

”När det har brustit på många ställen i vuxenvärlden, i föräldraskapet, i skolvärlden, hos oss yrkesmänniskor”

– **professionellas perspektiv på unga i servicesystemet**

Mathilda Wrede-institutet
Mellanrapport
Frida Westerback
Februari 2015

Innehåll

1. Inledning	3
2. Syfte	7
2.1. Forskningsuppdrag	7
2.2. Forskningsfrågor	8
3. Kartläggningens olika faser	9
4. Mentalvårdstjänster	10
4.1. Ungdomspsykiatrins utveckling i Finland	10
4.2. Mentalvårdsarbete med unga som målgrupp	11
4.3. Ungdomspsykiatri på svenska i Helsingfors	12
4.4. Lågtröskelverksamhet inom ungdomspsykiatri	15
4.5. Tredje sektorns roll	18
5. Kartläggningens resultat	19
5.1. Spektrumet av utsatta ungas problematik	20
5.1.1. ”Gråzonunga”	21
5.1.2. Skolrelaterad problematik	24
5.1.3. Neuropsykiatrisk problematik	26
5.2. Kritiska områden inom stöd och vård	27
5.2.1. Det splittrade och resursmässigt begränsade servicefältet	28
5.2.2. Servicens likformighet och bristfälliga tillgänglighet	31
5.2.3. Den psykiatriska vårdkedjans många faser	34
5.3. De professionellas syn på utsatta ungas behov	37
6. Utvecklingsrekommendationer	38
7. Nästa steg	40
7.1. Forskar-socialarbetarnas fokusområden 2015	41
7.2. Brukarmedverkan i kunskapsutveckling	41
8. Sammandrag	43
Referenser	45
Bilaga 1 Statistik	52
Bilaga 2 Infokarta	53
Bilaga 3 Information till informanter	54
Bilaga 4 Intervjuguide	55

1 Inledning

Överlag mår barn och ungdomar bra i Finland, nio av tio är nöjda med sitt liv, har vänner, intressen och en god relation till sina föräldrar eller vårdnadshavare. Dock har det skett en polarisering där välbefinnandet blivit sämre för en liten del unga. Tidigare forskning ser samband mellan arbetsmarknad, utbildningskrav och sociala faktorer. En markant skillnad kan ses mellan dem som har utmaningar med skolsystemet och de som inte har det, på så sätt blir övergången från ungdom och skola till vuxenliv och arbete ett kritiskt och ofta osäkert moment för en del unga. (Barnombudsmannens årsbok 2014).

Mot bakgrund av de senaste årens omfattande arbete mot marginalisering av unga i Finland med ungdomsgarantin som främsta åtgärd, kan konstateras: både för den enskilda individen och för samhället i stort, är det av största vikt att alla barn och unga erbjuds förutsättningar att växa och utvecklas på bästa sätt. Samtidigt vet vi att ungdomsgarantin inte minskat på arbetslösheten bland unga och att psykisk ohälsa bland unga ej tagits i beaktande i tillräckligt hög grad. Antalet arbetslösa i Nyland hade stigit från 2013 till 2014 med 100 unga under 30 år. I juni 2014 var 729 personer under 30 år arbetslösa i Nyland, av vilka 178 var svenskspråkiga Helsingforsbor (Keskinen 2014, 22-23). Samtidigt uppskattas att cirka 20 procent av finländska unga är i behov av psykiatrisk vård i något skede under ungdomstiden (Laukkanen & Pylkkänen 2011, 2316, Marttunen m.fl. 2013).

Enligt social- och hälsovårdsministeriet (2014) är ett av de viktigaste utvecklingsområden under de kommande åren vad beträffar ungdomsgarantin, ungdomars *sociala rehabilitering*. Syftet med social rehabilitering handlar om att bättre kunna hantera vardagliga frågor. Utsatta unga är i behov av en fungerande servicekedja och tjänster som erbjuds vid rätt tidpunkt för att rehabiliteras, utöver detta tenderar behoven ofta vara av långvarig karaktär. Inom ramen för ungdomsgarantin planeras ytterligare en så kallad *dynamisk vårdmodell*, vars avsikt är att bland FPA:s kunder hitta unga som riskerar att bli utslagna.

Den nya socialvårdslagen som godkändes i riksdagen den 12.12.2014 och träder i kraft den 1.4.2015 betonar lågtröskelverksamhet, kundnärlighet samt stöd och hjälp vid rätt tidpunkt, i fokus står smidig hänvisning till tjänster och förstärkning av basservice. Många ungdomar är i behov av förtroendefulla vuxna som säkerställer helheten och funktionen hos tjänsterna. Utgångspunkten för socialvårdslagen är att garantera att den unga personen

får stöd och nära handledning av en personlig kontaktperson. (Social- och hälsovårdsministeriets pressmeddelande 196/2014, 319/2014).

Det finns reella premisser att förebygga psykisk ohälsa genom tidiga insatser under barn och ungas uppväxttid, kravet blir att uppmärksamma problemen och att insatserna är tillgängliga för alla. Då det kommer till stödinsatser för socialt sårbara och utsatta unga, är det inte ovanligt att kommuner utvecklat en mångfald av stödinsatser. Ifall dessa insatser visar sig vara svagt samordnade, kan detta resultera i verksamhetssplittring. Att unga med psykisk ohälsa skyfflas runt i ett system, kan i värsta fall förvärra situationen för individen. Dylika nätverk är således i behov av tydlig systematik och struktur för att samverkan skall kunna fungera i praktiken.

Ungdomar själva har nödvändigtvis inte insikt i vilka stödinsatser samhället kan erbjuda vid psykisk ohälsa eller vid risk för psykisk ohälsa. Skolans elev- och studerandevård har därför en central roll vid förmedling av information om förebyggande insatser och vård. I och med den nya lagen om elev- och studerandevård som trätt i kraft i augusti 2014, skall samtliga studeranden erbjudas kurators- och skolpsykologtjänster. Elev- och studerandevården skall även i och med den nya lagen bli mer inriktad på förebyggande verksamhet. Lagen berör förskoleundervisning, grundläggande utbildning, andra stadiets gymnasieutbildning samt i lagen om yrkesutbildning avsedd utbildning (Regeringens proposition 67/2013, Lag om elev- och studerandevård 1287/2013).

Att kunna stöda och hjälpa unga i deras livssituation förutsätter ett holistiskt grepp och ett systematiskt gränsöverskridande samarbete. Ett flertal undersökningar visar att lösningen skulle vara *en* plats att gå till, ”lågtröskelverksamhet med all service på ett ställe”, en form av samservice. (Notkola m.fl. 2013). Samtidigt finns det forskning som ser mer kritiskt på denna form av samlad service, då modellen kräver bland annat tillräckligt med personalstyrka för att fungera samt kontinuerlig fortbildning (Aaltonen m.fl. 2015, 130).

I rapporten ”Psykisk sjukdom e aldrig enbart ett individuellt problem” (2014) efterlyses mer *flexibla arbetssätt* för arbetet med patienter i åldern 18-22 år, som kunde förverkligas i form av hembesök eller träffar utanför den sedvanliga vårdmiljön. Särskilt kritiskt framstod *övergången från ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri och samarbetet mellan olika sektorer*, såsom arbetsförmedling och social- och hälsovården. Behovet av lågtröskelverksamhet och kamrattstöd blev ytterligare tydligt i rapporten. (Wik m.fl. 2014).

Enligt en studie på uppdrag av riksdagens revisionsutskott (2013) presenteras kortsiktiga och långsiktiga mål om hur servicen för unga kunde förbättras. Ett av målen berör mentalvården för unga. Enligt utredningen bör mentalvården få lågtröskelverksamhet i hela landet, som skall placeras mellan basnivån och ungdomspsykiatri. Varje ung upp till 29 år skall få en bedömning av sitt vårdbehov inom tre dagar och nödvändig vård inom tre månader. (Notkola m.fl. 2013). Det finns exempel på fungerande lågtröskelverksamhet inom psykiatri, som dock inte tagits i bruk i samtliga sjukvårdsdistrikt. Denna typ av service har ökat på ungas initiativ att själva ta kontakt med psykiatri. (Pykkänen & Laukkanen 2011).

Rekommendationer för att säkerställa vård på svenska inom mentalvården har även tagits fram i en Magma-studie (2013). En av rekommendationerna berör grundandet av ett kunskaps- och resurscentrum för psykiatri och mentalvård på svenska. Som motivering hävdas att det i huvudstadsregionen behövs mer samarbete mellan vårdenheter och en tydligare struktur. Centret skall enligt rekommendationen även upprätthålla en hemsida med uppgifter om de organisationer och professionella inom branschen som betjänar på svenska. Finlandssvenskt samarbetsforum föreslås som sammankallare och koordinator för nätverksarbetet. (Pihlajamäki 2013).

Enligt uppgifter från Finlandssvenskt samarbetsforums hemsida (4.4.2014) har fokus i detta skede lagts på utbud och koordinering av tjänster i huvudstadsregionen där utmaningarna ansetts vara störst. En målsättning är att stöda utvecklingen av den portal med nätbaserade tjänster som utvecklas inom HNS, och i första hand HUCS, portalen Mielenterveystalo.fi (Psykporten) till en portal med information för både finsk- och svenskatalande personer. Portalen innefattar även en del som riktas till ungdomar.

Hur ser tjänster som stöder ungas psykiska hälsa ut för svenskspråkiga unga i Helsingfors ur de professionellas perspektiv? Hur ser de professionella på unga i servicesystemet? Detta är frågeställningar som varit i fokus i föreliggande kartläggning. Mellanrapporten baserar sig på ett kvalitativt intervjumaterial (n=40) som samlats in i Helsingfors i april-september 2014. Samtliga intervjuade är professionella inom ett brett spektrum av välfärdstjänster inom social- och hälsovård, skolan, arbetsförmedling samt tredje sektorn. Fokuseringen har riktats mot mentalvård och övriga tjänster som stöder ungas psykiska välbefinnande. Det förefaller som att de främsta utmaningarna berör samverkan aktörer emellan samt om att fånga upp mellangruppen ungdomar som mår dåligt och inte får

tillräckligt med hjälp, de unga som faller emellan primärnivån och den psykiatriska specialsjukvården.

Kartläggningen presenteras i form av föreliggande mellanrapport. Forskningsuppdraget fortgår under 2015 och sammanfattas till en slutrapport till januari 2016.

2 Syfte

Temat som ligger i fokus i denna kartläggning berör ungas mångdimensionella (multifaktoriella) och mångtydiga behov av stöd och service. Tyngdpunkten ligger på unga med psykisk ohälsa på ett brett plan samt vårdkedjor.

Profileringen av forskarsocialarbetarnas upplägg med temat ungdomar är aktuell. För att utveckla arbetet med ungdomar behövs ett sektoröverskridande samarbetsområde, ett så kallat praxisnätverk, som sträcker sig från socialbyråer till ungdomsgårdar, psykiatri, tredje sektorn och skola. Målsättningen är att ett mångprofessionellt nätverk kring unga i metropolområdet skapar en form av en ny och innovativ gränsöverskridande praxisarena.

Praktikforskning har som uppgift att producera relevant och aktuell kunskap för praktiken. Praktikforskning bygger på dialog, en dialog mellan flera aktörer. Dialogen kan bestå av kritisk granskning av praktiken, utvecklingsförslag på det praktiska genomförandet i koppling till den vetenskapliga forskningen. (Julkunen 2014, 77).

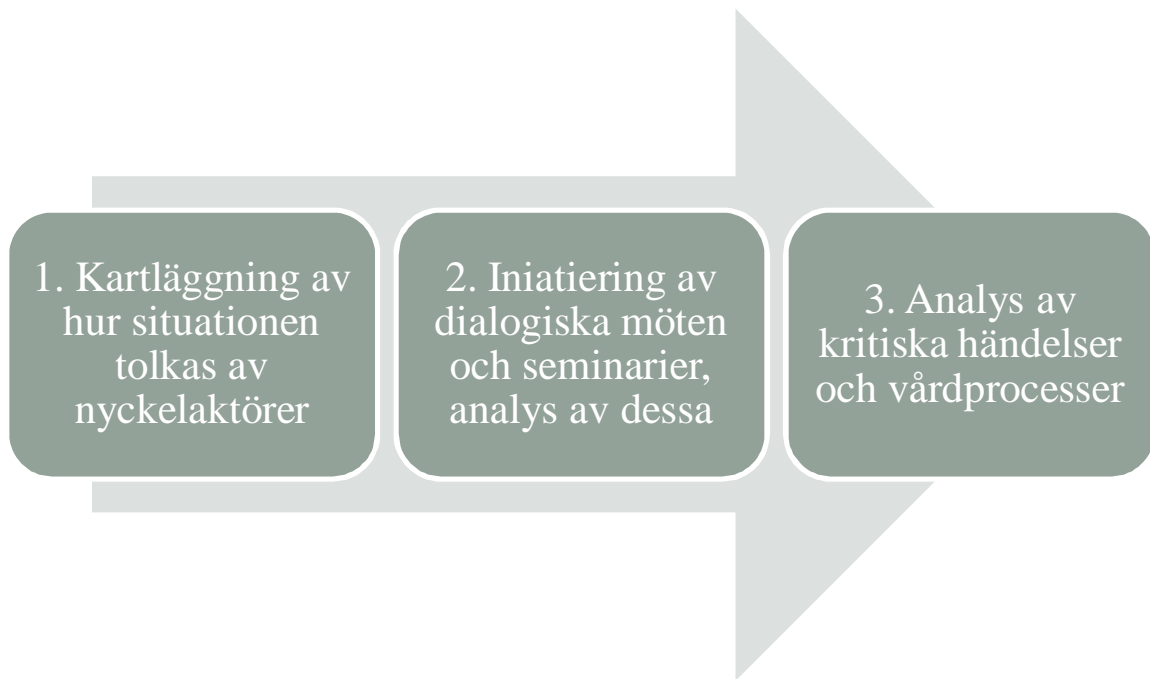
2.1. Forskningsuppdrag

Tyngdpunktsområden inom praktikforskning vid Mathilda Wrede-institutet är gränsöverskridande och kan sammanfattas inom tre områden; medborgarskap och delaktighet, interprofessionalitet och samverkan, samt utsatta ungdomar och nya former av socialt arbete (Mathilda Wrede-institutets strategi 2014-2017).

Syftet med den ifrågavarande kartläggningen är att belysa kritiska områden gällande svenskspråkig service som stöder ungas psykiska hälsa på ett brett plan.

Kartläggningsuppdraget förverkligas i samarbete med forskarsocialarbetare Bettina von Kraemer, som under samma tidsperiod fokuserar på samarbetet mellan de olika servicesektorerna i Helsingfors.

Uppdraget består av tre delar enligt bilden nedan. Fas ett förverkligades under perioden mars-december 2014, fas två inleddes under år 2014 och fortsätter under år 2015. Fas tre berördes under år 2014 och fortsätter under perioden januari-december 2015.



