarligt påverkad.

Komplicerade tillstånd: Vid komplicerade tillstånd med samsjuklighet, självdestruktivt beteende av mer omfattande slag eller suicidrisk.