

Enhet

Västra Götalandsregionen

2020-12-11

Rapport om SAMBU

- Samverkan Barn och Unga



Innehåll

Sammanfattning	3
Mål	5
Syfte	5
Definitioner	5
Projektorganisation	6
Samverkansparter	7
Behovsområden, kopplade till delmålen	7
Bakgrund projektet	8
Barn och ungas delaktighet	10
Resultat	10
Samordning av stöd- och vårdinsatser	11
Tvärfprofessionellt team – SAMBU-team	14
Kunskap om varandras uppdrag	18
Spridning	20
Avvikelser	21
Utvärdering	21
Förbättringsförslag	23
Referenser slutrapport	25

Sammanfattning

Barn och unga med psykisk ohälsa ökar och familjer upplever att det är svårt att veta var de ska vända sig för att få stöd. Det är viktigt att barn och unga med psykisk ohälsa får hjälp i tidigt skede för att undvika mer allvarlig problematik i framtiden. Regionens och kommunens verksamheter behöver arbeta tillsammans för att ge barn det stöd som behövs. Ofta samverkar olika aktörer när det redan har gått långt och insatser sätts ofta in sent.

Projektet Nära vård Norra Skaraborg startade december 2016 med syfte att skapa vårdformer i samverkan för att tillgodose invånarnas behov av nära och tillgänglig vård. Deltagare var kommunerna Mariestad, Töreboda och Gullspång tillsammans med olika verksamheter från regionen. Ett av delprojekten var Nära stöd och vård barn och unga, som pågick 2017-2019.

Östra hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 31 januari 2020, § 13 om medel för fortsatt arbete med tidiga, samordnade insatser för barn med psykisk ohälsa. Förutom pågående arbete i Mariestad, Töreboda och Gullspång skulle erfarenheter från projektet spridas i Skaraborg. Projektet SAMBU (samverkan barn och unga) startades och tog vid där Nära stöd och vård hade avslutat. Projektet syftar till att utveckla arbetsätt för tidig upptäckt, ökad tillgänglighet och samordning där alla tre delar är viktiga. Genom en tydlig struktur för gemensamt arbete i tidigt skede möjliggörs samordnat stöd till barnet när de första tecknen på ohälsa upptäcks. För att detta ska uppnås behöver de olika verksamheterna ha god kännedom om varandras verksamheter och uppdrag, ha tydlig organisation och struktur kring hur samverkan ska ske och ha en samsyn kring uppdraget. En viktig del i arbetet är att öka kunskapen om varandras olika uppdrag och göra det känt i organisationerna till vem man kan vända sig för att få hjälp. En arbetsmodell är framtagen inom projektet som innebär att det ska finnas en tvärprofessionell grupp som kan erbjuda samordnat stöd till barn och ungdomar. Modellen erbjuder stöd på första linjennivån, vilket innebär att det är stöd mellan generell nivå och specialistnivå. Första linjen är den funktion som först tar emot ett barn som söker hjälp, vare sig problemet har psykosociala eller medicinska orsaker. Arbetsgrupper i Mariestad, Töreboda och Gullspång har arbetat med införande och anpassning av arbetsmodellen till lokala förhållanden.

I modellen är det viktigt att arbetet ska utgå från barnets behov och inte utifrån hur de olika verksamheterna är organiserade. Genom att utgå från befintliga resurser i de olika verksamheterna samtidigt genom ett förändrat arbetsätt se till att resurserna kommer fler till godo. Styrkan med samverkansarbetet är att de olika verksamheternas perspektiv finns med tidigt och kan komplettera varandra, allt för barnets bästa. Det är bekräftat att tidiga insatser är viktiga för barn av flera anledningar men framför allt för att det kan avhjälpa framtida, mer allvarliga problem. Utöver detta är det generellt viktigt utifrån hur vi använder tillgängliga och knappa resurser. Vi behöver använda oss av den vård som finns nära. I arbetet med SAMBU har representanter från följande verksamheter deltagit i det praktiska arbetet: vårdcentral, rehabmottagning, ungdomsmottagning, barnavårdscentral, folkhälsostrateger, socialtjänst, skola, förskola och barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

De viktigaste slutsatserna i projektet är att det går att komma långt med ändring av arbetssätt i befintliga organisationer utan att några särskilda medel behöver tillföras. Samverkansarbetet har utvecklats genom systematiskt arbete med att skapa kontaktvägar, dela information, ökad kunskap om roller och uppdrag. Tillsammans med praktiskt arbete har det medfört att fler barn och unga kunnat erbjudas stöd och vård i tidigt skede.

Även om arbetsmodellen kan variera mellan olika kommuner finns det betydelsefulla framgångsfaktorer som identifierats. Den viktigaste har varit att vi skapat en miljö där deltagarna har fått pröva att samverka i praktiken genom organiserade möten. Då har det blivit tydligt att det finns en stark vilja att samverka på alla nivåer i organisationen med barnets behov i centrum.

Projektets rekommendationer för att långsiktigt nå projektmålet om att *”barn och unga som är i behov av insatser från flera verksamheter ska få ett samordnat stöd i tidigt skede”* är att det behöver ordnas struktur och förutsättningar för praktisk samverkan på handläggarnivå. Genom att bilda fasta team kan arbetet stödjas med att få kontinuitet i arbetssätt och hålla liv i samverkansarbetet. Detta kräver samtidigt långsiktighet, informationsarbete och stöd från ledning för att det ska användas. Det räcker inte med samverkan på ledningsnivå. Det behöver inte skapas nya system för ledning då det finns en befintlig vårdssamverkansstruktur.

Samordnarens roll kan se olika ut men återkommande är att rollen måste vara tydlig, både för familj och professionella. Det behöver inte vara samma person som följer barnet hela tiden, det viktiga är att det är tydligt vem som har samordnarrollen och att familjen vet vem de kan vända sig till i den aktuella situationen. För att samordningen ska fungera krävs att personen har god kunskap om vägar till andra verksamheter. Att arbeta med överlämning istället för att hänvisa har varit en nyckel i arbetet, och det är ett synsätt som alla kan ha med sig, oavsett verksamhet och roll.

Det gemensamma arbetet med elevhälsa och rehabmottagning har varit mycket positivt och har visat på flera utvecklingsområden som ännu bara är i sin början.

Deltagarna i projektet har deltagit med stort engagemang. Lokal anpassning och utveckling av arbetssätt efter behov i respektive kommun har varit nödvändigt, men det har också varit uppskattat att få ta del av andra kommuners erfarenheter. Projektet har haft i uppdrag att arbeta med spridning i Skaraborg och sammantaget finns det ett stort intresse för fortsatt utvecklingsarbete kring tidiga insatser. Stöd till de lokala Partsamverkansgrupperna (vårdssamverkansgrupp på lokal nivå) från delregional nivå efterfrågas då det annars finns risk att det utvecklas flera parallella spår och man inte tillvaratar tidigare erfarenheter.

Inför fortsatt läsning av rapporten skickar jag med en uppmaning från en projektdeltagare:

”Man kan inte bara prata om samverkan utan pröva i praktiken! Goda exempel på samverkan sprider sig och bidrar till mer samverkan”

Mål

Det övergripande målet med projektet är att barn och unga som är i behov av insatser från flera verksamheter ska få ett samordnat stöd i tidigt skede. Projektet utgår från Regional handlingsplan psykisk hälsa, mål 2.1 *Barn och unga med psykisk ohälsa ska få rätt insatser i rätt tid.*¹

Delmål

Barn och unga ska erbjudas stöd på rätt vårdnivå i tidigt skede.
Barn och unga ska erbjudas samordning av stöd och vårdinsatser.
Erfarenheter från projektet ska spridas till övriga kommuner i Skaraborg.

Syfte

Projektets syfte är att utveckla arbetssätt som möjliggör tidiga insatser för att minska risken för framtida, allvarligare problem.