Figur 1 Forskningsuppdraget som process

2.2. Forskningsfrågor

Genom att ringa in de kritiska nyckelaktörerna gällande service som stöder ungas psykiska hälsa på svenska i Helsingfors, kan vi närma oss forskningsfrågorna, som inledningsvis kartlägger vilka nyckelaktörerna är och hur de ser på kritiska moment inom stödstrukturerna och vårdkedjorna för unga. Hur ser dessa nyckelaktörer på spektrumet av de ungas problematik är en annan väsentlig forskningsfråga som kräver utredning.

Kartläggningen specificeras med hjälp av följande forskningsfrågor:

1. *Vilka är nyckelaktörerna inom mentalvården för unga på svenska i Helsingfors?*
2. *Vilka är de kritiska momenten inom stödstrukturerna och vårdkedjorna för unga med psykisk ohälsa?*
3. *Hur ser spektrumet av de ungas problematik ut enligt nyckelaktörerna?*
4. *Vilka är fungerande modeller inom stödstrukturerna?*

Den sista forskningsfrågan kommer att delvis att besvaras inom kartlägningsåret 2014, men i högre grad beröra verksamhetsår 2015, då uppdraget fortsätter med involvering av ett brukarperspektiv.

3 Kartläggningens olika faser

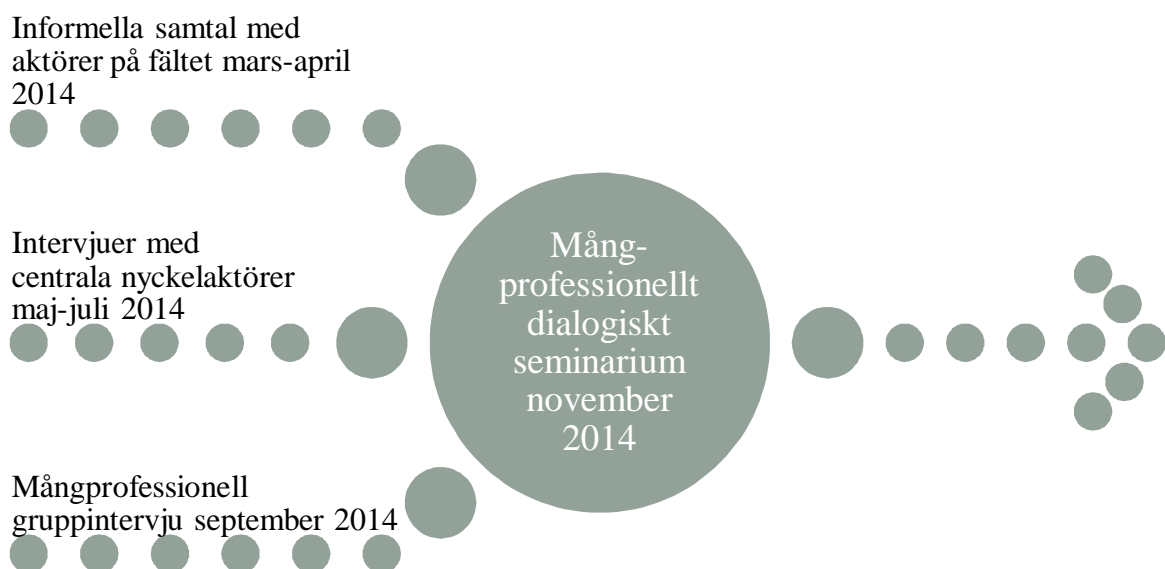
Kartläggningen inleddes med materialinsamling gällande tidigare forskning samt statistik under mars 2014. Ytterligare höll forskarsocialarbetarna inledande informella samtal med aktörer på fältet. Forskningsplaner fastställdes i april 2014, på basen av vilka forskningstillstånd ansöktes från samtliga involverade instanser.

Centrala nyckelaktörer intervjuades under maj-juli 2014, varefter två mångprofessionella gruppintervjuer förverkligades i september 2014 (18.9). Gruppintervjun baserar sig delvis på Delfi-metoden. Det finns olika versioner av metoden, det väsentliga är att gruppen får ta ställning till olika temaområden för att argumentera kring sina egna uttalanden i ljuset av andras. (Kuusi 2002). Materialet bearbetas och analyserades genom kvalitativ innehållsanalys under oktober 2014.

Ett gemensamt dialogiskt seminarium för samtliga aktörer arrangeras i november 2014 (18.11). Syftet med seminariet var informations spridning och erfarenhetsutbyte aktörer emellan. Seminariet samlade ihop cirka 85 deltagare från skola, social- och hälsovård samt tredje sektorn.

En mellanrapport sammanställs till början av 2015.

Kartläggningens olika faser tydliggörs genom bilden nedan.



Figur 2 Kartläggningens genomförande

4 Mentalvårdstjänster

Den kommunala mentalvården omfattar idag primärvård, socialvård och den psykiatriska specialsjukvården. Kommunen kan själv producera vården eller upphandla den av offentliga tjänsteproducenter från den privata marknaden eller den tredje sektorn. (Pihlajamäki 2013, 32).

Det mentalvårdsarbete som utförs inom ramen för hälso- och sjukvården ska planeras och genomföras så att det bildar en fungerande helhet tillsammans med den kommunala social- och hälsovården (Hälso- och sjukvårdslag 27§ 1326/2010).

Öppenvården prioriteras inom psykiatrin i enlighet med lagstiftningen (Pylkkänen & Laukkanen 2011, 2316). Mentalvård för unga erbjuds i första hand inom skolans elev- och studerandevård, vid hälsostationer och genom familjerådgivning. Utöver det offentliga vårdssystemet erbjuder tredje sektorn stödservice på svenska. Den privata sektorns tjänster upphandlas av kommuner (Heiskanen m.fl. 2008, 122).

Enligt språklagen (423/2003) är svenskspråkiga medborgare berättigade service på svenska då det kommer till kommunala och statliga myndigheter i tvåspråkiga kommuner. I ett utlåtande av nämnden för den språkliga minoriteten gällande HNS verksamhetsplan för psykiatrin 2010-2020 omfattas förslaget om att grunda ett svenskspråkigt psykiatriskt kompetenscenter inom HUUS (Nämnden för den språkliga minoriteten 2010).

4.1. Ungdomspsykiatrins utveckling i Finland

Då det kommer till psykiatrisk vård, bör unga ej vårdas som varken barn eller vuxna, utan som unga mitt i en utvecklingsprocess. Ungdomstidens utvecklingsfas tillhör de mest centrala skeden vad gäller den mentala hälsan senare i livet, största delen av psykiska problem i vuxenålder får sin start redan under ungdomstiden. Ungas behov av mentalvård är således lika stort som hos vuxna. På grund av detta kan ungdomar ej vårdas inom barn- eller vuxenpsykiatrin, utan inom en egen specialisering, ungdomspsykiatri. (Pylkkänen 2006, 14-16).

De första ungdomspsykiatriska avdelningar byggdes upp under 1960-talet på Pitkämäki sjukhus i Tammerfors och Hesperia sjukhus i Helsingfors. Under 1980-talet utvecklades den ungdomspsykiatriska öppenvården inom de flesta sjukvårdsdistrikt i Finland. I dagsläge finns öppenvård och avdelningsplatser inom ungdomspsykiatrin inom samtliga sjukvårdsdistrikt i landet. (Pylkkänen & Laukkanen 2011, 2316).

Ungdomspsykiatri ses som en del av den ungdomsmedicinska vetenskapen (*adolescent medicine*). Finland ses som en föregångare vad gäller ungdomsmedicinsk vetenskap, då ungdomspsykiatri etablerades i Finland år 1979 som specialisering och i början av 2000-talet som enda specialbransch i Europa. Vid den tiden riktades ungdomspsykiatri till 15-19-åriga unga. Senare rekommenderar NUOTTA-projektet åldersgränserna till 13-22 år för psykiatrisk öppenvård (Pylkkänen 2006, 16-20).

Läkintöhallitus (LKH) satte år 1987 upp sju utvecklingsområden inom ungdomspsykiatri, varav ett fokusområde handlade om etablering av låg tröskel till öppenvårdstjänster inom ungdomspsykiatri. Målsättningen skulle uppfyllas senast år 2000 genom så kallade Walk in-polikliniker för unga. Vid uppföljning år 2002 konstaterades att av alla sju fokusområden, var denna punkt den enda som inte hade uppfyllts. Det framhålls att lågtröskelverksamheten ej förverkligats och att gränssnittet mellan primärvård och ungdomspsykiatri behöver förnyas (ibid, 21).

År 2001 infördes vårdgarantin inom ungdomspsykiatri, som garanterar att en vårdbedömning bör göras inom tre veckor och vården inledas inom tre månader. Enligt NUOTTA-projektet finns utmaningar med att förverkliga vårdgarantin i praktiken (Pylkkänen 2003).

4.2. Mentalvårdsarbete med unga som målgrupp

Flera av mentala problem kan uppkomma för första gången under ungdomstiden. Psykiska svårigheter förekommer dubbelt mer hos unga än barn. Var femte ungdom, ungefär 20-25 procent lider av störningar i den psykiska hälsan. 10 procent av dessa är i behov av psykiatrisk vård. Enligt internationella studier är endast 40 – 60 procent av de vårdbehövande unga de facto i vård. (Pylkkänen 2013, 4).

Vida befolkningsutredningar har visat att ungefär hälften av mentala problem i vuxenålder har börjat redan innan 14 års ålder och tre fjärdedelar har fått sin start innan individen fyllt 24 år (Marttunen m.fl. 2013, 10).

Lider av psykiska störningar	20 – 25 %
I behov av vård	10 %
Unga med vårdbehov som de facto är i vård	20 – 40 %
Vuxnas psykiska störningar som kan konstateras innan vuxenålder	75 %
Unga med vårdbehov som enligt internationell forskning är utan vård	60 – 80 %

Tabell 3: Psykiska störningar i ungdomsåren (Pylkkänen 2013)

Ungas vårdperioder inom ungdomspsykiatri har ökat under de senaste tio åren. En ökning vad gäller institutionsvård har däremot avstannat. (Rautiainen & Pelanteri 2010, 1).

4.3. Ungdomspsykiatri på svenska i Helsingfors

Tyngdpunkten i den ungdomspsykiatriska vården enligt hälso- och sjukvårdslagen och den nationella planen för mentalvårds- och missbruksarbete Mieli 2009 är att i första hand stärka öppenvården och öka samarbetet mellan specialsjukvården och primärvården genom utveckling av konsultationstjänster och expanderandet av fältarbetet inom ungdomspsykiatri (Plan för mentalvårds- och missbruksarbete Mieli 2009).

Skolornas elevvård har en central roll då det kommer det ungdomspsykiatrisk primärvård, vidare ligger detta primäransvar hos hälsostationer och socialtjänster. Kommunernas arbete med barn och ungdomar för främjande av psykisk hälsa skall i primärt ske i ungdomarnas vardagsmiljö. (ibid).

Ungdomar hänvisas till ungdomspsykiatrisk specialsjukvård i fall då den psykiska utvecklingen antingen stagnerat eller är störd. Detta kan ta sig uttryck på olika sätt, den unga individen kan vara deprimerad, agera på ett självdestruktivt eller våldsamt sätt, lida av beteendestörningar och psykotiska störningar. Enligt vårdgarantin ska bedömningen av vårdbehovet i mentalvårdstjänster för barn och unga inledas inom tre veckor efter att remissen ankommit. Ifall det finns ett behov av undersökningar, bör dessa förverkligas inom sex veckor efter remissens ankomst. Ifall vårdbehovet konstateras vara aktuellt, gällande personer under 23 år, skall vården ordnas inom tre månader från det att vårdbehovet konstateras. (Hälso- och sjukvårdslag, 53§ Att få vård inom mentalvårdstjänsterna för barn och unga).

Trots skolans centrala roll, visar det sig att tröskeln för basnivån att remittera till ungdomspsykiatri kan vara hög. För att underlätta denna process har olika typer av

lågtröskelverksamhet i form av interventioner mellan primärvården och psykiatrin (ex. Sihti-modellen) etablerats varierande inom olika sjukvårdsdistrikt i Finland. Denna typ av interventioner har stött basnivån, samtidigt som det har blivit lättare att remittera vidare till specialistsjukvård. Dock visar det sig att dessa interventioner ej hjälpt unga med svår problematik. (Pylkkänen 2004, Laukkanen m.fl. 2010).

HUCS Ungdomspsykiatri svenskspråkiga poliklinik erbjuder ungdomspsykiatrisk vård för 13-17-åriga svenskspråkiga ungdomar och deras familjer från HUCS-området (Esbo, Helsingfors, Grankulla, Kervo, Kyrkslätt och Vanda) sedan år 2010. Verksamhetens främsta målsättning är att stöda ungdomars utveckling. Före år 2010 köptes svenska ungdomspsykiatriska tjänster av Folkhälsans tonårspoliklinik i Helsingfors (Pihlajamäki 2013, 55).

Till HUCS Ungdomspsykiatri *Klinik för specialtjänster* hör sammantaget följande tjänster för unga; beroendepsykiatriska polikliniken, neuropsykiatriska polikliniken, rehabiliteringsenheten, polikliniken för könsidentitetsutredningar och polikliniken för somatiskt sjuka. Utredningen av könsidentitet hos unga är centraliserad på riksnivå. Den neuropsykiatriska undersökningen och vården av unga som blivit sexuellt utnyttjade sker vid polikliniken för somatiskt sjuka unga. I Malm (Ratapoli) och Östra centrum finns även finskspråkiga ungdomspsykiatriska polikliniker (HNS 2014). Enligt (Mariani-Cerati 2013, 26) skall det även finnas svenskspråkig personal vid polikliniken i Östra centrum.

Ungdomspsykiatrins svenskspråkiga poliklinik är en separat enhet och tillhör kliniken för specialtjänster. På ungdomspsykiatrins svenskspråkiga poliklinik i Böle jobbar ett svenskspråkigt team med 4,0 anställda. Till teamet hör läkare, psykolog, socialarbetare och psykiatrisk sjukskötare. Arbetet på polikliniken avviker från de finskspråkiga teamen genom behandling av alla diagnosgrupper, medan de finskspråkiga teamen är indelade enligt grupperingarna ovan. Svenskspråkiga ungdomar från hela Nylands område vårdas på den ungdomspsykiatriska avdelningen vid Ekåsens sjukhus i Ekenäs, som är tvåspråkig. Ekåsens avdelning har 5 vårdplatser och 3 dagpatientplatser (HNS 2014).

I Helsingfors söks psykiatrisk specialistsjukvård i första hand genom att kontakta elevvården eller den egna hälsostationen. Inom Helsingfors stad finns tre hälsostationer som erbjuder svenskspråkig service; Femkantens, Kvarnbäckens och Munksnäs hälsostation.

Vårdkedjan för unga i åldern 13-17 inleds i skolan genom kontakt till skolans elevvård, som består av skolkurator, hälsovårdare och läkare. Inom Helsingfors stad och den

grundläggande utbildningen (åk 7-9) arbetar fem skolkuratorer, tre skolläkare och hälsovårdare. Vid behov av specialistsjukvård, sänds 13-17-åriga ungdomar med läkarremiss (sedan 1.4.2012) till Helsingfors TAK-poliklinik (Undersöknings-, bedömnings- och krispolikliniken) i Böle. Detta gäller icke-akuta (elektiva) remisser. Behovet av specialistvård bedöms bland annat vid svåra affektiva störningar och beteendestörningar, ätstörningar och neuropsykiatriska störningar. (HUUCS Psykiatri remisskriterier 2012). Innan införandet av läkarremittering kunde en tjänsteman som skolkurator, socialarbetare eller hälsovårdare med etablerad kontakt till den unga remittera vidare till ungdomspsykiatrin. Syftet med omställningen var att minska på antalet onödiga remisser till ungdomspsykiatrin. Farhågan gällande denna förnyade procedur handlar om frågan om detta leder till att unga i behov av vård blir utan, på grund av denna utdragna process som kräver att den unga träffar skolläkaren ett flertal gånger, samtidigt som skolläkarresurserna är ytterst begränsade (Jernström 2012, 15).

På TAK-polikliniken utförs undersökningsperioder och bedömning av ungdomens vårdbehov, vid enheten erbjuds även krisbehandling. Innan en remiss skrivs, kan TAK-polikliniken även erbjuda telefonkonsultation till skolan. Polikliniken bör ta emot den unga inom tre veckor efter remissens ankomst, utredningarna inledas inom sex veckor och bedömning av fortsatt vård inom tre månader. Bedöms ungdomen på TAK-polikliniken vara i behov av specialistsjukvård remitteras denna till den svenskspråkiga ungdomspsykiatriska polikliniken vid HUUCS. Ifall den unga ej bedöms vara i behov av specialistsjukvård, hänvisas denne tillbaka till primärnivån (elevvården) eller till tredje sektorns aktörer. (HNS 2014). 18 år fyllda vårdas vid Psykiatriska polikliniken vid Stengårds sjukhus.

Vid akuta fall och akuta behov av psykiatrisk undersökning betjänar den psykiatriska jousen vid Haartmanska sjukhuset och Malms sjukhus (sedan 2.2.2015) Helsingforsbor som fyllt 16 år. Unga under 16 år tas emot vid Barnkliniken på Stenbäcksgatan. (Social- och hälsovårdsverket 2015). Akuta tillstånd berör akut suicidalitet, akut psykos och farligt destruktivt beteende (HUUCS Psykiatri remisskriterier 2012).

När det kommer till behandling av psykisk ohälsa och unga, är det av vikt att stärka viktiga relationer till familjen, närstående och nätverk som är betydelsefulla för ungdomen. Dessa utgör sociala nätverk och socialt stöd som stöder individens välmående.

Även kamratstödsgrupper bör lyftas fram som en relevant resurs (Plan för mentalvårds- och missbruksarbete Mieli 2009).

4.4. Lågtröskelverksamhet inom ungdomspsykiatrin

Modeller som förenar bashälsovården med specialsjukvården har strävat efter att förankra verksamheten i de ungas närmiljöer och den vägen öka de ungas motivation att förbinda sig till vården. Modeller som kombinerar bas- och specialsjukvården kallas för integrerat mentalvårdsarbete (*integroitu mielenterveystyö*) (Ranta 2014).

Sedan 1980-talet har man eftersträvat en låg tröskel till öppenvårdstjänster inom ungdomspsykiatrin. Mellan åren 1987-2010 ökade öppenvårdsbesöken inom ungdomspsykiatrin med 600 procent i hela landet. Då efterfrågan märkbart överstigit utbudet, har man under 2000-talet utvecklat lågtröskelverksamhet för att snabba upp möjligheten att komma åt öppenvårdstjänsterna inom ungdomspsykiatrin. Denna typ av lågtröskelverksamhet har ökat på olika håll i landet och främjar förverkligandet av vårdgarantin. (Laukkanen & Pylkkänen 2014).

I Helsingfors fungerade Folkhälsans Tonårspoliklinik som en så kallad Walk in-poliklinik på svenska fram till år 2010, innan HUCS ungdomspsykiatriska poliklinik infördes. I dagsläge heter Folkhälsans verksamhet 'Mottagningen för unga och unga vuxna' och är verksam fortfarande, men i mindre skala och utan betalningsförbindelse av Helsingfors stad. På 'Mottagningen för unga och unga vuxna' vid Folkhälsan arbetar 2,3 anställda (Folkhälsan 2014).

Lågtröskelverksamhet inom psykiatrin har förverkligats med ojämn spridning på olika håll i landet, i till exempel Borgå (HNS, ungdomspsykiatriska polikliniken) finns för tillfället möjlighet till Walk in- samt Call in-tider en gång i veckan, som ej kräver remiss eller tidsbeställning. Nedan presenteras *Sihti-modellen* och *Hyks-Varhain* som exempel som modeller, vilka bygger på samverkan mellan primär- och specialsjukvård. Båda modellerna är exempel på interventioner som ej förverkligats på svenska.

Sihti-modellen

Sihti-interventionen (*Nuoren ongelmien ja elämäntilanteen kokonaisvaltainen arviointi perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä*) baserar sig på en holistisk utvärdering av den ungas livssituation och problematik i ett samarbete mellan primär- och specialsjukvården. Modellen eftersträvar att vara gränsöverskridande och syftar till att vid

behov hänvisa den unga till vård. Målgruppen berör 13-22-åriga unga med utmaningar vad beträffar utveckling och vuxenblivandet samt unga med redan existerande psykiska besvär (Laukkanen m.fl. 2009).

Primärvården och speciellt elev- och studerandevården har en viktig roll i identifiering av ungas psykiska ohälsa samt hänvisning till adekvat vård. Av vikt är att ta itu med problemen i en naturlig miljö för den unga och med möjligast låg tröskel. På grund av att skolans resurser och kunskap inte alltid räcker till, skapades Sihti-modellen för att intensifiera samarbetet med ungdomspsykiatri och föra samman primär- och specialistsjukvårdens kunskaper och expertis. Till målsättningarna hörde även ett utvecklat samarbete mellan dessa olika vårdnivåer samt utbildandet av primärvårdens personal i vård av ungas sociala och psykiska problem. (ibid, 11).

Utgångspunkterna för Sihti-interventionen är:

- skapandet av en låg tröskel för unga att söka hjälp vid olika svårigheter
- utvecklandet av arbetsgrupp, som sammanför primärvården och ungdomspsykiatri
- att fungera en kort och fokuserad intervention för den unga och dennes familj samt vid behov hänvisning till ändamålsenlig vård

Sihti-interventionen förverkligades i ett samarbete mellan Villmanstrand, Imatra och Kuopio. Interventionen piloterades samtidigt i samtliga städer under åren 2005-2007. I utformandet av arbetsgruppen utgick man ifrån att slå samman specialistsjukvårdens ungdomspsykiatri, primärvårdens och barnskyddet.

Sihti-interventionens innehåll

Utgångspunkten för att söka sig till Sihti-interventionen var att det skulle vara möjligt lätt, ingen remiss behövdes således. Tidsbokningen sköttes dagtid per telefon.

Interventionen bestod av en telefonintervju och 1-5 besök. Vid behov av vidare vård efter interventionen, följde personalen den unga till följande instans. De vanligaste orsakerna till att unga tog kontakt handlade om psykiska besvär så som humörsvängningar, ångest samt relationsproblematik och utmaningar förknippade med skola eller studier. Ungefär 1/3 var ej i behov av vidare hänvisning till vård. (ibid, 20).

De unga upplevde Sihti som en ”bra grej” (*”hyvä juttu”*). De unga ansåg att det var lätt att ta kontakt, tröskeln upplevdes således låg, verksamhetspunkterna var diskreta och icke stämplande, servicen kostnadsfri. Att kunna ta kontakt utan remiss ansågs vara viktigt.

Överlag upplevde brukarna Sihti som en positiv upplevelse, det var lätt att tala med de anställda. (ibid, 31).

Sihti-interventionens personal överraskades över det stora antalet pojkar som sökte sig till tjänsten. Interventionen nådde sammanlagt 1176 unga i Kuopio och 894 unga i åldern 13-22 år i Villmanstran och Imatra under projekttiden 2005-2007. Vidare lyckades man förankra interventionen i den ordinära verksamheten efter utsatt projekttid. (ibid, 36).

Hyks-Varhain

Hyks-Varhain innebär konsultativ service som erbjuds av ungdomspsykiatri (HUCS), där utvärdering, utredning och tidiga interventioner sker i den unga egna närmiljö i samarbete med bashälsovården. Under konsultationstiden hålls klientskapet på basnivån. (Hyvinvoinnin palveluopas 2014).

Konsultationsverksamheten är mångsidig och innehåller konsultation per telefon för skolans elevvårdsteam samt övriga inom bashälsovården. Konsultationen kan även innefatta arrangerandet av en konsultativ träff, där den ungas föräldrar och/eller nätverk deltar. Under mötet utvärderas den ungas helhetsituation, den ungas mående, kapacitet att fungera och behov av stöd. Vid behov kan en ungdomspsykiatrisk utredning förverkligas i den ungas egna utvecklingsmiljö. Utredningen fokuserar på den ungas verksamhetskapacitet, resurser och nätverk, vidare vill man utreda problematikens grad, den unga och dess nätverks behov av stöd samt basnivåns möjligheter att agera i situationen. En tidig intervention kan utföras genom samarbete mellan bas- och specialhälsovården. Interventionen innehåller individuella träffar, familje- och nätverksmöten, vars avsikt är att stöda den unga och dess nätverk samt stärka deras roll. Ifall det vidare finns behov för undersökningar inom specialsjukvården, krävs läkarremiss. (ibid).

Hyks-Varhain är exempel på interventioner som förverkligas på finska, men ej på svenska i Helsingfors.

4.5. Tredje sektorns roll

Tredje sektorns serviceproducenter har en central roll i det svenskspråkiga serviceutbudet för unga med psykisk ohälsa i Helsingfors. Till de mest centrala nyckelaktörer hör bland annat ungdomsverkstaden Sveps, vars främsta målsättning är att öka den ungas möjligheter för studier eller arbetslivet. För att uppnå denna målsättning samarbetar Sveps med huvudstadsregionens kommuner, TE-tjänster, social- och hälsovården, utbildnings- och ungdomssektorn, arbetsgivare samt andra samarbetsparter (Sveps hemsida).

En annan nyckelaktör inom tredje sektorn är Folkhälsans 'Mottagning för unga och unga vuxna' (fd Tonårspolikliniken), som fungerar som en ungdomsmedicinsk öppenvårdsenhet. Mottagningen tar emot unga med psykiska, fysiska och sociala problem eller symptom som hänger ihop med ungdomsutvecklingen. Folkhälsans 'Mottagning för barn, unga och familjer' (fd Habiliteringsenheten Habben) är specialiserad på barns och ungas olika specifika svårigheter gällande utveckling det sociala. (Folkhälsans hemsida).

Krisjouren för unga utgör en del av HelsingforsMission och erbjuder samtalshjälp för 12-29-åriga ungdomar, unga vuxna och deras familjer. Servicen är kostnadsfri och samtalen är konfidentiella (Krisjourens hemsida).

Barnvårdsföreningen i Finland erbjuder barnskydd, barndagvård, arbete med familjer, habilitering samt information och utbildning inom social- och hälsovårdssektorn. Verksamheten riktar sig till svensk- och finskspråkiga barnfamiljer, barn och unga, samt till personal inom vårdsektorn (Barnvårdsföreningens hemsida).

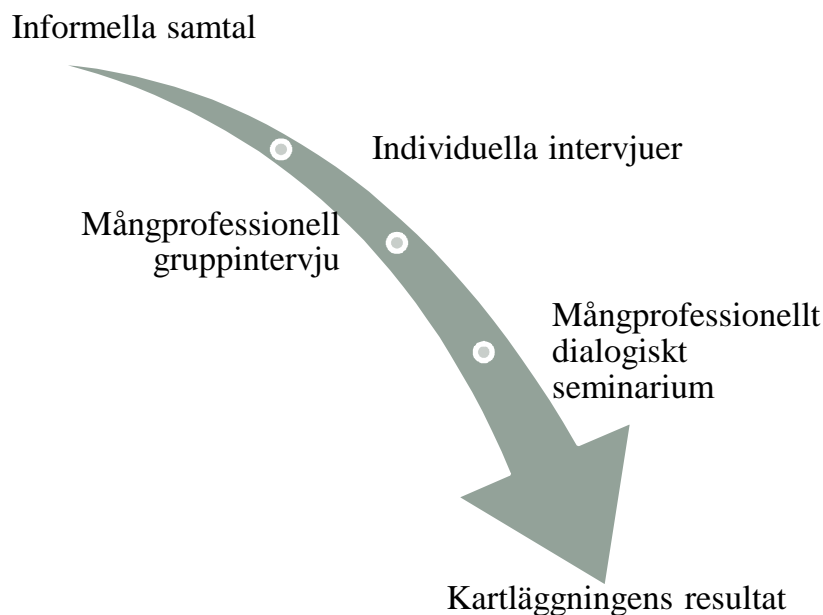
Psykosociala förbundet fungerar som en ideell, riksomfattande och svenskspråkig sakkunnigorganisation inom området psykisk hälsa i Finland (Psykosociala förbundets hemsida), medan medlemsföreningen Sympati är den enda svenskspråkiga psykosociala föreningen i huvudstadsregionen (Sympatis hemsida).

Sluta panta-chatten erbjuder samtalsstöd online med vuxna handledare tre kvällar i veckan (Sluta panta-chattens hemsida).

Övriga aktörer inom tredje sektorn som i högre grad fokuserar på förebyggande verksamhet är UngInfo/Luckan, De Ungas Akademi och Förebyggande rusmedelsarbete EHYT rf. Ätstörningscentrum är en privat aktör, som fungerar som en specialiserad ätstörningsklinik i Helsingfors (Ätstörningscentrums hemsida).

5 Kartläggningens resultat

I detta kapitel kommer kartläggningens resultat att presenteras. I modellen nedan illustreras kartläggningens förlopp och hur resultaten vuxit fram under processens gång, konstant i dialog med nyckelaktörer på fältet. Kartläggningen inleddes med informella samtal, fortsatte med individuella intervjuer, varefter mångprofessionella intervjuer förverkligades. Slutligen samlades samtliga aktörer till ett avslutande mångprofessionellt seminarium i november 2014.



Figur 4 Kartläggningens process

Kartläggningens resultat presenteras i tre delar. Inledningsvis ligger fokus på *spektrumet av de ungas problematik*, finns det unga som ”faller mellan stolarna”, hur ser deras problematik ut? Vidare presenteras de *kritiska områden inom stöd och vård* som vuxit fram under kartläggningens gång. Vad finns det för kritiska händelser, områden eller situationer, där unga riskerar att falla utanför stöd- och strukturramar? Slutligen kommer vi in på *de ungas behov* som de professionella lyft fram för att förebygga att unga hamnar utanför servicesystemet. Fokus ligger på unga i åldern 13-17 år, trots att en del uppgifter berör unga upp till 25 år.