Enkla kontaktvägar mellan olika aktörer underlättar och avlastar för familjen genom att de får hjälp med samordning i tidigt skede. Känslan av trygghet är en central nytta i detta arbete, att barnet och/eller närstående vet vem som finns till för dem i deras situation genom snabba och enkla kommunikationsvägar.²

Definitioner

Tidiga insatser definieras som insatser som ges i ett tidigt skede av en ogynnsam utveckling.

Samordnade insatser definieras som när alla insatser aktivt organiseras som en väl fungerande helhet ur barnets eller den unges perspektiv och där hen ges möjlighet att, efter förmåga och preferenser, delta som aktiv medskapare. Då barn och ungas hälsa inte kan betraktas isolerat från föräldrarna/vårdnadshavarna, och då insatser kan omfatta hela familjen, behöver insatserna i förekommande fall organiseras som en väl fungerande helhet även ur föräldrarnas/vårdnadshavarnas perspektiv.³

Första linjen: Den eller de funktioner som har i uppgift att först ta emot ett barn/ungdom/familj som söker hjälp för ett problem. Det gäller vare sig problemet har medicinska, psykosociala eller/och pedagogiska orsaker.⁴

¹ [Handlingsplan för psykisk hälsa - Vårdsamverkan i Västra Götaland \(vardsamverkan.se\)](#)

² Östra hälso- och sjukvårdsnämnden 31 januari 2020, § 13 (Diarienummer HSNÖ 2019-00288)

³ <https://www.skolverket.se/getFile?file=4012>

⁴ [Första linje-boken. Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa \(uppdragpsykiskhalsa.se\)](#), sid. 7

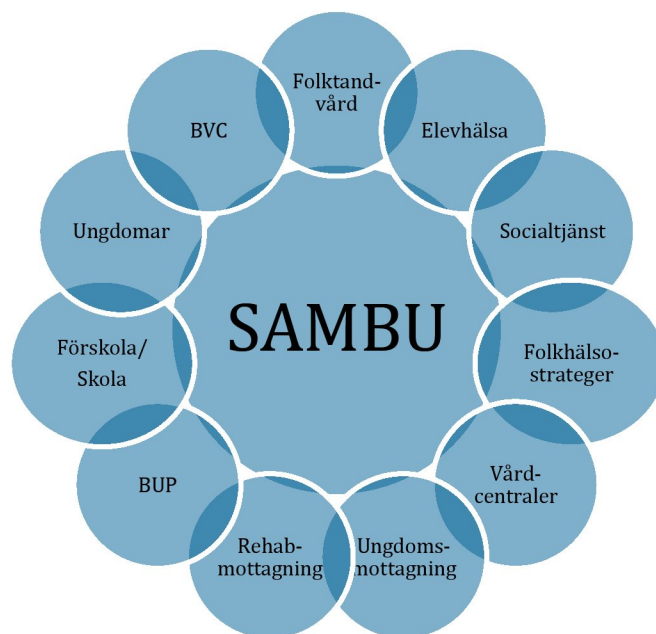
Psykisk ohälsa: Psykisk ohälsa är en samlande beteckning för både mindre allvarliga psykiska problem såsom oro och nedstämdhet och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos.⁵

Projektorganisation

Östra hälso- och sjukvårdsnämnden är projektägare. I styrgruppen ingår ansvarig tjänsteperson för östra hälso- och sjukvårdsnämnden, utbildningschef Mariestad, socialchef Töreboda, verksamhetschef BUP Skaraborgs Sjukhus, primärvårdschef vårdvalsområde 8, områdeschef Rehab R8, verksamhetschef för Habilitering & Hälsa.

Ledningsgruppen består av följande: socialchefer och utbildningschefer från Mariestad, Töreboda och Gullspång, enhetschef ungdomsmottagning, enhetschef Skaraborgsenheten Folkhälsa, utvecklingsledare barn och ungdomspsykiatri, speciallärare Habilitering & Hälsa, vårdcentralschef från Närhälsan Töreboda, Närhälsan Mariestad, Närhälsan Gullspång, Unicare vårdcentral, Skagerns vårdcentral och enhetschef Närhälsans Rehabmottagning.

I Mariestad, Töreboda och Gullspång har det funnits arbetsgrupper med representanter utsedda från olika verksamheter inom kommun och region. Ungdomsdialog har genomförts. Projektledare ingår i Samverkansgrupp barn och unga och samarbetar med processtöden för Vårdsamverkan Skaraborg. Bilden åskådliggör vilka aktörer som har varit med i projektet.



⁵ [Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga? Kortversion. \(folkhalsomyndigheten.se\)](http://folkhalsomyndigheten.se), sid. 9

Samverkansparter

År 2018-2019 deltog Nära stöd och vård (nuvarande SAMBU-projekt) i Sveriges kommuner och regioners (SKR) projekt ”Elevhälsobaserad modell med tidiga insatser för psykisk hälsa” vilket handlar om att tidigt upptäcka psykisk ohälsa och utveckla strukturen för samverkan.⁶ Projektet har utvärderats. SAMBU deltar i det nationella projektet Tidiga samordnade insatser (TSI), som Skolverket och Socialstyrelsen driver med syftet att förbättra samverkan mellan elevhälsan, hälso- och sjukvård och socialtjänst för att barn och unga ska få tidiga och samordnade insatser.⁷ Projektet är förlängt till juni 2023 och Mariestad, Töreboda och Gullspång kommer fortsätta delta. Genom projektet har deltagarna fått utbildning i samverkan och processtöd från Karlstads universitet och deltagit i nätverk med andra utvecklingsprojekt. Sedan januari 2020 ingår projektet SAMBU som en lärandepilot i det Regionala barnuppdraget (RBU), fokusområde Koordination och samordning. RBU har i uppdrag att ta fram en utvecklingsplan för hela hälso- och sjukvården för barn och unga.

Avdelning för social hållbarhet har sammanställt en kartläggning över pågående regionala initiativ där SAMBU finns med som ett av projekten.⁸ Utöver detta har projektet även haft utbyte med projektet *En sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa*,⁹ och deltagit i nationella möten med SKR inom Uppdrag psykisk hälsa.

Behovsområden, kopplade till delmålen

I början av projektet formulerades olika områden för att respektive mål skulle uppnås. De har även kopplats till framgångsfaktorer för samverkansarbete som kan illustreras i en tabell.¹⁰

⁶ Sveriges kommuner och regioner. (2020). Hämtat 2020-09-03 från:

<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/skola-och-elevhalsa/elevhalsa/elevhalsobaserad-modell-for-forsta-linjen/>

⁷ Regeringskansliet, Utbildningsdepartementet. (2017). *Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga*. Regeringsbeslut (U2017/01236/GV)

⁸ En sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård - Kartläggning av särskilda satsningar inom Västra Götaland

⁹ [Rapport Rösa lederna \(vgregion.se\)](https://www.vgregion.se/rapport-rosa-lederna)

¹⁰ Ulrika Norburg, föreläsning 190408, *Att samverka kring barn och unga i riskzonen*

	Framgångsrik samverkan	Icke framgångsrik samverkan
Ansvarsfördelning	Tydlig ansvarsfördelning Tillgång till resurser Kunskap om varandra Återkoppling/öppenhet	Otydlig ansvarsfördelning Brist på resurser Brist på kunskap om varandra Brist på återkoppling/öppenhet
Förtroende	Tillit till andras kompetens Engagemang för samverkan Realistiska förväntningar Gemensam planering	Bristande tillit till andras kompetens Brist på engagemang för samverkan Orealistiska förväntningar Gränsöverskridande
Professionellt möte	Jämlikhet i kunskapens betydelse Öppenhet Samsyn Kontinuitet i kontakten mellan professionella	Ojämlighet i kunskapens betydelse Revirtänkande Brist på samsyn Avbrott i kontinuiteten mellan professionella

Barn och unga ska erbjudas stöd på rätt vårdnivå i tidigt skede.

- Kunskap om varandras verksamheter (första linjen).
- Ökat samarbete mellan skola, socialtjänst och primärvård.
- Enkla kontaktvägar mellan verksamheterna.
- Tillgänglig information (både för yrkesverksamma och familjer).
- Tvärprofessionellt team som kan ge förslag på samordnad insats.
- Tidigt identifiera behov hos barn.
- Tydligt samarbete med specialistnivå i de fall det behövs (kända kontaktvägar).