Nyckelaktörerna (n=40) utgörs av centrala aktörer inom elev- och studerandevård (åk 7-9 samt andra stadiet, gymnasier, Utbildningsverket & Social- och hälsovårdsverket),

hälsostationsservice på svenska (Social- och hälsovårdsverket), TAK-polikliniken och HUCS Ungdomspsykiatrins svenskspråkiga poliklinik (HNS), Stengårds psykiatriska poliklinik (Social- och hälsovårdsverket), barnskydd, utkomststöd och socialt arbete för personer under 25 år, familjerådgivningen och Ungdomsstationen (Social- och hälsovårdsverket), Sjukhusskolan (EVA-enheten, Utbildningsverket), TE-tjänster, Ungdomsverkstaden Sveps (Starten och uppsökandeverksamhet), Yrkesinstitutet Practicum (studerandevård, Utbildningsverket, Social- och hälsovårdsverket), Folkhälsan, Mottagningen för unga och unga vuxna (fd Tonårspolikliniken) samt Krisjouren för unga.

De professionellas klient- och patientantal varierar. Inom till exempel utkomststöd och socialt arbete för personer under 25 år kunde en socialarbetare ha mellan 1-7 svenskspråkiga klienter, medan de finskspråkiga klienterna rörde sig om 100-170 personer. Det svenska barnskyddet betjänade i sin tur sammanlagt 270 barn och unga år 2013. 14 unga i åldern 18-21 år var barnskyddets eftervårdsklienter. Till TAK-polikliniken remitterades 24 svenskspråkiga unga, varav 19 remitterades av skolläkare. På den svenskspråkiga ungdomspsykiatriska polikliniken för 13-17-åringar vårdades 57 patienter, varav cirka tio var över 18 år fyllda. Ungdomsverkstaden Sveps hade 26 klienter i Startverksamheten, 20 klienter Nonstop och det uppsökande arbetet kom i kontakt med 110 klienter under år 2013, dessa unga fördelades bland flera anställda. Den psykiatriska sjukskötaren som finns till för samtliga fyra gymnasier i Helsingfors samt Arcada och Practicum erbjuder ensam sina tjänster till cirka 5000 studeranden på andra stadiet.

5.1. Spektrumet av utsatta ungas problematik

Kartläggningen har inte gett ett entydigt svar på utsatta ungas problematik, spektrumet är brett och innehåller olika beskrivningar på unga i servicesystemet eller unga som riskerar falla utanför servicestrukturerna. Ungdomarna utgör således ej en enhetlig grupp. Tre grupperingar har dock gjorts utgående från intervjumaterialet; ”*gråzonunga*”, unga med *skolrelaterad problematik* och unga med *neuropsykiatriska svårigheter*. Dessa grupperingar är ej entydiga till sin karaktär och kan delvis beröra varandra. En ung kan passa in i en grupp eller flera på samma gång. Viktigt att poängtera är även att en del av dessa lägen och befinnanden inte är oföränderliga till sin karaktär.

I kapitlet används professionell, informant och nyckelaktör som synonymer.



Figur 5 Spektrumet av de ungas problematik

5.1.1. "Gråzonunga"

Den gruppering av unga som kan tolkas tillhöra en "gråzon" (Hansen m.fl. 2006), kan indelas i två riktningar. Den första handlar om unga som blivit utsatta för psykosociala belastningar, som under en kortare period i livet påverkar den ungas liv. Påverkande faktorer kan handla om till exempel arbetslöshet, föräldrars skilsmässa, sjukdom eller dödsfall i den ungas närmiljö. Under denna period behöver den unga extra hjälp för att hantera situationen.

Enligt informanternas utsagor är den andra gruppen mer svårdefinierad och diffus. En socialarbetare inom tredje sektorn lyfter fram att en grundförutsättning för välmående kan saknas hos unga som blivit utsatta för belastningar under ungdomstiden.

[...] att om det har varit mycket som gjort en skör eller att man inte har kunna växa riktigt stadigt under tonårstiden till exempel, så det behövs så väldigt lite för att det skall börja gunga.

P7

Ytterligare beskrivs stödet hemifrån som ofta bristfälligt för dessa unga. Familjens roll beskrivs av en skolkurator som avgörande för att inledningsvis upptäcka den ungas

problematik, att stöda dem och hjälpa till med att få vård. Familjers eventuella mångfasetterade problematik förvärrar sannolikt situationen, då utmaningarna inte nödvändigtvis enbart berör den unga.

Elever från mångproblemfamiljer, som ofta har en förvrängd uppfattning om sina barn. De (föräldrarna) har sällan heller resurser att ta hand om sina barn. Barnskyddets resurser räcker ej heller till för att ta hand om dessa, barnskyddet tryggar de facto bara basgrejer, ”att barnen hålls i liv”. P5

Stödet hemifrån är viktigt. Ynglingar som lever i jättetråkiga förhållanden, föräldrar som har jättebesvärligt med sig själva. Eller arbetskoncentrerade, stora förväntningar kommer fram här. P20

”Gråzonunga” beskrivs som en grupp som faller mellan primärvården och specialsjukvården. En socialarbetare inom tredje sektorn redogör för problematiken då primärvården förväntas hantera krävande fall, som ej lämpar sig för specialsjukvårdens kriterier.

Nå det är just det här att om det inte finns tillräckligt goda grunder för att få till exempel specialsjukvård och sedan igen det som skolorna dignar under är sedan igen de här, som de märker att är för svåra för dem, men inte tillräckligt svåra för specialsjukvård. Så där egentligen blir det, att vad skall man sedan göra? Med tanke på det att det skall vara på primärvården, som det skall vara så mycket som möjligt, så förvånar det mig att man inte då har flera inom elevvården till exempel, att man har psykolog på lågstadierna och socialarbetare, skolkurator på högstadierna, att varför man inte har liksom på båda, båda. Att det skulle behövas och möjligen också flera än det, om man skall ta hand om så pass svåra saker som de hamnar att göra. P7

Specialsjukvården och diagnostiseringen inom psykiatrin problematiseras främst vad gäller möjligheterna att lämpa sig för den psykiatriska specialsjukvården samt vidare hur olika diagnoser leder till olika typer av vård.

Jag tänker att, jag tror det är ytterst sällan någon tassar in med de här diagnossystemen liksom på riktigt. Att det vet man ju att det är viktigt att på något sätt försöka liksom ställa upp hypoteser om vad det handlar om och jobba på något sätt systematiskt utgående från det, men att det här medicinska systemet med diagnoser är inte det system som passar ungdomar och knappast vuxna heller i de flesta fall. P10

Inom psykiatrin, så tänker jag att där har man ju liksom, det är ju väldigt fast i vilken diagnos du råkar ha igen, har du schizofreni, good for you! Då finns det liksom ergoterapi och då finns det liksom all möjlig verksamhet, men det passar ju inte för sådana som sedan inte kanske har en så allvarlig psykossjukdom. Och sedan igen tänker jag att det här fantastiska om du råkar få en ADHD-diagnos, för då finns det coach. Och jag tänker att det är liksom massor med människor,

som skulle dra nytta av coach, långt utanför en ADHD-diagnos. Just någon som kan liksom följa dem i handen och berätta att så här bygger du upp ditt liv. P10

Uppfattningen bland informanterna är att ju tydligare problematiken är, desto lättare är det att få vård. En skolkurator understryker vikten av motivation från den ungas och familjens sida.

Jag anser att den offentliga psykiatrin fungerar för en smal grupp med stabil motivation och familjens stöd. P5

Flera informanter beskriver de ungas situation som ”luddig”. På grund av svårigheten att fånga problematiken, kan det vara utmanande att hitta ett lämpligt ställe för dessa unga i servicesystemet, vilket leder till att den unga antingen bollas mellan aktörer eller helt faller igenom systemet.

En ung tjej som jag tänker på som jag jobbar med nu, som har blivit bollad nog helt otroligt liksom mellan en massa olika instanser, det är Aurora, det är Stengård, det är liksom, vad skulle det vara till, jo alltså den här vanliga hälsomottaningen och sedan ännu en fjärde, som har bollat henne runt och av och an och då mår hon ju nog riktigt dåligt den här flickan. Att klara av att göra den här biten själv, det är nog svårt och det här har pågått i ett år, den här hennes process. P9

[...] så kommer vi till de här problemen just att vem är ungdom, till vilket system hör den och här har byråkratierna blivit värre, medikaliseringen av diagnoser, det vill säga att hitta ett ställe där en ungdom som i allmänhet bara är lite luddig i kanterna och inte riktigt vet vad den vill, men inte har en diagnos. P4

[...] de där ”luddiga i kanten”, alla de här ungdomarna som vi liksom inte riktigt vet var vi har dem och de vet inte själva var de har sig själv. Och de på något sätt funkar kanske där i skolvardagen med sin egen vardag, men sedan ändå så fungerar det inte liksom och det är uppenbart att de är på fel ställe eller liksom, proven blir underkända och så kanske de byter studieinriktning och det fungerar ändå inte. P17

Det är sociala fobier, det är stor skola, jag vet inte, det är lärarna, det är mobbning, ensamhet, you name it, vi vet vad vi talar om, alla som sitter här. P16

Situationen kan även handla om ett ”naturligt sökande” av sin egen plats, menar en psykolog.

Och det är så hemskt mycket, det är så hemskt mycket som inte är psykiatri, som inte är neuropsykiatri eller neurologi eller något annat, som bara är en massa obestämbarhet, som kanske heter ungdomstid och testosteron och dittan och dattan. P4

Väsentligt för gruppen av unga med en mer långgående svårdefinierad utsatthet, är det individuella stödet, en konkret form av handledning, poängterade professionella inom flertalet sektorer. Utmaningen gällande unga med svårdefinierad eller diffus problematik handlar om att dessa frågor inte åtgärdas med en snabb tidtabell, då korta effektiva åtgärder nödvändigtvis inte är lämpliga för målgruppen i fråga. Här uppstår ett tydligt behov för social rehabilitering under längre tidsperiod.

[...] man mår jättedåligt och det strular med allt, med alla relationer, med sig själv där inuti och där man inte behöver i princip inte psykiatri, man behöver inte den här primärvårdens, liksom från skolans, räcker inte riktigt till, utan man skulle behöva ha någonting som är stabilt där emellan och det kan pågå egentligen under det som jag sade här tidigare, under flera år liksom, så kan man återkomma och återkomma och återkomma, inte en gång och fem gånger och tio gånger, utan man kan återkomma och veta att där finns den där trygga personen, som också bär mig igenom de där övergångsskedena. P7

[...] de är hemskt svåra de här som är luddiga i kanterna, som inte har något specifikt, som man inser att de borde få en stödperson, de borde få någonting och de borde, de räcker kanske inte att man köper en stödperson för åtta gånger, de borde ha en stödperson som kan följa upp dem längre. P4

5.1.2. Skolrelaterad problematik

Den skolrelaterade problematiken lyftes fram på olika sätt; dels beskrev informanterna överpresterande, ambitiösa unga, som delvis kan förbli osynliga i skolan, unga med avsaknad av akademiska färdigheter, motivations- och koncentrationssvårigheter samt de som inte kommer till skolan, vilket leder till temat skolfrånvaro.

Den första gruppen ter sig eventuellt inledningsvis som den minst problematiska, men trots att problemen inte behöver vara synliga utåt, kan de vålla problem för individen. I vissa fall kan problemen även framträda i ett senare skede i livet. En stor andel unga upplever ofta oro och ångestkänslor inför framtiden, beskriver en psykolog.

Ambitiösa, duktiga, allt det här, flitiga. Och de bara inte vet, problemet är att det inte vet vad de skall göra och det andra är att, jag tycker det har ökat alldeles markant under de hundra år jag har jobbat, att ungdomarna tror, att man måste välja rätt med en gång, för gör man ett enda misstag, så är man en looser. Och är man en gång en looser, så är man en looser resten av sitt liv. Och föräldrar kan också ha den här inställningen. P4

Ofta är det nedstämdhet, drar sig tillbaka, orkar inte med, högpresterande som samtidigt, man är rädd för framtiden och ansvar, kraven som kommer och tar liksom allt färdigt på något sätt, så stort. P4

Unga med avsaknad av akademiska färdigheter eller med motivations- och koncentrationssvårigheter upplevs som en grupp som kan hamna utanför. En skolkurator lyfter fram skolans akademiska inriktning som en orsak samt den begränsade mängden hjälpinsatser för denna grupp i Helsingfors, detta främst vid övergång från grundskola till andra stadiet.

[...] alla de här unga som inte har läshuvud, som inte då uppenbarligen skall till gymnasiet och bli jurister som alla andra i släkten eller något sådant där, för så, ja, det finns en yrkesskola, jaha, nå men, dit. Och dit kommer liksom alla, oberoende liksom de som brinner för att bli merkonomer eller de som då tvingas bli kockar. Att där finns liksom ett ganska brett spektrum och de som sedan, att det finns ju inte det där specialalternativet på svenska. P17

Skolfrånvaro skildras som ett svårtacklat problem av flertalet informanter, en allvarlig trend som ökat. Dessa situationer skulle kräva fungerande mångprofessionell samverkan mellan aktörer och i samarbete med familjer, för att garantera den unga ett maximalt stöd, speciellt om det gått så långt att den unga flyttats till sjukhusundervisning. Nedan beskriver en skolkurator, en socialarbetare och en psykiatrisk sjukskötare lägesituationen.

Det är det stora problemet. Jag tycker att det är det här som är den här allvarligaste trenden, just om man talar om trender, att det finns så många elever som bara blir hemma och tidigare tycker jag att det kanske fungerade med det där att man sedan byter till den här EVA-enheten (sjukhusundervisning) och då har de här eleverna fått en ny start och de har börjat gå där, men nu har vi några elever som är flyttade till sjukhusundervisning, men inte går de där heller. Och det är nog ett jätte jättesvårt problem. Och att överhuvudtaget komma dit till sjukhusundervisningen, så måste man ha en vårdrelation, så i alla de här fallen är ungdomspsykiatrin är med, men att deras resurser att hjälpa är så begränsade, att det skulle behövas ett så intensivt arbete med de ungdomarna och också med deras familjer. Och barnskyddet, där är ju det där, att det att man missköter sin skola är inte en orsak att omhänderta ett barn. P5

[...] en jättestor grupp är de här som man inte får med några som helst medel till skolan, att de är klienter i ungdomspsykiatrin också och så flyttas de bara från normalklass till Flexklass och därifrån till EVA-enheten, och inte går det med någon skola i EVA-enheten heller. P13

Det är många ungdomar som också så att säga far hemifrån på morgonen, så att säga till skolan, men inte kommer dit. Sedan finns det ju av de här som kanske kommer dit, men inte presterar så mycket och så finns det de här som bara hänger liksom någonstans då, som kanske också använder droger. P18

I samband med skolfrånvarofrågan poängteras vikten i att ta tag i problematiken i ett tidigt skede. En psykolog är kritisk till att barnskyddsanmälan inte gjorts från skolans sida, trots att det uppkommit en situation där en elev varit frånvarande under så gott som en termin.

[...] att man inte ingriper tillräckligt tidigt i de här skolfrånvarona, det tycker jag nog att definitivt är en risk. Och att det kan faktiskt vara så att en ungdom har varit nästan en hel termin borta från skolan och det har inte ens gjorts barnskyddsanmälan, så det är ganska skrämmande.
P15

5.1.3. Neuropsykiatrisk problematik

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar eller autismspektrumstörningar är samlingsnamn för kvalitativa störningar av det sociala samspelet, kommunikationsmönster och en stereotyp och repetitiv repertoar av intressen och aktiviteter (Hertz 2011, 145).

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar lyfts fram som ett utmanande område i spektrumet av de ungas problembild. Informanterna lyfter fram det begränsade svenskspråkiga utbudet av service inom den offentliga vården i Helsingfors för denna typ av problematik. Problematiken ligger i outredda barn, vars problem dyker upp i ett sent skede, en skolkurator upplever detta i kombination med vårdkedjan som utmanande. Ifall familjens stöd saknas, faller ett stort ansvar på basnivåns professionella.

Klart att idealet är ju att alla sådana här neuropsykiatriska problem skall vara utredda under lågstadietiden eller så tidigt som möjligt, men alltid går det inte på det viset och framför allt just med de här knepiga familjerna, var föräldrarna grälar sinsemellan, var det finns så mycket konflikter kring ett barn, så barnets egen problematik blir undanskymt. Och då kan det sedan komma fram under högstadietiden att det här barnet har också en helt egen problematik, som är oberoende av allt det här andra strulet runt omkring och när man då skall börja reda ut, så är det just hela den här ganska krångliga och många stegs vårdkedjan som finns. P5

Inom ungdomspsykiatri uttrycks ett behov av rehabilitering för svenskspråkiga unga med neuropsykiatrisk problematik.

Det som jag tycker att är kanske en svår, på det sättet är en riskgrupp, är sådana här ungdomar som lider av neuropsykiatriska störningar, svenskspråkiga. Vi har ändå tycker jag en hel del sådana som kommer hit, som har just någon sådan här autismspektrumsdrag eller ADHD, ADD, som på finska så finns det den här rehabiliteringspolikliniken (Nuorisopsykiatrian kuntoutuspoliklinikka, HUUS) som liksom sköter om och rehabiliterar sådana ungdomar, på svenska finns det ingen. P1

En psykolog och en socialarbetare tydliggör vidare oklarheten i vem som erbjuder service för denna målgrupp.

Sen finns ju de här blandfallen, där det finns någon ADHD eller nånting neurologiskt i bakgrunden, som förstås strular till bilden ännu mer. Och där kommer frågan att vart hör dom?
P10

Och sedan fastän de inte är så många så de här ADHD-ungdomarna är ju sådana som någon borde ta koppi på. Med svår ADHD har jag svårt att tänka mig hur man ens klarar av en yrkesutbildning liksom. P13

Vidare fanns en uppfattning om att få hjälp snabbare via en privat aktör.

Bäst funkar det ju om man går privat. Från Contextia till exempel (för att få en coach). P9

5.2. Kritiska områden inom stöd och vård

Att utreda kritiska områden inom stödstrukturerna och vårdkedjan för unga med psykisk ohälsa hörde till kartläggningens centrala målsättningar. I detta kapitel behandlas tre kritiska områden inom stöd och vård, som vuxit fram under kartläggningens gång genom samtal med nyckelaktörer.



Figur 6 Kritiska områden inom stöd och vård

5.2.1. Det splittrade och resursmässigt begränsade servicefältet

Det svenska servicefältet upplevdes splittrat och resursmässigt begränsat, enligt informanterna. Splittringen kan ta sig uttryck genom utmaningar i samverkan, oklarheter i ansvarsfrågor, så kallat Silo-tänkande och inåtvända system. Samverkan försvåras även av administrativa sektorgränser.

En socialarbetare uttryckte en önskan om ett mer delat ansvar mellan de professionella. Vidare lyfter en annan socialarbetare fram behovet av en gemensam webbtjänst med samlad information, en önskan som poängterades av flertalet nyckelaktörer.

Ingen av de här ungdomarna kommer att passa in enbart i skolan, eller enbart barnskyddet eller enbart ungdomspsykiatri eller vad annat det handlar om, utan de kommer alltid att ha bitar av allt det här. Vad kan vi tillsammans göra för att stöda de här unga? P1

Jag skulle vilja få ett mer delat ansvar, för jag tycker att många gånger är problemet att alla liksom vill skjuta de här ungdomarna som är de svåraste till någon annan. Och i stället för att göra det, så liksom dela på det här ansvaret och på riktigt försöka göra samarbete och just det här modigt våga samarbeta över organisationsgränser, det är liksom det som jag eftersträvar. P1

Jag tänker till exempel på en konkret grej att det där, okej, det finns svenskspråkiga aktörer i hemskt många olika tjänster, både stadens egna och privata tjänsteproducenter och så här. Att det skulle kanske kunna utvecklas någon typ av databank liksom där i nätet på sådana här tjänster, där man lätt skulle kunna söka. P2

Jag har en sån här dröm om en webbportal som sku faktiskt skulle vara bra och enkel, det finns ingen sån! P10

Ytterligare förmedlades en önskan om mera nätverksarbete från flera sektorer. I nätverken finns även en önskan om beslutsfattares och ungas deltagande.

Att ha mera nätverk, att alla inte bara skulle sitta vid sina egna små enheter. P13

Och det att det skulle ordnas sådana här, nå den här typen av nätverksträffar, kanske med liksom med beslutsfattare med och kanske liksom, ja olika nivåer, kanske ungdomarna själva, innovativt tänkande, kanske de själva skulle få säga någonting då. P17

[...] vi har massor med kraft, vi har massor med kunskap, det finns av många olika sorter, men vi jobbar skilt. P7

En psykolog önskade information och kontakt till psykoterapeuter riktade till unga på privata marknaden.

En grupp som jag skulle vilja ha mer kontakt med, men de är så svåra att nå, är de här psykoterapeuterna på privata marknaden som jobbar med unga. Ditåt kunde samarbetet fungera mycket bättre. När vi skickar vidare till något namn på någon lista eller kanske någon man personligen känner eller så hittar personen den själv, skulle kännas tryggare om man skulle veta mer om dem. Det är ett jättekrångligt system, som orsakar mycket frustration. P10

Resursfrågan blev synlig i ärenden som berör svenskspråkiga tjänster och hur små dessa uppfattades som. Speciellt läkartjänsterna inom skolans elev- och studerandevård samt inom ungdomspsykiatrin upplevdes som begränsade.

Och också nog om man tänker här inom den här ungdomspsykiatrin, så är det till exempel hemskt svårt till exempel att få läkartjänster på svenska. P1

Våra läkarresurser är ju så otroligt minimala, jag ser i princip inte läkaren. Att tack och lov har jag en jättebra läkare, att samarbetet löper liksom och hon har lång erfarenhet. P18

Men jag måste nog säga det att, att nog är det här också så att de här läkarna sedan kanske säger så där att, efter en stund, att ”nyt mä puhunkin suomea” och sedan förklarar de alla de här sakerna som jag tänker att det där borde man absolut förklara på svenska, för att den här, skall förstå vad det handlar om. Då försöker vi ju nog, jag och mitt arbetspar, som är sedan svenskspråkiga kanske att översätta och sådant här, men att, men jo. P1

Det som är problem i Helsingfors är att det finns för lite personal inom psykiatrin, de har inte tid att träffa sina klienter. P20

Svenskspråkigheten problematiserades även i anställningsärenden. Då den svenskspråkiga servicen är integrerad i den finskspråkiga servicen är det viktigt att antalet professionella som arbetar med de svenskspråkiga unga inte blir för begränsat.

Men den är nog liksom inte alls oproblematiserad den här svenska vården här och det där, det måste jag nog också säga som socialarbetare själv, jag har blivit anställd till det här teamet som socialarbetare och sedan kan jag svenska, så har jag då liksom blivit i princip tillsatt till ett sådant här svenskt team, som först inte hade, eller inte är vi ens något team, vi hade inte någon svensk sjukskötare, så egentligen gjorde jag då alla svenskspråkiga undersökningar själv och med hjälp av en läkare, som sedan satt där i bakgrunden. Och sedan har vi fått en svensk sjukskötare med jättemycket påtryckning från oss två socialarbetare, som har jobbat här på svenska, i och med att vi har skött hela huvudstadsregionens alla undersökningar och ännu också så skulle jag nog, liksom är vi av den åsikten här att det skulle behövas egentligen en sjukskötare till, som skulle arbeta på svenska här. För att till exempel jag som socialarbetare har hemskt svårt att ge mina socialarbetare liksom, sådana här, arbeta som socialarbetare för resten av det här teamet, som jag också egentligen hör till. För att jag är mest bara svenskspråkig här på den här arbetsplatsen. P1

Informanterna har lyft fram elev- och studerandevårdens knappa resurser och att det saknas mätinstrument för det förebyggande arbetet på primärnivån. Pressen på basnivån upplevs hård, samtidigt som utbudet upplevs mer begränsat jämfört till finska sidan.

Nu är det ju liksom vi som är på den här basnivån som sedan blir och försöker hitta då en massa lösningar liksom och det är ju mycket beroende på vem vi känner till och sedan är det ju tyvärr också det här att på svenskt håll finns det ju inte ändå samma utbud som det finns på finskt håll. P18

I detta fall handlade jämförelsen till finska sidan om ett projekt inom Helsingfors stad där fyra finskspråkiga psykiatriska sjukskötare arbetade inom andra stadiet med målsättning att förebygga att unga hoppar av studierna (Kolehmainen m.fl. 2012). Verksamheten förverkligades ej på svenska.

[...] jag tänker på det här Tsemppari-projektet, det var ju liksom på finska då och det blåstes upp otroligt mycket liksom så här och ungefär allt skulle gå den vägen, kändes det som i något skede. Så det där, det kändes liksom att de lösningar som mina finska kolleger kanske kunde ha, så kunde jag inte ha många gånger. P18

Förutom ett splittrat servicefält och begränsade resurser, lyftes även orsaker till hinder för samverkan upp. Hinder för samverkan visade sig delvis ha en koppling till felaktiga förväntningar på varandra. Realistiska förväntningar torde baseras på kunskap om dem man skall samverka med och under vilka villkor de fungerar. Förväntningarna kan dels handla om professionella har förväntningar på varandra, dels hur servicebrukare har förväntningar på den service eller vård man är i behov av. En socialarbetare beskriver hur samverkan kan försvåras av höga förväntningar på varandra och då en klient eller patient har flera simultana kontakter på gång. Detta kan även leda till att fokus flyttas delvis bort från själva vården.

När du frågade om det finns några andra orsaker eller faktorer som kan försvåra, så tänker jag ibland att det förstås också kan vara så att det finns, vi samarbetar ju mycket med andra instanser och myndigheter, att andra kanske har väldigt höga förväntningar eller felaktiga förväntningar och när patienterna har flera simultana kontakter, så kan det förstås hända att det blir fnurr på tråden i något skede. P11

Väldigt mycket tid går åt till liksom att, förstås måste man ju alltid vara inställd på det sättet, att och ge den där tiden att etablera samarbetet, men att jag upplever att ganska mycket tid går åt till att diskutera helt andra saker än den där egentliga vården. P11

En läkare inom psykiatrin och en socialarbetare poängterar vikten av mångprofessionellt arbete och att psykiatrin inte ensam kan lösa en ungs situation.

Se on aika tärkeätä, että ihmisen hoitaminen on kaikkea muuta kuin psykiatria, että se on sen koulunkäynnin tukemista, lastensuojelua, hyvää perhe-elämää, hyvää sosiaalipolitiikkaa yleensä, senhän me nähdään täällä. Ja psykiatriset mahdollisuudet on ylipäättänsä niin kuin yli-idealisoituja ja miten me voidaan vaikuttaa silloin kun on hyvin rikkiäiset perheet ja joku tila on jatkunut pitkään. P12

[...] vi har lätt för att tänka att när man får en diagnos och kommer in i en sådan där psykiatrisk vård, vårdrör, så det där då liksom om de här barnen har egentligen bara problem med det här konkreta, dagarna och hur de klarar de sig med det, så hjälper inte alltid psykiatrin, man skall vara försiktig med det och det kanske syns i vårt jobb ganska mycket. P2

5.2.2. Servicens likformighet och bristfälliga tillgänglighet

Servicens, hjälpens och vårdens tillgänglighet och form är ett område som lyfts fram av informanterna. Servicens tillgänglighet blir kritisk om det blir svårt för unga att nå den. Resultaten visar att olika aktörer har olika öppenhet för målgruppen, till en del ställen är det möjligt att gå utan tidsbokning, medan andra kräver överenskommelser och eventuellt remittering. Tredje sektorns tjänster upplevdes mer lättillgängliga. En sakkunnig inom arbets- och näringstjänsterna upplevde en del service mer uteslutande, speciellt i fall då den ungs situation inte är tydlig.

”Det känns ganska ofta att mången service är mer uteslutande, att man funderar på kriterier, att vem som hör hit och vem som hör dit och sedan om du är en ungdom som har lite av allting, så vart hör du då och vart får du komma in?” P19

En psykolog beskriver nedan det relativt breda utbudet, men problematiken med tillgängligheten.

Jag tycker egentligen att det finns ganska mycket för unga, men jag tror det är en fråga att hitta dit och hitta rätt. P10

[...] vi är ju ganska svåråneliga, man måste förstå att man skall till hälsocentral och sen skall man ha en remiss till oss, jag undrar, på nåt sätt när man talar med läkare, så de tar det för givet att man skall gå via en hälsocentral, men jag tänker själv att jag som ung kanske inte skulle begripa det. Ofta tänker unga att jag vill någonstans och prata och kan kanske inte riktigt själv heller bedöma hur gravt deras problem är. P10

Vidare beskrivs utmaningen med remissförfarandet till specialistsjukvård.

Man måste liksom hoppa flera steg före man kommer till oss. Jag menar, söker man sig till Krisjouren, så är det att ringa dit och så får man en tid dit och så går man dit och pratar med samma människa som man pratar med sedan. P10

Till oss är det ju så krångligt att komma, så det är ju kanske många som faller bort i den processen, när de först skall få en läkarremiss och sen skall de vänta på tid här och sen kommer de äntligen hit och då har de redan talat med flera andra människor om sina grejer, så det kan nog vara frustrerande. Vi finns ju här, men vi är ju så jättesvåra att nå, just i och med det här remissförfarandet och det att det inte är låg tröskel. P10

Behovet av information gällande tillgänglig service upplevdes akut, speciellt viktigt vore virtuell information som uppdateras kontinuerligt. En psykiater poängterade att de svenska tjänsterna ej heller kan vara översättningar av finsk motsvarig verksamhet.

Det skulle behövas hemsidor med info som uppdateras. De som söker psykoterapi och söker terapeuter, koordinerad info om var hittar, info om grupper, kamratstöd.. P3

De svenska tjänsterna kan inte bara vara en översättning. P3

Inom psykiatrin upplevs att alternativa tjänster skulle vara till nytta för de unga patienterna, polikliniktjänsterna anses vara stela och oflexibla. Det finns även en önskan om att kunna jobba utanför kontorsutrymmen, närmare de ungas naturliga miljöer (exempel Hyks-Varhain).