Barn och unga ska erbjudas samordning av stöd och vårdinsatser.

- Det ska finnas en utsedd samordnare när det är insatser från flera verksamheter.
- Samordnarfunktion ska vara känd i verksamheterna.
- Föräldrar/barn/unga ska veta vem de kan vända sig till vid behov av stöd.
- SIP (samordnad individuell plan) – det ska upprättas en SIP när insatser behöver samordnas.

Spridning

- Erfarenheter från projektet ska spridas till övriga kommuner i Skaraborg.
- Spridning sker genom Samverkansgruppen barn och unga.
- Tillgänglig information och material finns på Vårdsamverkans hemsida.

Bakgrund projektet

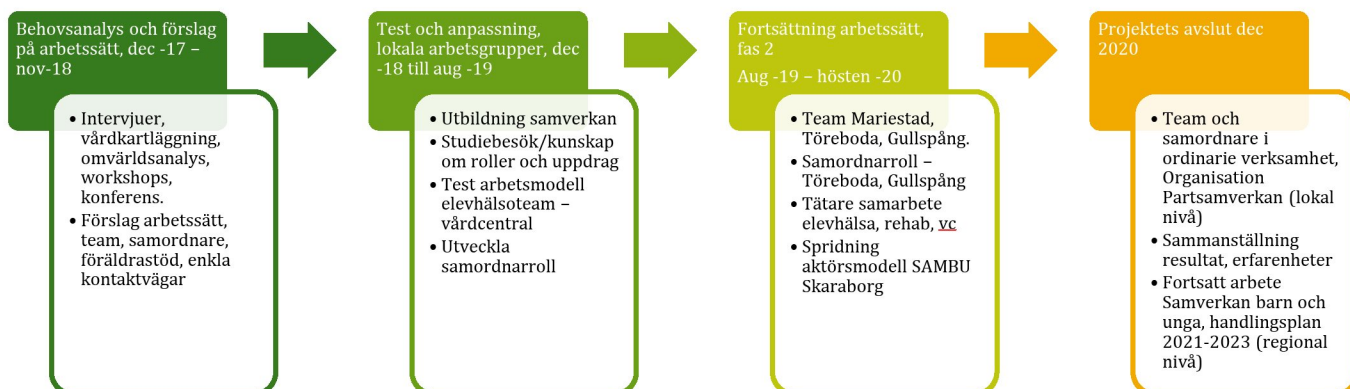
Nära stöd och vård barn och unga startade december 2017 som ett delprojekt inom Nära vård norra Skaraborg, ett projekt med Mariestad, Töreboda, Gullspång och Västra Götalandsregionen. Nära vård norra Skaraborg initierades av östra hälso-och sjukvårdsnämnden 2016 och var en del av omställningsarbetet i Västra Götalandsregionen. Inledningsvis gjordes en vårdkartläggning som visade att barn och unga sökte vård i hög

utsträckning utifrån psykisk ohälsa och utifrån det startade delprojektet Nära stöd och vård barn och unga.¹¹ Under första delen av projektet gjordes en kartläggning av behov, önskemål och översyn över olika arbetssätt som finns för samverkan. 86 intervjuer genomfördes med yrkesverksamma inom kommunala och regionala verksamheter, samt föräldrar och ungdomar. Utifrån detta togs det fram förslag på en arbetsmodell.

Identifierade utvecklingsområden i Nära stöd och vårdprojektet

- Efterfrågan av generellt stöd, till exempel föräldrastödsgrupper.
- Önskemål om samordnade insatser. Familjer önskade slippa gå runt till olika ställen för att få stöd.
- Motverka att barn bollas runt mellan olika aktörer vilket gör att insatser fördröjs och risk för ökad ohälsa.
- Minska antalet vårdkontakter utifrån psykisk ohälsa. Det finns risk att utveckla svårare problematik om man inte får hjälp i tid.
- Minska den stora belastningen på vårdnadshavare att stå för samordning.
- Det behövdes finnas tydligare information om vägen in till verksamheterna och yrkesverksamma ville ha ökad kunskap om andras uppdrag.

Inspiration till arbetsmodell hämtades från HLT-team (hälsa, lärande, trygghet) i Västerbotten, ett arbetssätt med praktisk samverkan genom ett tvärprofessionellt team.¹²



Östra hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 31 januari 2020, § 13 om medel för fördjupat pilotprojekt om Nära stöd och vård för barn och unga 2020. Utöver arbete med Mariestads, Törebodas och Gullspångs kommuner ingår även målet att sprida erfarenheter från projektet i övriga kommuner i Skaraborg.¹³

¹¹ Slutrapport Nära vård Norra Skaraborg

¹² [Microsoft Word - HLT Handbok rev 190430 \(regionvasterbotten.se\)](https://regionvasterbotten.se)

¹³ Diarienummer HSNÖ 2019-00288

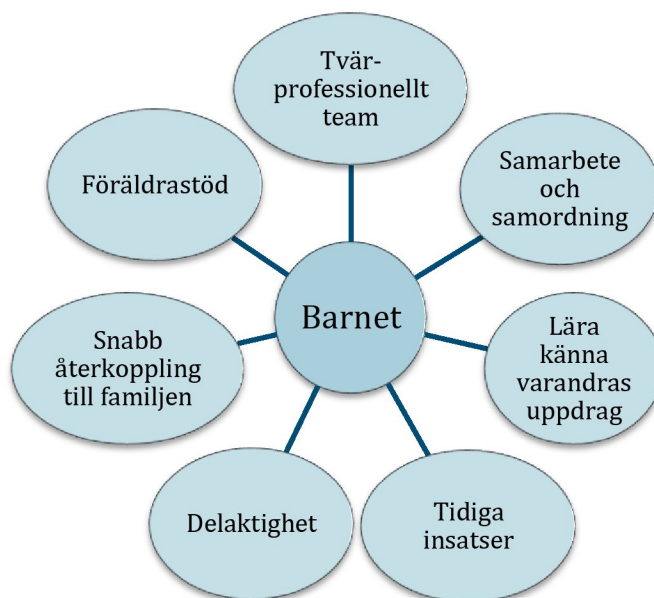
Barn och ungas delaktighet

Barnkonventionen, artikel 3 om barnets bästa, innebär att stöd och behandling ska utgå från en helhetssyn på barnet och barnets situation. Barnet måste förstås i ett sammanhang och kunna bemötas oavsett problem. Att arbeta tillsammans med olika verksamheter kan bidra till att det blir en helhet kring insatser istället för om varje profession arbetar för sig.

Ungdomar intervjuades i den första delen av projektet och därefter har två ungdomsdialoget genomförts i två kommuner med högstadielärover, med hjälp av folkhälsostrateger. Syftet med dialogerna har varit att ta reda på mer om vad ungdomar önskar för stöd och hur de vill att det ska utformas. Skolkuratorer spelar en viktig roll och det var känt hos ungdomarna att man kan vända sig till dem. Ungdomarna tyckte det var bra med verktyg för att lära sig hantera stress och oro och flera av ungdomarna önskade mer hjälp med verktyg. Vikten av att prata med vuxna lyftes fram och en av ungdomarna uttryckte: *”man kan ju prata med kompisar men om man verkligen känner att man vill prata med någon är det nog bättre att prata med någon som har erfarenhet.”* Ungdomarna var positiva till att delta. Erfarenheter från ungdomsdialoget har använts i elevhälsoarbetet.

Resultat

Det har varit flera delar som är betydelsefulla för att skapa tidiga, samordnade insatser. För att åskådliggöra utvecklingsområdena har projektet tagit fram en bild.



De olika delarna är beroende av varandra och det är inte tillräckligt att bara arbeta med exempelvis tidiga insatser. Deltagare från region och kommun har i sina arbetsgrupper arbetat med allt från kartläggning av föräldrastöd till juridiska frågor men i resultatdelen kommer *samordning, team, kunskap om varandras uppdrag* att presenteras.

Samordning av stöd- och vårdinsatser

Ett av målen är att stöd- och vårdinsatser ska samordnas. Det är ett återkommande önskemål från familjer som ofta får stå för samordningen själva. Det är väl känt vilka påfrestningar det innebär för familjen att samordna sina vårdkontakter. Detta finns beskrivet i flera rapporter.

Behov av samordning kan se olika ut, beroende på om det är ett barn med komplexa vårdbehov, eller om det är i tidigt skede. Fokus i projektet har varit på tidiga, samordnade insatser, och utifrån det har vi provat olika sätt att arbeta med samordning. Det har inte funnits en efterfrågan på att skapa en speciell ”koordinatorstjänst” som arbetar med samordning, utan arbetssättet har varit att utforma samordnarrollen utifrån de olika behov som uppstår när det handlar om tidiga insatser. Erfarenheter från projekt där man provat ”koordinatörer” är att det ofta finns under projekttiden men att det därefter saknas finansiering. Vår utgångspunkt har varit att skapa förändrade arbetssätt i befintliga verksamheter.

I de tre kommunerna har samordnarrollen utvecklats på olika sätt. De olika arbetssätten kan beskrivas på en skala, där det finns allt från att samordnare utses när det finns behov och det därmed kan variera vem i organisationen som får ett samordnaruppdrag, till att det finns ett helt nätverk med utsedda samordnare som kan aktiveras, till en tjänst där det bland annat ingår att hjälpa föräldrar med samordning. Oavsett variation på upplägg finns det några återkommande inslag som har varit betydelsefulla.

I Gullspång har man sedan tidigare en familjepedagog, kopplad till familjecentrum (liknande familjecentral) som arbetar på familjens uppdrag, bland annat med att underlätta vid många kontakter och anordna nätverksmöten. Familjepedagogen arbetar med barn i alla åldrar, främst genom stöd till föräldrar. Arbetssättet finns beskrivet i projektrapport ”Utmanande avstamp”¹⁴ Familjepedagogen beskriver:

”De familjer som jag mestadels möter och har samverkansuppdrag kring är familjer i ”grå zon”. Där det oftast handlar om samverkan mellan hem, skola, fritid, socialtjänst, eventuellt BUP och vårdcentral. Det vill säga, de har kanske ”enbart” en kontakt till specialistsjukvården... Min roll i kontakt till föräldrar har då varit att på resursmöten / västbusmöten vara föräldrars språkrör och både innan och efter möten kunnat bemöta och gemensamt reflektera över vad som behöver lyftas upp på mötet samt vad som blev sagt kring de olika delmålen. Detta har bidragit till föräldrarna har känt sig lyssnade på och därför blivit mer aktiva i förbättringsarbetet. Att vi på så vis även kunnat få med de privata nätverket har i flera fall också påtagligt visats sig vara en framgångsfaktor i att stärka skyddsfaktorerna”

¹⁴ Föräldrar spelar roll, slutrapport Utmanande avstamp

I Gullspång har utvecklingsarbetet kring samordnarrollen främst handlat om att öka kunskap hos övriga deltagande parter kring vad som finns för stöd, hur man kan lotsa rätt för att ytterligare öka möjligheten till insatser. Alla verksamheter behöver kunna samordna och veta vilka vägar man ska ta.

BUSE – barn och ungdomssamordnare

I Töreboda har alla verksamheter som träffar barn lyft det gemensamma ansvaret för att samverka och samordna genom att utveckla en roll som ”BUSE” (Barn- och ungdomssamordnare).

BUSE är en person i verksamheten som både professionella, föräldrar och barn/ungdomar kan vända sig till när ett barn/ungdom behöver stöd eller vård. Det ska finnas en BUSE i varje verksamhet som möter barn/ungdomar. Den utsedda BUSEn kan till exempel arbeta som kurator på skola eller vårdcentral, LSS-handläggare, BVC-sköterska eller arbetsterapeut. Uppdraget som BUSEn ingår i ordinarie tjänst och syftar till att förstärka samverkan och möjliggöra tidiga insatser.

BUSEn är ansvarig för att initiera samverkan och fungerar även som samordnare för att underlätta samverkansmöten, exempelvis leda SIP. BUSEn har ett ansvar för att veta vad det finns för stöd och insatser. BUSARna ska kunna ta hjälp av varandra mellan de olika verksamheterna och utgör ett nätverk som kan användas för rådgivning. Alla behöver inte kunna allt men alla ska veta vem man kan vända sig till.¹⁵

För att starta upp arbetet med BUSE-rollen har nätverket med BUSAR träffats två gånger per termin och genomfört aktiviteter, både för att öka kunskapen om varandras uppdrag men också för att fördjupa sig i olika ämnen som har aktualiserats, till exempel en gemensam utbildning om SIP. Träffarna har också varit ett sätt att utveckla rollen – från början visste deltagarna *vad* de ville förbättra – underlätta samordningen för familjen och på så sätt tidigare kunna ge gemensamt stöd – men det fanns ingen karta över *hur* arbetet skulle gå till.

Resultat och erfarenheter av arbets sättet BUSE har följts upp genom intervjuer med deltagare, både grupp och enskilt, samt genom att projektledaren har deltagit i träffarna. En specialpedagog berättar:

”...viktigt med gemensamma möten för att få samsyn kring vad man ska göra, förstå styrkor, att alla ska göra lika. Jobba mot samma mål och undvika missförstånd. Skapa samsyn! Jag kände direkt att ”det här blir bra”. Har skiljt på rollerna ”i det här mötet är jag samordnare” annars specialpedagog.”

¹⁵ [Folder Samverkan för barn och unga.pdf \(toreboda.se\)](#)

Följande aktiviteter har genomförts:

- Information till varandras verksamheter - gemensamma informationsträffar i samband med APT, till hela arbetsgrupper. Detta har samordnats så att flera har gett information vid samma tillfälle.
- Information och förankring i sin egen arbetsgrupp, konsultation och stöd till sina kollegor.
- Samordna gemensamma möten med familjer, bland annat SIP.

Töreboda har bestämt sig för att fortsätta arbeta med BUSAR och har en plan för implementering. Flera lyfter fördelarna med att inte känna sig ensam och att det är av stor vikt för familjerna att det finns hjälp att få från flera olika håll. Aktiviteter planeras för att fortsätta nå ut och sprida information till familjer. Beskrivning från LSS-handläggare på frågan om hur rollen är som BUSE. *”jättebra! Har kunnat förmedla kontakter till andra vid behov. Även fått några samtal från andra BUSAR som har lett till vidare kontakter hos mig. Kollega har kunnat bolla med mig. Bra sätt att arbeta på. Bra att veta vem man kan hänvisa till.”*

Det har varit en utmaning att följa upp antal BUSE-kontakter då flera av verksamheterna redan arbetar med samverkan – vad gör jag i min roll som BUSE och vad hör till den vanliga samverkan? Det som har varit positivt är att flera verksamheter som tidigare inte varit ”kända” samverkansparter har kommit med, och för de verksamheter som tidigare inte haft nätverksmöten har det inneburit en stor förändring av arbetssätt.

Nätverket i sig och ökat fokus på tidiga samordnade insatser har också medfört ett annat arbetssätt hos flera av verksamheterna. BUSARna beskriver att de nu genomför fler möten med andra verksamheter tillsammans med familjerna.

Mariestads kommuns arbete med samordnare har främst handlat om att tydliggöra vem som är familjens kontakt – det kan vara både när elevhälsan samarbetar med vårdcentralen eller när ett ärende lyfts i det tvärprofessionella teamet (SAMBU-teamet), men samordnaren är inte någon speciellt utsedd funktion i en verksamhet. Samordnaren är den som har pågående kontakt med barnet. Ofta har det varit skolsköterska/skolкурator eller kurator på vårdcentralen som har varit den som samordnat. Familjen ska veta vem de kan vända sig till, efter att till exempel ha lyft en fråga hos elevhälsan och det blir ytterligare kontakter.