Ja, en sak som jag tycker att fattas är just den här, ett sådant här arbete som skulle ske mera liksom hemåt och borta från sådana här kontor som vi alla sitter på. Att någon slags arbetsgrupp eller instans eller vad man skall kalla det till, som skulle kunna ha möjlighet att inte vara så fast i sina kontor och byråer, utan kunna gå och arbeta intensivt med några sådana här ungdomar som, gå hem och ha möjlighet att då sitta till exempel där bredvid sängen tills den där ungdomen liksom går med på att dra täcket ner över huvudet ens och se på den här människan liksom att, inte vet jag vad det hjälper att man, att man då sitter och väntar att de här ungdomarna skall komma till någon mottagning. P1

En annan sak, förresten, nu kom jag på, som saknas helt och hållet på svenska, som jag tycker att är jättedumt, är det här som förut hette ”Jeri”, som liksom gör sådana här tidiga interventioner med ungdomar, som börjar vara lite utslagna i skolan och börjar visa någon slags psykiska symtom och sånt, så det där, det finns inte alls på svenska, man har ju grundat en sådan här nu inom HUCS ungdomspsykiatri, som heter ”HYKS Varhain” och de arbetar på finska och det finns ingen svenskspråkig där heller och de här svenska skolorna har också lyft fram det, att den servicen liksom saknas helt. P1

Vad gäller vårdens eller hjälpens form, visar resultaten att sättet att jobba med unga med psykisk ohälsa är väldigt likformigt. Inom psykiatrin och inom andra tjänster som bemöter unga, bygger stödet och hjälpen ofta på samtal, att du som ung skall kunna diskutera om din situation. En psykolog för fram att detta sätt att bemöta unga, inte eventuellt tar i beaktande den grupp av individer, som inte är verbala till sin karaktär.

Och det andra som jag håller på, eller en del ungdomar blir tassiga med också, är att psykiatrin liksom jag och alla andra instanser, är tanter som talar, det kan vara förbröder som gör det också, men vad gör du med den där som inte är verbal? P4

En öppenvård som skulle stöda den unga bättre, än att gå träffa någon en gång i veckan. P20

Flera informanter lyfte i samband med detta fram speciellt unga pojkars och mäns svårighet att uttrycka sig verbalt om sina svårigheter.

Och sedan kanske det där att det skulle kunna finnas andra serviceformer än att sitta och diskutera, speciellt unga killar eller män kanske har svårt att gå och tala med en tant som sitter mitt emot, mera andra former. P9

Om vi tänker de allra svåraste så där riktigt utmanande, så det är de här som inte säger något överhuvudtaget, alltså fullständigt ingenting. Vad jag har träffat på, så har det varit pojkar, som har råkat ut för något som varit väldigt svårt, mobbning ofta, någonting som har varit jättejobbigt och det där som möjligen kan prata och man kan få en riktigt kiva kontakt, bara man pratar riktigt neutrala saker. Så fort som man börjar närma sig det där svåra, så får man inga svar mer, utan det blir liksom fullständigt tyst. Att då är jag jättenöjd om jag lyckas få till stånd nickningar och huvudskakningar. P7

Jag upplever nog också att det är sällan som pojkar som kommer frivilligt och själva tar kontakt. Visst kan de sedan tycka att det är helt okej, bara man får dem hit och så att man kan sitta på tumis med dem. P5

En socialterapeut framhåller vikten av en holistisk syn på den unga, att inte bara vårda en del av individen, utan ta helheten i beaktande.

Vi försöker ha ett helhetstänkande, då den unga kommer hit, tänker inte bara att den unga har problem med bara missbruk, utan vi försöker tänka på hela situationen. P20

Avslutningsvis finns ett uttryckt behov att på basnivån, specifikt i skolan, ha vuxna som kan skapa tillitsfulla relationer till de unga. Flera skolkuratorer menade att dessa personer inte nödvändigtvis behöver tillhöra elevvårdsteamet, utan till exempel fungera som ungdomsledare. Detta är speciellt viktigt för unga med bristande kontakt till sina föräldrar eller vårdnadshavare.

För de här ungdomarna är det jätteviktigt att ha kontakter till vuxna som upplevs som pålitliga, alla har inte så hemskt bra kontakter, de har kanske inte så bra kontakter med sina egna föräldrar på grund av det kan finnas konflikter mellan föräldrarna. Det är viktigt att det finns människor att prata med i skolan. Det är nog ganska långt att back to basics, hemskt märkvärdiga saker behöver det inte vara. P5

Och att se till att det på skolan finns åtminstone liksom en person som har en bra personlig kontakt, det hänger hemskt hemskt mycket på de här personliga kontakterna. Att sedan när man talar med elever som har gått ut sin skola, så kan de ofta precis säga vilka personer det är som har gjort att de lyckades. Det måste finnas olika människor, det kan vara just en assistent. Kuratorn kan inte jobba med alla, men i många skolor så har kuratorn kontakt med jätte jättemånga. P5

Jag ser de här när det har brustit liksom på många ställen i vuxenvärlden, i föräldraskapet, i skolvärlden, hos oss yrkesmänniskor. P18

5.2.3. Den psykiatriska vårdkedjans många faser

Enligt informanterna var vårdkedjans många faser och längd ett kritiskt område. Detta motiverades med att det i praktiken innebär att en ung som mår psykiskt illa behöver ty sig an till ett flertal professionella, vilket kan vara utmanande med tanke på den ifrågavarande livssituationen och kapaciteten att genomgå denna process med flera steg och utredningar.

Och det här är det som hela stan gråter över, att det skall göras så många steg. Att tidigare var det ju ungdomspsykiatri, att man kom dit direkt, men att de ansåg att det kom så många onödiga remisser, att det vill säga att bedömningen som hade gjorts då av till exempel skolläkaren var liksom alldeles för svag för deras kriterier igen är så väldigt höga. Att just den här där emellan, det är ju, att också från TAK-polikliniken så snurras de tillbaka, hur mycket det gör, det vet jag inte. Men jag vet att det far tillbaka till primär. Som anses då att de inte, de har sin sex veckors utredning och that's it och sedan liksom endera vidare eller sedan.. P7

Där tänkte jag lite på det där du sade om att vissa saker lönar sig att utreda, att jag tycker också samtidigt att det är många många instanser som utreder och betydligt färre som sedan liksom sköter den här vården. Om man tänker på ungdomskedjan, att först skall de till någon, först skall de till, de kanske kommer till skolpsykologen eller kuratorn, som sedan skickar till läkaren, för att de skall få en remiss till en TAK-poliklinik, där de sedan utreds och sedan kommer de till ungdoms, till er (hänvisar till ungdomspsykiatri, HUCS) och sedan rekommenderar ni en terapeut, alltså fem sex steg, räknar jag upp här. P10

Och om vi funderar främst på barn- och ungdomspsykiatrisk hjälp, så då är ju nog första steget att kontakta föräldrarna, för att ungdomspsykiatri tar inte ens emot ungdomar som inte

kommer åtminstone på ett eller flera besök med föräldrarna. Föräldrarna måste vara med och sedan måste det gå via skolhälsovården. Då kontaktar jag skolhälsovårdaren, som sitter här i rummet bredvid och hon sköter skolläkarens bokningar. Men det här med att få en tid till skolläkaren, det är ju inte alltid så lätt. Det fattas skolläkare. Men skolläkaren skriver ju inte heller en remiss bara på basen av det utlåtande som jag skriver, utan också deras regler har blivit striktare, att skolläkaren skall träffa eleven två gånger och helst ena gången med föräldrar. Och det här gör ju nog att hela den här processen med att komma vidare så den blir väldigt utdragen. Läkaren kan vara på plats 1-2 gånger i månaden. P5

De professionella har problematiserat en långvarig väntan på adekvata insatser och menar att detta kan förvärra situationen eller leda till att den unga själv hoppar av processen. Informanter speciellt inom det sociala området upplevde att vårdkedjan blivit mer medicinsk och läkarstyrd. Undersökningsperioderna är långa och fokus ligger på diagnostisering inom psykiatrin. Specialsjukvårdens kriterier innebär även att det endast är de mest krävande fallen som vårdas inom psykiatrin.

Och just också att man får vänta ganska lång tid. Att om man bestämt sig för att nu skall jag söka hjälp, så då går man den kommunala vägen eller via skolläkaren och då måste man kanske vänta en månad på en tid dit, sen skickar läkaren iväg remissen och den behandlas här och det tar nån vecka, några veckor och sen får de en tid hit en månad senare. Så jag menar, väntan kan också vara frustrerande. P10

En krisarbetare beskriver ingående nedan hur det kan se ut då en ung är i behov av hjälp och vård.

Nå jag tänker så här, att en ung flicka eller pojke som går i skola ännu, så kanske berättar något åt sin kompis, som berättar något åt sin lärare, som talar med de här unga, som berättar på nytt och så blir hon eller han hänvisad till kuratorn eller hälsovårdaren, som sedan tar henne eller honom på samtal och så berättar hon eller han det en tredje gång och efter det så blir hon eller han hänvisad vid behov till kanske då polikliniken om det finns något grövre eller sedan kanske till oss, om det inte finns något, skall vi säga, någon misstanke om grav depressionen eller psykotiskt eller något sådant som skulle kräva undersökning. Men sedan om det blir polikliniken, så hamnar hon eller han berätta allt på nytt och bli undersökt på TAK-polikliniken och sedan efter det är det igen följande skede, för att då kommer också föräldrarna med och sedan tas allting upp igen och sedan följande skede är sedan på den här vårdpolikliniken eventuellt eller sedan i värsta fall sedan på avdelning. Men att det är nog så många skeden som en ung människa hamnar att öppna någonting som kanske känns jättejobbigt, tycker jag. P8

Med detta i åtanke, blir övergångarna mellan olika instanser viktiga och att de professionella känner till varandra och varandras verksamhet, samt har överföringsmöten i samband med den ungas övergång från ett ställe till ett annat.

Alla överföringar är kritiska punkter, från skolan hit eller från t.ex. Krisjouren hit. P10

Överföringarna förverkligas på olika sätt utgående från instansen i fråga.

Vi erbjuder alltid härifrån att gå med på det första besöket där på vårdpolikliniken eller på familjerådgivningen eller liksom, oftast kanske om de far tillbaka till skolan till skolhälsovården, så då har de haft kontakt dit tidigare oftast, så då kanske vi bara ringer och talar med den här personen som de brukar träffa i skolan att vi har tänkt så här och har du möjlighet att ännu fortsätta och så där. Men annars jo, så erbjuder vi att fara med och då, på det här första besöket och oftast vill ungdomarna och deras familjer att vi kommer med. P1

Överföringen mellan ungdoms- och vuxenpsykiatrien beskrevs som utmanande för patienterna, på grund av utbyte av personal, nya rutiner och mera ansvar.

Jo, det har jag märkt, för jag har haft av de här som överförs till vuxensidan, som är alldeles ifrån sig. De har god kontakt med ungdomssidan och äntligen började det leda någon vart och sedan är de alldeles panikslagna och ifrån sig och det är frågan om att tänker de fortsätta. P4

[...] det är också en skillnad tänker jag från ungdomssidan till vuxensidan, att vi håller inte lika mycket efter dem, så om de uteblir, är det kanske ingen här som ringer tio gånger och kollar vad det är som har hänt. Jag gör det ibland, för att jag jobbat på ungdomssidan, men att vår policy, nämen här är man vuxen och här tar man ansvar för sig själv, att om man inte kommer, ringer man själv och bokar en ny tid. Så där kan det bli att de faller bort. P10

5.3. De professionellas syn på utsatta ungas behov

I figuren nedan presenteras behov gällande unga som riskerar falla utanför stöd- och strukturramar, ur de professionellas synvinkel. Behoven handlar dels om förebyggande insatser i skolan, utveckling av befintlig verksamhet, till exempel verkstadsverksamhet samt utvecklandet av integrerade interventioner eller insatser i de ungas egen naturliga miljö.



Figur7 De professionellas syn på utsatta ungas behov

Sammanfattning av behov:

- Lättillgänglig, samlad holistisk service mellan primär- och specialsjukvård
- Konkret handledning för längre tid
- Integrerade interventioner i den egna miljön (modell: Hyks-Varhain)
- Trygga vuxna integrerade i skolmiljön
- Universell förebyggande kunskapsspridning i skolan

6 Utvecklingsrekommendationer

Utvecklingsrekommendationerna baserar sig på nyckelaktörernas förslag av åtgärder som kunde förebygga att unga faller utanför servicesystemet.

Utvecklingsrekommendationerna är delvis konkreta åtgärder för att förbättra kommunikationen och informationsspridningen aktörer emellan, i första hand för att utveckla samverkan. Till dessa rekommendationer hör att *samla det svenskspråkiga serviceutbudet i Helsingfors till en webbtjänst*, för att förbättra aktörers kännedom om varandra och skapa kontakt. Till samma kategori hör *införandet av strukturerade regelbundna dialogiska möten och seminarier*.



Figur 8 De professionellas utvecklingsrekommendationer

Till rekommendationerna hör vidare *utveckling av befintlig verksamhet*, inte nödvändigtvis skapandet av nya verksamhetsformer. Det finns en hel del verksamhet, som kunde vidareutvecklas och få en mångsidigare karaktär. Detta kräver visserligen omstrukturering av resurser eller tilläggsresursering. Den befintliga verksamheten kan även utvecklas med hjälp av *brukarmedverkan*. Hur upplever klienterna servicen och vilka är deras behov?

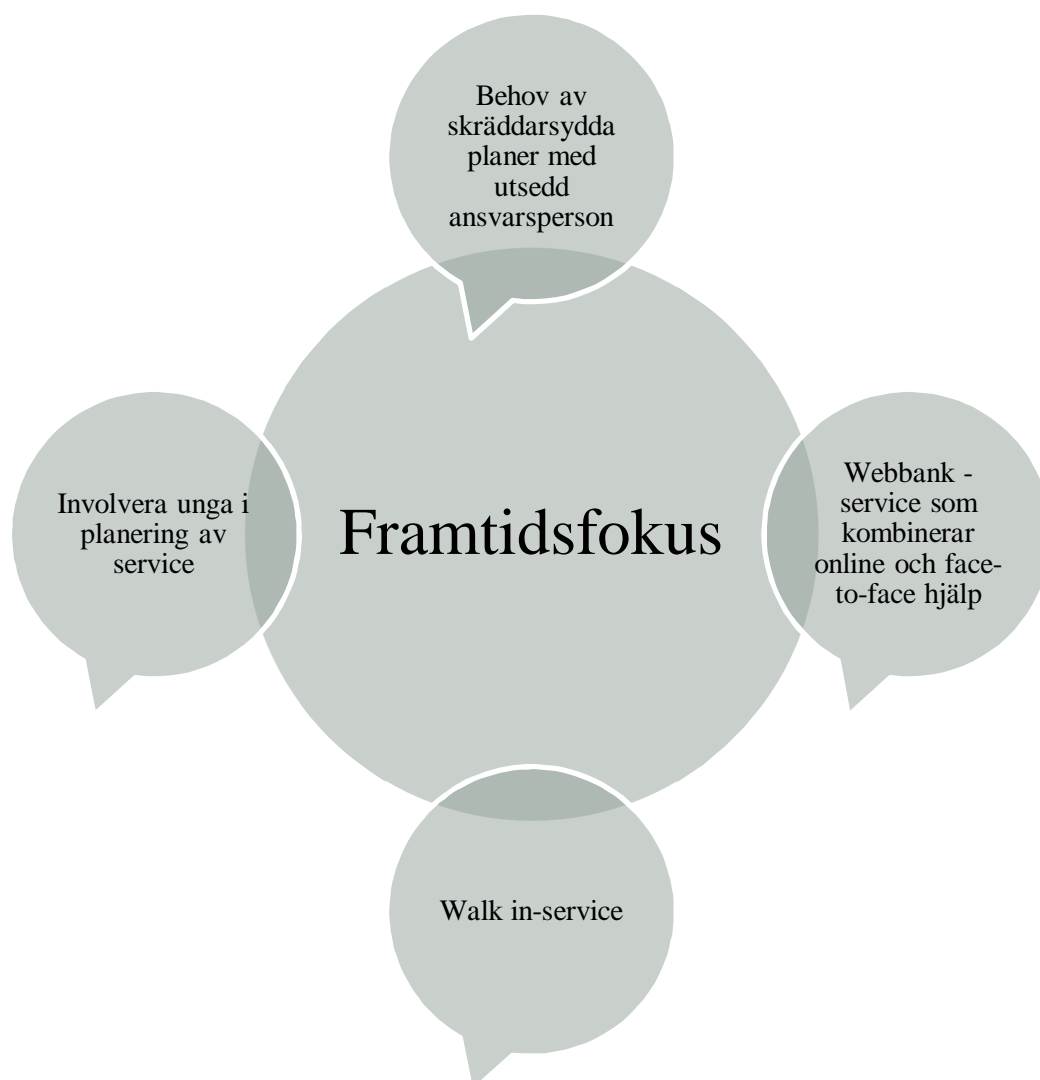
Ytterligare finns behov för att *säkra den svenskspråkiga personalens ställning* inom olika enheter. Då den svenskspråkiga servicen är integrerad i den finskspråkiga servicen är det viktigt att även förmanen är väl insatt i det svenskspråkiga serviceutbudet och i den svenskspråkiga befolkningens behov av service. Tillgången till svenskspråkig service är sårbar om enheterna är för små och antalet professionella som arbetar med de svenskspråkiga unga är litet. Enheterna måste vara tillräckligt stora för att kunna garantera servicen och ha tillräcklig kunskap om området.

Sammanfattning av utvecklingsrekommendationer:

- Det svenskspråkiga serviceutbudet samlat i en webbtjänst
- Strukturerande regelbundna dialogiska möten och seminarier
- Utveckling av befintlig verksamhet
- Säkrandet av svenskspråkig personal inom olika enheter
- Brukarperspektiv: klienternas syn på servicen, vilka är klienternas behov?
- Beslutsfattaress (förmän, politiker) stöd för svenska frågor

7 Nästa steg

På basen av det mångprofessionella seminarium som utgjorde en central del av kartläggningsarbetet, sammanfattades seminariedeltagarnas syn på framtida fokusområden. Dessa fokusområden utgörs av följande fyra behov och önskemål: ett önskemål om att involvera unga i planering av service, ett *brukarperspektiv*, ett behov av *skräddarsydda planer med utsedd ansvarsperson*, detta berör diskussionen om ett splittrat vårdansvar och motverkandet av att tappa unga i till exempel övergångssituationer. Ytterligare finns önskan om en service som skulle *kombinera nuvarande fysiska stöd- och hjälpformer med online-verksamhet* samt ett behov av så kallad *Walk in-service*, dit unga kan vända sig utan remiss. Fokusområden sammanfattas i bilden nedan.



Figur 9 Sammanfattning av seminarium, interaktiv del

7.1. Forskarsocialarbetarnas fokusområden 2015

Fokus för år 2015 kommer att ligga på brukarmedverkan samt analys av kritiska faktorer genom mångprofessionella nätverk. Vidare förverkligas en pilotering med brukarperspektivet som utgångspunkt.

7.2. Brukarmedverkan i kunskapsutveckling

Ett ökat intresse för brukarmedverkan inom den offentliga sektorn härstammar från motiv och perspektiv från flera olika håll. De tydligaste motiveringarna handlar om effektivitet och ambitioner att skapa en ökad demokrati. Effektiviteten upplevs kunna ökas genom brukarmedverkan och ta sig uttryck genom ökad kvalitet och bättre förverkligande av service, medan demokratin handlar om ökad rätt och mandat av medborgarna (Hultqvist & Salonen 2014, 117).

Vem är då brukare? Med brukare avser man en person som använder en tjänst, som oftast inte har möjlighet till utträde (exit), men som kan ha möjlighet att påverka tjänstens utformning och kvalitet (Möller 1996).

Då man ser på forskning gällande medborgares perspektiv på välfärdssystem, kan dessa delas in i två synsätt, varav det första är *indirekt* eller *passivt* och det andra synsättet *direkt* eller *aktivt*. Det indirekta eller passiva synsättet berör till vilken utsträckning statliga myndigheter och serviceproducenter är medvetna om hur deras operativa verksamhet uppfattas av servicebrukarna. Det direkta eller aktiva perspektivet handlar om till vilken grad brukaren som klient, patient eller motsvarande, kan ha en mer direkt eller aktiv effekt på den operativa verksamheten. (Hultqvist & Salonen 2014, 115-116).

Enligt Beresford (2002) kan brukarmedverkan undersökas från två perspektiv, i termer gällande demokrati eller förbrukning. Den demokratiska modellen fokuserar på frigörelse och empowerment, medan förbrukning berör ett mer instrumentellt tillvägagångssätt och har ett marknadsbaserat syfte.

Uggerhøj (2014, 201) ser mötet mellan offentlig service och servicebrukare som antingen stödjande eller som motarbetande vad gäller demokratiska processer, speciellt när det kommer till utsatta grupper. Utgående från socialt arbete, menar Uggerhøj att en socialarbetare inte endast fungera i en hjälparroll, utan som en representant för kraftfulla

organisationer och där av en möjliggörare för utsatta grupper att bli mer engagerade i sitt eget liv eller samhället som helhet – en dörröppnare för delaktighet och demokrati.

Att skapa tillitsfulla relationer och involverandet av servicebrukare hör till de främsta målsättningarna inom socialt arbete. Detta är orsaken till varför servicebrukares delaktighet har varit högst prioriterat på den politiska så väl som den professionella agendan i nordiska länder de senaste tjugo åren. Dock visar forskning att så ej behöver vara fallet, undersökningar i Danmark tyder på att brukarmedverkan sällan äger rum i vardagligt socialt arbete. Ytterligare visar forskning att servicebrukare ej upplever relationerna till socialarbetare som tillitsfulla och respektfulla, dessvärre upplever de sig mer beroende av systemet. (ibid, 202).

Uggerhøjs (1995) tidigare forskning gällande goda relationer mellan socialarbetare och servicebrukare visar att servicebrukare önskar tre saker i en klientrelation; engagemang (*engagement*), mänsklig anständighet (*human decency*) samt uppriktighet (*sincerity*). Att vara delaktig som klient innebär vidare att servicebrukare fungerar som experter i sitt eget liv, att planer och målsättningar görs upp i samarbete, att man som klient får ta del av dokumentering, att klienten får ta del av skriftliga beslut och övrigt skriftligt material och att servicebrukarna får bestämma var mötena äger rum.

8 Sammandrag

Att forska i temat ungdomar är aktuellt, området är brett och man kan närma sig tematiken från flera olika aspekter. Att praktikforskningen vid Mathilda Wrede-institutet under 2014-2015 fokuserar på utsatta unga i kombination med interprofessionalitet och samverkan professionella emellan, baserar sig dels på institutets strategi för åren 2014-2017, men även på ett behov från praktiken. Utmaningen blir att samla ett mångprofessionellt praxisnätverk kring svenskspråkiga unga i Helsingfors, som sträcker sig över sektorgränser.

Forskningsuppdraget är uppdelat i två delar. Den första delen baserar sig på ett kvalitativt intervjumaterial (n=40) som samlats in i Helsingfors i april-september 2014. Fokus låg på de professionellas syn på unga i servicesystemet. Samtliga intervjuade representerar ett brett spektrum av välfärdstjänster inom social- och hälsovård, skolan, arbetsförmedling samt tredje sektorn. Resultaten visar att de främsta utmaningarna berör fungerande samverkan aktörer emellan samt om att fånga upp mellangruppen ungdomar som mår dåligt och inte får tillräckligt med hjälp, de unga som faller emellan primärnivån och den psykiatriska specialsjukvården. De professionella lyfte fram unga i en gråzon, vars problematik är svår att ringa in, samtidigt som gruppen ej heller passar in i det rådande servicesystemet. Speciellt unga pojkars utmaning att tala om sina svårigheter lyftes fram. De professionella uttryckte vidare ett behov av långvariga stödpersoner för utsatta unga.

Kritiska områden i kartläggningen berörde bland annat den svenskspråkiga servicens splittrade och resursmässigt begränsade karaktär, servicens skiftande tillgänglighet och form samt den psykiatriska vårdkedjans många faser. Skolfrånvaro skildrades som ett svårtacklat problem, en allvarlig trend som kräver uppmärksamhet. Kartläggningen visade att det är ett relativt begränsat antal svenskspråkiga helsingforsunga som är i behov av vård på specialistnivå, samtidigt som en stor press läggs på bashälsovården och det arbetet som förverkligas av skolornas elevvårdsgrupper. Hur stor andel unga som använder finskspråkig service kräver ytterligare utredning.

Frågan som kvarstår är – hur ser de unga själv på sina behov vad beträffar service som stöder den psykiska hälsan? Hur ser servicesystemet ut ur ett brukarperspektiv och hur kunde det utvecklas? Dessa frågor står i fokus under forskningsåret 2015 inom Mathilda Wrede-institutet och utgör den andra delen av forskningsuppdraget. Forskningsuppdraget fortgår under året 2015 och sammanfattas till en slutrapport till januari 2016.

Fotnoter

¹ 'P' betecknar informant/nyckelaktör.

Referenser

- Aaltonen, Sanna, Berg, Päivi & Ikäheimo, Salla (2015) Nuoret luukulla. Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 160. Helsinki.
- Barnombudsmannens årsbok 2014. Ojämlig barndom. Barns välbefinnande i ljuset av nationella indikatorer. Publikationer från barnombudsmannens byrå 2014:3.
- Beresford, Peter (2002) User involvement in research and evaluation: liberation or regulation. *Social Policy and Society*, 1(2), 95-105.
- Danermark, Berth & Kullberg, Christian (1999) Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform. Lund: Studentlitteratur.
- Hansen, Finn Kenneth, Malmgren, Marianne & Højland, Marianne (2006) Indsatsen for udsatte børn og unge – en analyse af tilbud, foranstaltninger og initiativer i tilknytning til Børne- og Ungdomsforvaltningen i Københavns Kommune. Center for Alternativ Samfundsanalyse.
- Heiskanen, Tarja, Salonen, Kristina, Kitchener, Betty & Jorm, Anthony (2008) Mentalvårdstjänster i Finland. Ingår i Handbok i psykiska första hjälpen. Föreningen för Mental Hälsa i Finland.
- Helsingin kaupunki, Sosiaali- ja terveystieteiden keskus (2013) Selvitys sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen ruotsinkielisistä palveluista. www.hel.fi/sote
- Helsingin kaupunki, Tietokeskus (2012) Helsingin ja Helsingin seudun väestöennuste 2013-2050. Ennuste alueittain 2013-2022. Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Hertz, Søren (2011) Barn- och ungdomspsykiatri – nya perspektiv och oanade möjligheter. Lund: Studentlitteratur.
- HNS (2014) HUCS Ungdomspsykiatri.
<http://www.hus.fi/sv/sjukvard/sjukvardstjanster/ungdomspsykiatri/Sidor/default.aspx>

- HUCS Psykiatri (2012) Remittering till den ungdomspsykiatriska specialistvården. Klinikgruppen ungdomspsykiatri. Öppenvårdskliniken. Remisskriterier. Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt.
- Hultqvist, Sara & Salonen, Tapio (2014) Service User Involvement in the Swedish Welfare Services: In Theory and in Practice. Ingår i Matthies, Aila-Leena & Uggerhøj, Lars (2014) Participation, Marginalization and Welfare Services. Concepts, Politics and Practices Across European Countries. Surrey: Ashgate.
- HYKS Nuorisopsykiatria (2014) Helsinkiläisnuorten psykiatriset palvelut 2013. HYKS Psykiatrian tulositysikkö Nuorisopsykiatrian klinikkaryhmä.
- Hyvinvoinnin palveluopas (2014) HYKS-Varhain (nuorisopsykiatria).
<http://hyvinvoinninpalveluopas.fi/index.php/hakemisto/item/hyks-varhain-nuorisopsykiatria>
- Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010. Finlands författningssamling: www.finlex.fi
- Institutet för hälsa och välfärd. ICD-10. Klassifikation av sjukdomar. Tredje förnyade upplaga av finländsk version av Världshälsoorganisationens (WHO) klassifikation ICD-10. 5/2011.
- Jakobsson, Inga-Lill & Lundgren, Marianne (2013) Samverkan kring barn och unga i behov av särskilt stöd. Viktigare än diagnos. Stockholm: Natur & Kultur.
- Josefsson, Berith (2004) Bilaga till Strategi för samverkan i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Julkunen, Ilse (2014) Mathilda Wrede-institutets strategi 2014-2017. FSKC Arbetspapper 1/2014.
- Julkunen, Ilse (2014) Praktikforskning i ett relationsperspektiv. Ingår i Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti vol.22 (1) 2014, 77-83.
- Keskinen, Lotta (2015) Projektet KOMET – Kompetens och mentorskap för unga. En kartläggning av svenskspråkiga stödtjänster för unga i huvudstadsregionen. Föreningen Luckan.

- Kolehmainen, Marjukka, Hellsten, Marianne, Louhio, Katja & Simoila, Riitta (2012)
Terve Helsinki –hanke, Tsemppari-hanke. Väliraportti aikaväliltä 2008-2011.
Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja 2012:5.
- Kuusi, Osmo (2002) Delfoi-menetelmä. Ingår i Kamppinen, Matti & Kuusi, Osmo,
Söderlund, Sari (toim.) Tulevaisuudentutkimus: perusteet ja sovellukset.
Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki.
- Lag om elev- och studerandevård 1287/2013.
<https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2013/20131287?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=elev-%20och%20studerandev%C3%A5rd>
- Laukkanen, Eila & Marttunen, Mauri & Miettinen, Seija & Pietikäinen, Matti (2006)
Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim.
- Laukkanen, Eila, Kemppe, Teija, Kylmä, Jari, Airaksinen, Arja, Henttonen, Antti
& Haatainen, Kaisa (2009) SIHTI-interventio. Nuoren ongelmien ja
elämäntilanteen kokonaisvaltainen arviointi perustason ja erikoissairaanhoidon
yhteistyönä. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportteja 2009:1.
- Laukkanen, Eila, Hintikka, Jukka, Kylmä, Jari, Kekkonen, Virve & Marttunen,
Mauri (2010) A brief intervention is sufficient for many adolescents seeking
help from low threshold adolescent psychiatric services. BMC Health Services
Research 2010, 10/261.
- Laukkanen, Eila & Pylkkänen, Kari & (2011) Nuoret eivät pelkää hakeutua
mielenterveyspalveluihin. Suomen lääkäri-lehti 33/2011 vsk 66, s.2316 – 2317.
- Laukkanen, Eila & Pylkkänen, Kari (2014) Valtiovarainvaliokunnan kunta- ja
terveysjaostolle. Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen lausunto. Suomen
Nuorisopsykiatrisen yhdistys.
- Luopa, Pauliina, Lommi, Anni, Kinnunen, Topi & Jokela, Jukka (2010) Nuorten
hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000-2009. Helsinki:
Yliopistopaino.