SIP – samordnad individuell plan

Det var svårt att få en översikt över hur SIP används. De olika kommunala verksamheterna ”kodar” SIP i olika system. Sammantaget beskrevs att det i huvudsak var skolan eller socialtjänsten som bjöd in till en SIP, inte vårdcentral eller rehabmottagning och väldigt sällan specialistnivån. Dokumenten uppfattades som ett hinder för att använda SIP och flera uttryckte att det går snabbare att ha ett vanligt nätverksmöte, en föreställning om att formen för SIP styrde och blev ett hinder för det praktiska mötet med flera parter. Det fanns också en uppfattning att man har SIP i ”komplexa” ärenden och inte när det gäller

samverkan i tidigt skede. Att utveckla arbetet med SIP pågår och behandlas inte ytterligare i rapporten.

Tvårprofessionellt team – SAMBU-team

När en verksamhet identifierar ett behov hos barn ska de i första hand lösa det i sin verksamhet. Om det behövs ytterligare stöd, och det är tydligt vilken verksamhet som kan hjälpa till, kan familjen få hjälp att lotsas till rätt ställe. I de fall det inte är tydligt vad som behövs för stöd, eller om det kan behövas flera insatser finns det framtaget ett arbetsätt med ett team för att barn och unga ska få tidigt samordnat stöd. Teamet erbjuder stöd på första linjen, vilket innebär att det är stöd mellan generell nivå och specialistnivå.

Inför uppstart av team valde en av kommunerna att börja med två f – 6 skolor tillsammans med en av vårdcentralerna. Syftet var att prova samarbetet i mindre skala, lära sig mer om varandras uppdrag och vilka frågor som respektive verksamhet hade. Tanken var att öka tillgängligheten för stöd till barnet genom att utgå från barnets miljö. Det prövades under en termin och gav nyttiga erfarenheter i det fortsatta arbetet. Kurator från vårdcentral deltog på elevhälsoteam (med föräldrars samtycke) om det fanns behov av annat stöd än det som elevhälsan kunde erbjuda, och kunde erbjuda en snabb tid för första möte, ofta på skolan med skolkurator om barnet och föräldrarna önskade det. Ofta var det tillräckligt med några samtal på vårdcentralen och behövde inte remitteras till specialistnivån. Resultat från samarbetet mellan två skolor och en vårdcentral visade följande:

Antal barn som har besökt kurator på vårdcentral

- 2018 augusti – december
- 41 barn/ungdomar, varav 22 barn 6-12 år och 19 tonåringar
- Kontaktväg till vårdcentral: föräldrar 14 och skola 17. Övriga ärenden hänvisades från BUP, BUM, BVC, socialtjänst, söker själv (tonåring).

Föräldrarna uppger att det var positivt att få hjälp från elevhälsan med kontakter. Barn har uttryckt att det är bra att mentor/skolkurator vet vem de har pratat med på vårdcentralen.

En av rektorerna beskriver att det har blivit avdramatiserat att ta hjälp av varandra.

Återkoppling och samarbete mellan skola och vårdcentral är viktigt, som skolkurator kan man ringa vårdcentralen och fråga *”är det något vi från skolan kan ta med oss som vi kan jobba tillsammans med?”*. Alla familjer har sagt ja till återkoppling. En förälder beskriver att det är viktigt att alla arbetar tillsammans och att de olika delarna behöver hänga ihop.

Arbetsättet har varit positivt med enkel väg in till stöd, men det var en utmaning att erbjuda alla skolor en lika hög tillgänglighet till vårdcentralens resurser då det finns många elevhälsoteam. Varken vårdcentral eller familjebehandling hade resurser att vara med på elevhälsoteam på många skolor. Önskemål från elevhälsan var att ha så lite blanketter som möjligt inför möte med andra, då man såg att det utgör ett hinder för att få till mötet. Slutsatser efter testperioden var att för att ge lika vård behövdes det finnas en gemensam mötesplats, som inte var kopplad till en skola, även om det var positivt för det enskilda

barnet. Detta ledde till att teamet istället erbjöd en fast plats och tid men inte på en av skolorna, utan istället får elevhälsan komma till mötet (fysiskt eller digitalt).

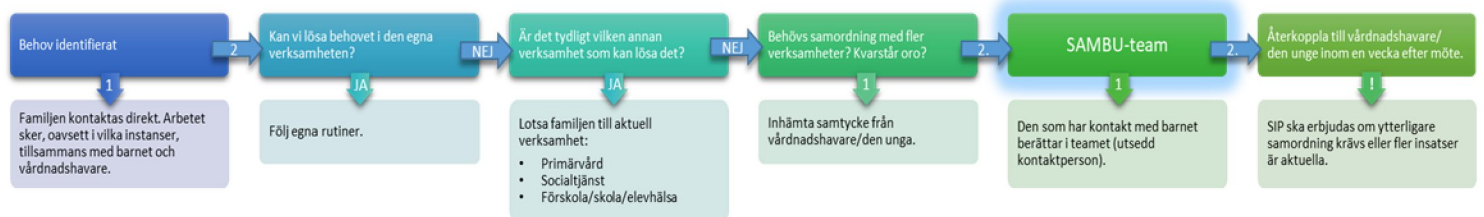
Beskrivning av arbetssätt SAMBU-team

SAMBU-team är ett tvärprofessionellt team som erbjuder samordnat stöd på ett snabbt och enkelt sätt. I gruppen finns det representanter från olika verksamheter som skola/elevhälsa, vårdcentral, rehabmottagning och socialtjänst. När det behövs samverkan, eller i de fall det finns oklarheter om vad som behövs, kan professionella lyfta ärendet till teamet. Teamet träffas på en fast tid och fast plats. Det behöver alltid finnas samtycke från vårdnadshavare för att ta ett ärende till teamet. Efter samtycke från vårdnadshavare resonerar gruppen om vem eller vilka som kan hjälpa familjen på bästa sätt. Efter mötet sker det en återkoppling till familjen om vad det finns för förslag. Det ska utses en person som ansvarar för att följa ärendet och återkoppla till vårdnadshavare och andra berörda verksamheter.

Teamdeltagarna representerar sin verksamhet och arbetar genom sitt ordinarie uppdrag. Avvikelse, systemfel eller andra frågor som inte går att lösa ska lyftas till Partsamverkan Barn och unga, den lokala vårdsamverkansgruppen för barn och unga som finns i varje kommun, rutin finns framtagen. Struktur och ärendegång kan variera utifrån lokala förhållanden i varje kommun. Alla som arbetar med barn och unga inom kommunen ska ha information om till vem de kan vända sig.

Hittills har familjer fått information om teamet från till exempelvis skolsköterska som frågat om familjen vill att teamet ska användas. Det finns information på kommunens hemsidor och framtaget material, men det har främst varit elevhälsan som har lyft frågan med föräldrar.

Bild: Arbetsgång SAMBU-team¹⁶



SAMBU-team har provats i tre kommuner under olika lång tid, två startade i augusti 2019 och ett av teamen startade i augusti 2020, alla tre kommer fortsätta under 2021. Deltagare har varierat i de olika kommunerna, i ett av teamen är det chefer och har mest haft oidentifierade ärenden, i ett annat är det personal och identifierade ärenden.

¹⁶ <https://www.vardsamverkan.se/skaraborg-sambu>

Bild, antal ärenden och föreslagen insats, SAMBU-team Mariestad

Team Mariestad 2019 (sept –dec)	Barn, antal 14
Samtycke	13
Avidentifierat ärende	1
Föreslagen insats	
Arbetsterapeut eller fysioterapeut	7
Familjebehandling	7
Kurator vårdcentral	2
Läkarundersökning	1
Aktualisering	
Elevhälsan	9
Rehabmottagning	3
Vårdcentral	1
Ålder barn	
6-9 år	2
10-12 år	5
13-18 år	7

Resultat och slutsatser av SAMBU-team

Uppföljning av SAMBU-team har genomförts med hjälp av deltagare i teamen och med elevhälsoteam som har använt sig av teamet. Det som framkom var följande:

Arbetsätt med team

- Används för att sortera vilken ordning olika insatser ska genomföras och för konsultation.
- Underlättar för att komma på rätt vårdnivå/rätt insats.
- Samtycke eller avidentifierade ärenden – värde med avidentifierade ärenden, konsultationen kan underlätta vid fortsatt motivationsarbete med föräldrar.
- Team har lett till ökad samverkan mellan elevhälsa, familjebehandling, rehabmottagning och vårdcentral.
- Krävs information till verksamheterna för att öka kännedom om team.
- Ökad kunskap om varandras verksamheter gör att teamen inte alltid behövs, direktkontakt med varandra istället, framför allt mellan verksamheter som har representanter i teamet (kända kontaktvägar).