- Marttunen, Mauri, Huurre, Taina, Strandholm, Thea & Viialainen, Riitta (2013) Nuorten mielenterveyshäiriöt. Opas nuorten parissa työskenteville aikuisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino.
- Mieli 2009. Plan för mentalvårds- och missbruksarbete. Förslag av arbetsgruppen Mieli 2009 för att utveckla mentalvårds- och missbruksarbete fram till år 2015. Social- och hälsovårdsministeriet. Rapporter 2009:20. Helsingfors: Universitetstryckeriet.
- Möller, Tommy (1996) Brukare och klienter i välfärdsstaten. Stockholm: Fritzes.
- Nämnden för den språkliga minoriteten (2010). Utlåtande om Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts verksamhetsplan för psykiatrin 2010-2020, daterat 25.3.2010.
- Notkola, Veijo, Pitkänen, Sari, Tuusa, Matti, Ala-Kauhaluoma, Mika, Harkko, Jaakko, Korkeamäki, Johanna, Lehikoinen, Tuula, Lehtoranta, Pirjo & Puumalainen, Jouni (2013) Nuorten syrjäytyminen. Tietoa, toimintaa ja tuloksia? Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2013.
- Paananen, Reija (et al) (2012) Lasten ja nuorten hyvinvointi. Kansallinen syntymäkohortti 1987-tutkimusaineiston valossa. Raportti 52/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pihlajamäki, Eini (2013) De talar finska över huvudet på mig. Perspektiv på svenskspråkig mentalvård. Magma-studie 1/13. Tankesmedjan Magma.
- Pylkkänen, Kari (2004) Nuorten psykiatristen hoitoketjujen ongelmat. Suomen lääkärilehti 59/2004, s.2941 - 2497.
- Pylkkänen, Kari (2003) Hoitotakuu nuorisopsykiatriassa. NUOTTA-projektin loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 2003:13.
- Pylkkänen, Kari (2006) Nuorisopsykiatrian kehitys Suomessa. Ingår i Laukkanen, Eila (et al) (2006) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Helsinki: Duodecim.
- Pylkkänen, Kari (2013) Nuorisopsykiatrisen avohoidon laatusuositus. NALLE-projektin loppuraportti. Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistys 2013.

- Ranta, Klaus (2014) Varhainen puuttuminen nuorten mielenterveysongelmiin – perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyömalleja (tiedote esityksestä). Suomen Lääkäriliitto.
- Rautiainen, Hanna & Pelanteri, Simo (2012) Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2010. Institutet för hälsa och välfärd THL. Statistikrapport 3/2012.
- Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om elev- och studerandevård. RP 67/2013.
- Social- och hälsovårdsministeriet (2014) Den nya socialvårdslagen ökar service med låg tröskel för barn och ungdomar. Pressmeddelande 196/2014.
<http://www.stm.fi/sv/pressmeddelanden/pressmeddelande/-/view/1892042>
- Social- och hälsovårdsministeriet (2014) Socialvårdslagen ökar lågtröskeltjänsterna. Pressmeddelande 319/2014.
<http://www.stm.fi/sv/pressmeddelanden/pressmeddelande/-/view/1899857>
- Sundgren, Magnus & Topor, Alain (et al) (2005) Social Psykiatri. Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Sundgren, Magnus & Topor, Alain (et al) (2011) Psykiatri som socialt arbete. Stockholm: Bonnier Utbildning.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2014) Suomen virallinen tilasto. Terveys 2014. Psykiatrinen erikoissairaanhoido 2012.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114909/Tr05_14.pdf?sequence=1
- Uggerhøj, Lars (1995) Hjælp eller afhængighed. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Uggerhøj, Lars (2014) The Powerful Meeting between Social Workers and Service Users: Needs, barriers and Possibilities in Participation Processes in Agency Settings. Ingår i Matthies, Aila-Leena & Uggerhøj, Lars (2014) Participation,

Marginalization and Welfare Services. Concepts, Politics and Practices Across European Countries. Surrey: Ashgate.

Ungdomsgarantins mål och innehåll – Brev till regionala och lokala aktörer inom Ungdomsgarantin.

http://www.ungdomsgaranti.fi/files/36291/Ungdomsgarantins_mal_och_innehall_-_Brev_till_regionala_och_lokala_aktorer_inom_ungdomsgarantin.pdf

Valtiovarainministeriö (2014) Peruspalvelujen tila – raportti 2014. Kunnallistalouden ja – hallinnon neuvottelukunta. 9/2014 osa I.

Wik, Anna, Balk, Maria & Julkunen, Ilse (2014) Psykisk sjukdom e aldrig enbart ett individuellt problem. Professionella diskuterar familjens och vänners roll i vårdprocessen. FSKC-rapporter 1/2014.

Øvretveit, John (1993) Coordinating Community Care: Multidisciplinary Teams and Care Management. Buckingham: Open University Press.

Opublicerade referenser

Jernström, Hedda (2012) Socialarbetarnas handlingsutrymme inom ungdomspsykiatri.

Pro gradu-avhandling. Helsingfors universitet.

Mariani-Cerati, Elisabeth (2013) Kartläggning av svenskspråkiga mentalvårdtjänster för

ungdomar i Nyland. Examensarbete. Arcada.

Bilaga 1 Statistik

Under kartläggningsprocessen insamlades statistik gällande Helsingforsunga och deras förbruk av tjänster, från elev- och studerandevård till tredje sektorns service som stöder den psykiska hälsan.

Statistiken i tabellerna nedan presenterar antal Helsingforsunga år 2011 och prognos fram till år 2016 samt användning av service under år 2013 gällande nyckelaktörer. I fokus är 13-17-åriga svenskspråkiga helsingforsunga, dock berör kartläggningen som helhet unga upp till 25 år.

År	Totalt	0	1-2	3-5	6	7-8	9-12	13-15	16-18	19-24
Helsinki										
2011	35459	470	891	1086	325	630	1210	1015	1072	3434
2012	35485	445	903	1117	339	645	1222	960	1056	3505
2013	35523	453	846	1208	321	657	1219	923	1054	3529
2014	35576	462	829	1218	372	653	1252	873	1026	3496
2015	35642	471	847	1205	370	686	1257	909	971	3469
2016	35721	480	865	1156	413	734	1268	890	934	3411

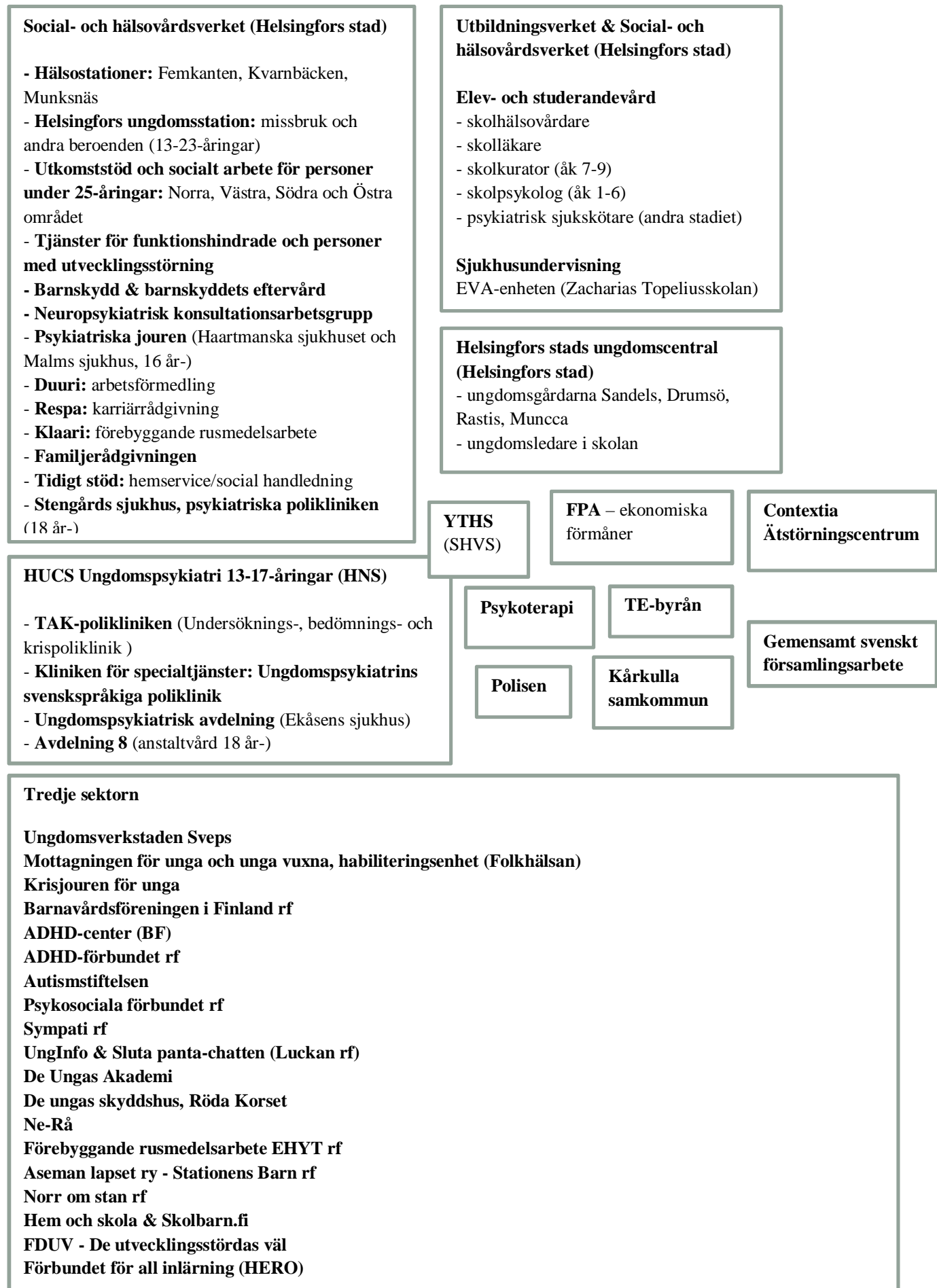
Tabell 1 Antalet svenskspråkiga i Helsingfors åldergruppsvis 1.1.2011 samt prognos fram till 2016 (Helsingin kaupungin tietokeskuksen julkaisuja, Helsingin väestöennuste 2013)

Statistik (år 2013)	
Instans	Antal klienter/patienter
Elev- och studerandevård	211 elever i åk 7-10, kuratorstjänster 17 elever i åk 7-10, psykologtjänster 97 stud. i gymnasier, kuratorstjänster (Utbildningsverket 2014)
Utkomststöd och socialt arbete för personer under 25	1-7 klienter/socialarbetare (Social- och hälsovårdsverket 2014)
Barnskydd	270 klienter (Social- och hälsovårdsverket 2014)
TAK-polikliniken	24 remisser, 19 remitterade av skolläkare, 10 tillbaka till basnivå (HNS 2014)
Ungdomspsykiatri (öppen vård)	57 patienter (ca 10 av dessa 18-), 1137 vårdkontakter (HNS 2014)
Ungdomspsykiatri (avdelningsvård)	176 patienter (både finsk- och svenskspråkiga) (HNS 2014)
Folkhälsan (fd Tonårspolikliniken)	31 klienter (13-17-åringar) 14 klienter (18- år) (Folkhälsan 2014)
Krisjouren för unga	136 klienter (som avslutat sina besök år 2013) (Krisjouren för unga 2014)
Sveps	26 klienter Start, 20 klienter Nonstop, 110 klienter Uppsökande (Sveps 2014)
Sjukhuskolan (EVA-enheten)	10 elever i åk 7-9 (Utbildningsverket 2014)
Familjerådgivningen	142 klienter (59 klienter 13-21-åringar) (Social- och hälsovårdsverket 2014)
Practicum	6,6 % avbröt studier läsåret 2012-2013 (ca 1200 stud.) (Practicum 2014)

Tabell 2 Statistik över helsingforsunga år 2013, användning av tjänster

Bilaga 2 Infokarta

Infokartan uppdateras, senaste version 9.2.2015



Bilaga 3 Information till informanter

Helsingfors, oktober 2014

Bästa mottagare,

Jag vänder mig till dig som arbetar med under 25-åringar på svenska i Helsingfors. Jag heter Frida Westerback och fungerar som forskarsocialarbetare i ett samarbete mellan Social- och hälsovårdsverket (Helsingfors stad) och Mathilda Wrede-institutet. På uppdrag av Social- och hälsovårdsverket och Mathilda Wrede-institutet utför jag en kartläggning gällande mentalvårdstjänster för svenskspråkiga unga i åldern 13-25 år i Helsingfors. Denna forskning skall belysa aktörernas perspektiv gällande forskningsfrågorna, som berör servicekedjor och kritiska moment i dessa.

Målsättningen är att utveckla identifieringen av de ungas behov av särskilt stöd inom olika sektorer.

Alla uppgifter i denna undersökning kommer att behandlas konfidentiellt. När kartläggningen är färdig, kommer materialet att förstöras.

Kartläggningen beräknas vara klar i december 2014.

Med vänliga hälsningar,

Frida Westerback

Frida Westerback
Forsksocialarbetare
Social- och hälsovårdsverket
Mathilda Wrede-institutet
tel. +358 40 124 9986
frida.westerback@hel.fi

Ilse Julkunen
Professor i praktikforskning
PD, Docent i socialt arbete
Helsingfors universitet
tel. +358 50 448 4247
ilse.julkunen@helsinki.fi

Intervjuguide

Forskningsfrågor

Intervjufrågor

1. Vilka är nyckelaktörerna inom mentalvården för unga på svenska i Helsingfors?

- Vem samarbetar ni med på svenska?
- Vilka är nyckelaktörerna för er del?
- Hur tar samarbetet sig uttryck?
- Finns det behov av utveckling gällande samarbetsformer?

2. Vilka är de kritiska områdena inom stödstrukturerna/vårdkedjorna för unga med psykisk ohälsa?

- Beskrivning av vårdkedjan för unga i behov av mentalvårdstjänster.
- Beskrivning av kritiska områden i vårdkedjan ur er verksamhets perspektiv.
- I vilka situationer riskerar unga falla emellan stödsystemen?

3. Hur ser spektretumet av de ungas problematik ut enligt nyckelaktörerna?

- Ungas behov av mentalvårdstjänster?
- Beskrivning av riskgrupper?
- Beskrivning av de ungas problematik?
- Utsatta gruppers möjlighet att få hjälp?
- Finns det några speciella utmaningar inom den svenskspråkiga vården?

4. Vilka är fungerande modeller inom stödstrukturerna? (god praktik?)

- Lågtröskelverksamhet?
- Behovet av stöd gällande livshantering?
- Det sociala i skolmiljön?
- Servicemodeller mellan bas- och specialhälsovård?