Upplevelser deltagare i teamet

- Större gemensamt ansvar för barnen – man är inte ensam.
- Träffar i team ger energi och påminner om vikten av att arbeta tillsammans.
- Positivt med ökad kunskap om varandras verksamheter.
- Bra med snabb hjälp, det har varit uppskattat av familjen vid återkoppling.

Tidiga insatser

- Svårt komma in tidigt med insatser – många arbetar på länge inom egen verksamhet.
- Ibland finns det redan många pågående vårdkontakter, frågor till teamet aktualiseras sent.
- Föräldrar vet inte alltid om det finns pågående kontakt med specialistvården.
- Elevhälsan har ofta inte information om barnet har kontakt med olika vårdgivare.

I vissa fall har det tagit tid att sprida information om arbetssättet och teamen har inte alltid använts i så hög utsträckning. En utmaning är att fortsätta sprida information om att teamet finns till familjer. Tillgängligheten för familjer behöver fortsätta utvecklas. Responsen från föräldrar har hittills varit positiv, till exempel att det är bra att få snabb hjälp (både rehabmottagning och vårdcentral har kunnat erbjuda snabba tider), bra med sortering (inte alltid känt vilka kontakter familjen redan har). I flera fall har skolsköterskan fått uppdraget (av familjen) att hjälpa till att kontakta specialistnivån för att höra hur planering går med fortsatt utredning/behandling. Det har varit nödvändigt att betona vikten av utsedd samordnare i teamet och hur återkopplingen ska ske till den som har fått med sig frågan från föräldrarna (ofta skolan). Rehabmottagning eller vårdcentral har ofta varit första insatsen som föreslås efter en teamträff, och elevhälsan har initierat ärendet. Inledningvis var det inte klart hur återkopplingen skulle gå till, förutom till familjen. Det var värdefullt att arbeta med återkoppling även till den verksamhet som hade lyft ärendet (skolan), för att de olika åtgärderna skulle hänga ihop för familjen. Det har inte varit problem med att få samtycke från föräldrarna.

Delaktighet hos barnet har aktualiserats utifrån att det i flera fall var vuxna (föräldrar och professionella) som ville ge olika insatser och förslag, men där barnet visade sig inte vara motiverad och det framkom att barnet inte varit så delaktigt i planeringen.

Utifrån teamets erfarenhet identifierade ytterligare utvecklingsområden. Ibland var det tydligt att det som skulle vara ”första linjen” ofta handlade om komplexa behov. Som ett led i att ytterligare utveckla den nära vården och tidiga insatser har rehabmottagningen och elevhälsan påbörjat ett tätare samarbete på en skola. Om arbetet faller väl ut kommer arbetssättet att spridas till fler skolor. Det handlar om att öka samarbetet, exempelvis utifrån hälsosamtalen och vad som framkommer där, men också för att i större utsträckning ha gemensamma möten och kunna lotsa rätt. Det kan gälla vid risk för övervikt, fysisk aktivitet, stress, rutiner och så vidare. För elevhälsan har rehabmottagningens kompetenser varit ett viktigt komplement.

Sammantaget har teamet använts i varierande grad, men samverkan med direktkontakter mellan verksamheterna, främst skola – vårdcentraler, skola – rehabmottagningar har använts desto mer.

I siffror från vårdcentraler kring antal besök för Mariestad, Töreboda och Gullspång är det en ökning av antal besök för barn 6-17 år till kurator, legitimerad psykoterapeut och psykolog, se tabell.

Antal besök vårdcentral utan tilläggsuppdrag.										
Barn 6-17 år.										
	2017			2018			2019			
	Kurator	Leg psyko-terapeut – ej läkare	Psykolog	Kurator	Leg psyko-terapeut – ej läkare	psykolog	kurator	Leg psyko-terapeut – ej läkare	Psykolog	Total-summa
Töreboda	56		3	79		3	93		2	236
Gullspång	20		25	20			133		6	204
Mariestad	46		21	242		37	627	326	43	1342
Summa	122		49	341		40	853	326	51	1782

Kunskap om varandras uppdrag

Förutom samordnarroll och SAMBU-team har det genomförts arbete kring ökad kunskap om varandras verksamheter. För att kunna erbjuda familjer tidigt stöd är det nödvändigt att verksamheterna känner till varandra och har förståelse och kunskap för varandras uppdrag och roller. I respektive kommun har arbetsgrupper träffats regelbundet, tema för träffarna:

- Information om uppdrag och roller.
- Förväntningar och erfarenheter av samverkansarbete.
- Arbete utifrån oidentifierade ärenden.
- Studiebesök på varandras arbetsplatser.
- Kartläggning av befintligt stöd.
- Kartläggning av hur många barn och ungdomar som söker stöd hos respektive verksamhet, ex hos skolkuratoren på en skola.
- Genomgång av befintliga rutiner/flödesschema – vad är tidiga tecken i respektive verksamhet.

Det framkom att skolorna och primärvården inte hade utarbetat samarbete.

Socialtjänstens förebyggande och främjande arbete var framför allt bekant utifrån familjecentralens arbete men inte lika känt när det gäller barn i skolåldern.

Rehabmottagningen var en ny samverkanspart för flera och har presenterat sitt arbete med barn i flera sammanhang, och har tagit fram en broschyr som visar vilket arbete de gör för barn och hur man kan komma i kontakt med dem. Skolan och socialtjänsten hade mest erfarenhet av samverkan i ett sent skede, när problem har accelererat. För många var det en förflyttning av tankesätt med tidig samordning och vad det kan innebära.

Genom att få ökad kunskap minskar frustration och negativa förväntningar. Kunskapen bidrar till större möjlighet att hjälpa familjen till rätt hjälp. En positiv erfarenhet har varit att deltagarna upplever att det finns mycket mer att erbjuda familjen än vad man tidigare har känt till. För att öka samarbete mellan skola, socialtjänst och primärvård har de gemensamma mötena varit betydelsefulla och grunden för samarbetet.

Barn 0-5 år

Inledningsvis var det främst fokus på skolbarn i projektet. Det framkom behov av fördjupat arbete kring de yngre barnen, utifrån olikheter i organisation kring yngre barn och skolbarn, och även utifrån uppdraget att arbeta med tidiga insatser. Organisationen för yngre respektive äldre barn skiljer sig åt, där barn 0-5 år har kontakt med BVC och förskolan inte har samma organisation med elevhälsoteam som för skolbarn. Det identifierades några utvecklingsbehov som en av de deltagande kommunerna arbetade vidare med för de yngre barnen. Gemensamma workshops genomfördes med Familjecentralen, representant från IFO, förskolerektorer och BVC-sköterskor från privata och regionala BVC. Genom att kartlägga processerna för respektive verksamhet, från första tecknet på oro till när insatser ges, har fortsatta aktiviteter planerats för kommande år.

Kartläggningen visade att flera av verksamheterna arbetade på länge inom sin verksamhet för att ”använda hela sin verktygslåda” innan man tog hjälp av andra, vilket gjorde att stödet ibland kunde komma in sent. Rutiner för stöd till barn har ändrats, där hjälp från annan verksamhet inte längre ligger sist i ett flödesschema, utan kan komma in när som helst under processen. Påbörjat arbete kommer att fortsätta inom befintliga verksamheter och följas av familjecentralens ledningsgrupp.

Enkla kontaktvägar

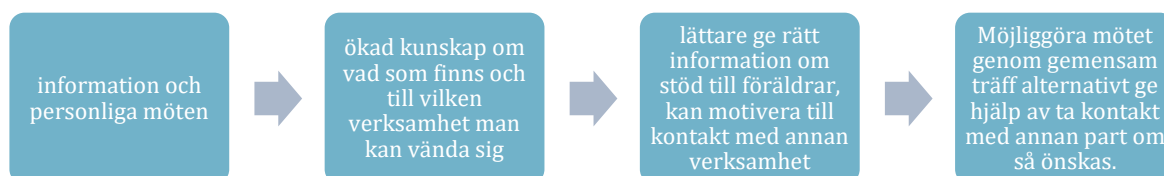
För att möjliggöra tidiga insatser behöver det finnas enkla kontaktvägar mellan verksamheterna. Det ska inte bygga på person utan funktion. Förutom arbetsgruppernas arbete med att lära känna varandra och få kunskap om roller och uppdrag, vilket har lett till enkla kontaktvägar, har kontaktlistor upprättats som kommer uppdateras av Partsamverkan barn och unga (den lokala vårdsamverkansstrukturen) eller av familjecentralernas ledningsgrupp. Två av kommunerna har sammanställt en gemensam powerpointpresentation med information om alla verksamheter som ingår i Partsamverkan, uppdrag, kontaktvägar, som ska spridas till personal, för kontinuerligt samverkansarbete. En utmaning har varit att dela material på gemensamma plattformar, då alla har olika system.

Tillgänglig information

Att veta vad som finns för stöd och förmedla det till föräldrarna/barnet/den unge har varit en viktig beståndsdel i arbetet. I projektets start framkom i intervjuer att både föräldrar och yrkesverksamma tyckte det var svårt att hitta information. Arbetsgrupperna har utifrån varje kommuns hemsida genomfört en del förändringar. Nya intervjuer med nio

vårdnadshavare har genomförts för att få in förslag och synpunkter på vad man söker information om, vad man saknar och hur man vill att det ska se ut. I intervjuerna framkom att det är främst på sociala medier man letar efter information, ibland på 1177, ofta vänder man sig till kompisar eller egna föräldrar.

Deltagarna har formulerat att professionella behöver ha kännedom om *vad* det finns för stöd, veta till *vem* man kan vända sig och erbjuda *stöd* med att få kontakt (inte bara lämna kontaktuppgifter), se följande bild.



Tillgänglighet och samarbete med specialistnivå

Den nära vården och samarbetet med primärvården och ungdomsmottagningen har varit i fokus. I projektet har specialistvården främst varit med konsultativt, i de fall det uppstått frågor kring vårdnivå och remisser. Ett sätt som provades under ett år var att psykolog på BUP erbjöd konsultationstid för alla yrkesverksamma en timme i veckan, där det var öppet att ringa och rådfråga. Flera verksamheter tyckte det var positivt, då de inte tidigare hade haft upparbetat samarbete med BUP. Nu erbjuder BUP konsultationstid med läkare och alla kommuner i Skaraborg har möjlighet att använda sig av detta.

Erfarenhet från ett av teamen var att familjerna inte alltid kände till om det fanns en pågående kontakt med specialistvården eller inte, och det var inte heller något som skolhälsovården kände till. I dessa fall blev skolsköterskan en viktig brygga mellan familjen och specialistnivån. En fråga om vilket stöd som ska ges under tiden barnet väntar på utredning/behandling på specialistnivå är ständigt aktuell. Två intervjuer genomfördes med föräldrar som väntade på specialistnivå för att få med deras tankar om vad som behövs under väntetiden. Ibland tog föräldrar kontakt med primärvårdsnivå för att ”komma igång med något stöd” i väntan på specialistnivå. Utifrån olika journalsystem gick det inte att se när föräldrarna tog kontakt att de redan fanns pågående på specialistnivå. Utifrån detta tog Rehabmottagningen och BUP fram en lokal rutin, för att tydliggöra BUP:s remisser till rehabmottagningen, för insatser och uppföljning. Under ett halvår skickades cirka 30 remisser.

Spridning

I uppdraget ingick det att sprida erfarenheter från projektet till övriga kommuner i Skaraborg. Befintlig struktur för vårdsamverkan har använts för att nå ut. De lokala vårdsamverkansgrupperna, Partsam Barn och unga, har ett uppdrag som överensstämmer väl med projektets uppdrag.¹⁷ Det pågående arbetet med implementering av nya *Riktlinjer*

¹⁷ [Barn och unga - Public VardsamverkanVG](#)

för SIP och Överenskommelsen om samverkan för barn och ungas bästa ligger också nära SAMBUs arbete, vilket underlättar för att nå ut med erfarenheter. Information om projektet har spridits på Vårdsamverkans hemsida, genom möten med Partsamverkansgrupperna och genom ledningsgruppen, Samverkan barn och unga. Det har funnits stort intresse hos Partsamverkansgrupperna för att utveckla tidiga samordnade insatser. Flera har ett pågående arbete med socialtjänst och skola men det är inte lika vanligt att primärvården är med i den praktiska samverkan för barn i skolåldern. Ibland utvecklas parallella arbeten där man inte använder sig av andras erfarenheter och det har framförts önskemål om mer processtöd och utbyte mellan kommunerna.

Samverkansgruppen barn och unga har tidiga, samordnade insatser som ett av tre områden i sin handlingsplan för 2021-2023, där målet är att varje kommun ska ha ett lokalt SAMBU-team. Det är viktigt att ha en tydlig ledningsstruktur kring arbetet och vårdsamverkan utgör en naturlig plattform för fortsatt arbete och organisation.

Avvikelser

Intervjuer med föräldrar och barn som var aktuella i teamet var planerade under 2020 men har av flera anledningar inte gått att genomföra, bland annat för att flera av de ärenden som har lyfts i teamet har varit avidentifierade, där professionella har haft behov av konsultation och det har heller inte varit lika många ärenden som har lyfts i teamet som innan pandemin. Flera andra intervjuer med föräldrar har gjorts, om informationsvägar och vad föräldrar önskar för stöd under tiden barnet står i kö till vård på specialistnivå. Mariestad, Töreboda och Gullspång kommer under 2021 delta i systematisk uppföljning från TSI (skolverket och socialstyrelsen) och då ingår även enkäter till barn och unga, vilket kan ge en fördjupad bild av föräldrar och barns erfarenheter.

Utvärdering

Projektet har inneburit många nya samarbeten mellan verksamheter som tidigare inte har känt till varandra. Det är fler barn och unga som har kunnat få tidigt stöd genom att kontakter har upparbetats. I verksamheterna har det funnits ett stort intresse för ett gemensamt arbete och det har varit en förutsättning för utveckling av arbetssätt. Många av de förbättringar som har genomförts är enkla, som kontaktlistor och se till att möten organiseras så att verksamheter träffas, men görs inte av sig själv, åtminstone inte första gången det ska genomföras. Verksamheter är olika vana att arbeta med samverkan. För de verksamheter där det redan ingår mycket samverkan, exempelvis på Familjecentralen, har projektet inte medfört så stora förändringar men har ändå beskrivits som positivt med ökad kunskap och nya samverkansparter. För de som tidigare inte samverkat i lika hög grad har det medfört stor skillnad.

Samordnarrollen har provats på olika sätt. Det kan tyckas självklart att tydliggöra vem som är familjens kontakt, men har ofta visat sig vara oklart, både för familjen och för de professionella som finns kring familjen. Att lyfta vikten av samordnarrollen gör att det läggs större tyngd vid funktionen, oavsett organisering av samordnarrollen. I uppföljningen av samordnarrollen BUSE framkom att det ofta räckte med att lotsa rätt, efter att ha hjälpt

till med kontaktuppgifter och att man sett till att familjen kommit rätt så har det varit tillräckligt stöd. Att vara BUSE var ett sätt att lyfta barnperspektivet i verksamheten, speciellt för de verksamheter som arbetar med både barn och vuxna. BUSE-rollen uppfattas som ett bra arbetssätt men kräver tid och stöd från ledning för att få det att fungera. Utmaningar som har identifierats är att nå ut med information om att rollen som BUSE finns, risk att det blir personbundet och omfattning av uppdraget. Vid behov av omfattande samordning finns det tveksamhet till att få utrymme i sin tjänst. BUSARna beskriver sitt uppdrag mer som länk (förmedlar kontakter) än spindel (hålla ihop alla trådar).

Slutsatsen av samordnarrollen är att fokus ska ligga på att lotsa rätt, vara tydlig med vem som samordnar, inte skapa en extern tjänst, utan istället utgå från den som har mest kontakt med barnet. Detta har ofta visat sig vara någon i elevhälsan, eller en befintlig vårdkontakt.

Tydliga kontaktvägar och kunskap om varandras uppdrag ligger till grund för ett gemensamt arbete kring barn och unga, oavsett vilken modell vi väljer att arbeta utifrån. En slutsats är att det inte går att lyfta ut ett moment och bara arbeta med det, utan samverkansarbete består av många kuggar. Att anordna gemensamma träffar och utbildning är ett sätt att närma sig varandra, men det är nödvändigt med koppling till organisation och styrning för att samverkan ska utgå från funktion istället för person och för att upprätthålla strukturen för samverkan. Det är viktigt att ledningen uppmuntrar medarbetare till att använda sig av sina kontaktvägar och utarbetade metoder för samverkan, exempelvis team, för att hålla kunskapen vid liv.

SAMBU-team är ett sätt att arbeta på som gör att det finns en struktur och kontinuitet i samverkansarbetet. Det har tagits många direktkontakter mellan elevhälsa – rehabmottagning, vårdcentral eller familjebehandling och det är positivt med enkel väg in, men det fungerar utifrån att medarbetarna som arbetar känner till varandra just nu. För att upprätthålla arbetat över tid är SAMBU-team ett verktyg som kan användas, då det är ett team som träffas på en fast tid med utsedda deltagare. Att arbeta med team kan användas både för att samordna för familjen och för att ta hjälp av varandra inom verksamheterna och även för att utveckla och följa upp SIP, barnrättsperspektiv eller andra aktuella utvecklingsområden. Det är ett enkelt sätt att arbeta med konkret samverkan, där det både för med sig positiva effekter för familjer som för professionella.

Tidiga insatser har krävt ett förändrat arbetssätt som kräver stöd från chefer och politik. En förutsättning för att vårdgivarna ska kunna samordna sig är att de möts i ett tidigt skede. Resursbrist och ökad belastning av arbetsuppgifter inom sin organisation kan påverka möjligheten att delta, och för att gå från personbundet till funktion behövs stöd från ledningsstruktur. Små enheter innebär ofta att det är få personer som arbetar med flera uppdrag, till exempel med både vuxna och barn. Detta har påverkat möjligheten till att vara med i det praktiska arbetet men genomgående har det funnits en stor vilja och intresse för att delta. Genom att arbeta med befintliga resurser är möjligheten större att fortsätta med påbörjat arbetssätt, men det finns ändå en risk att samverkansarbete faller när andra behov är stora. Detta behöver tas i beaktande i fortsatt arbete.

Det finns en variation i hur vårdcentralerna arbetar med psykisk hälsa för barn och unga, inledningsvis var uppfattningen att få vårdcentraler arbetade med barn, men detta har utvecklats under projekttiden och ett ökat antal barn söker sig till vårdcentraler.

Vårdcentraler med utökat uppdrag används sällan av invånarna i norra Skaraborg. Det är positivt att fler digitala möten erbjuds och kan öka möjligheten till kontakt.

Projektet har varit praktikbaserat och utveckling av arbetssätt har till stor del skett genom möten. Det har varit till nytta men det innebär också att arbetet har sett olika ut i kommunerna. Det har inte funnits intresse av ny modell som stöper om redan befintligt arbete, utan har mer handlat om att utveckla och koppla ihop aktörer, till exempel gå från samarbete skola – socialtjänst till att även inkludera primärvård.

Spridning i Skaraborg har utgått från Vårdsamverkansstrukturen. Arbetet i kommunerna har kommit olika långt men det pågår mycket utvecklingsarbete och ofta känner de inte till varandra. Vårdsamverkan har en viktig roll i det fortsatta arbetet.

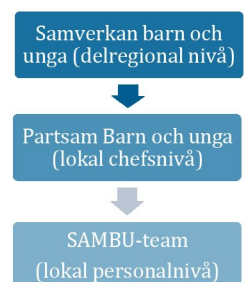
Sammanfattningsvis har projektet uppnått sitt mål med att tidigt erbjuda samordnat stöd samt att sprida erfarenheter i Skaraborg men det är ett ständigt pågående utvecklingsarbete som behöver underhållas.

Förbättringsförslag

Det finns samverkansavtal och rutiner på regional och delregional nivå men det saknas ofta tydliga rutiner och riktlinjer för hur arbetet ska ske lokalt och i konkret arbete för barn i skolåldern. Jämförelsevis finns det familjecentraler för yngre barn i de flesta kommuner, med både ledningsgrupp och praktiskt arbete. Även om familjecentraler kan se olika ut, är tanken med gemensamt arbete förankrad hos deltagarna och ett inarbetat koncept. I Vårdsamverkan Skaraborg finns det trepartsgrupper, för vuxna med missbruk och psykiatri, där samverkan sker på lokal ledningsnivå och lokal handläggarnivå.¹⁸

Utifrån detta rekommenderas att det skapas en tydlig struktur för praktiskt arbete, kopplat till lokal Vårdsamverkansstruktur (Partsamverkan Barn och unga). För lokalt samverkansarbete behöver det förutom chefsnivå även finnas en personalnivå. Ett led att utveckla arbetet kan vara att arbeta mer med gemensamma mål och aktiviteter i verksamheterna.

Rekommendationen är att arbete med samverkan även fortsättningsvis utgår från strukturen för Vårdsamverkan och att processtöd från Vårdsamverkan ger stöd till lokala grupper, med fokus på att utveckla praktisk samverkan. Detta behöver vara ett långsiktigt arbete och stämmer överens med övrigt arbete som pågår inom Vårdsamverkan. Det kan innebära behov av ytterligare förstärkning av processtöd.



¹⁸ [Vårdsamverkan Skaraborg - Public VardsamverkanVG](#)

Det ser olika ut i organisationerna hur delaktiga man är i det praktiska samverkansarbetet och hur man ser på sitt uppdrag kring samverkan. Varje organisation behöver även arbeta internt med kunskap om samverkan och möjliggöra deltagande.

I projektet har vi provat att arbeta med SAMBU-team och utveckla rollen som samordnare, inom befintliga resurser. Kommunerna kommer fortsätta med sitt påbörjade arbete och det har funnits en önskan om att ha det enkelt – inga dokument eller speciella bedömningsmetoder i första kontakten. Det som efterfrågas är kunskap om varandras roller och uppdrag, enkla kontaktvägar och ett tillitsfullt förhållningssätt till varandra. Det krävs ledning och styrning för att det ska fungera och inte bli personbundet, men arbetssättet i sig är inte resurskrävande eller komplicerat.

Information och enkla kontaktvägar har varit återkommande tema. Idag är det svårt att dela information mellan region och kommun och en rekommendation är att använda Vårdsamverkans hemsida som redan finns. När det gäller det lokala arbetet föreslås Partsamverkan (eller annan lokal samverkansstruktur) ha ansvar för att se till att gemensamt material hålls uppdaterat. En digital lösning för delat material skulle vara till nytta.

I projektet har vi arbetat med verksamheterna och barn på individnivå, men det har också framförts behov av mer riktade grupper/utbildningar gällande rutiner kring kost, sömn, motion och så vidare. Rekommendationen är att detta genomförs tillsammans region - kommun för att få med sig olika kompetenser i arbetet och dela ansvar. På så sätt upprätthålls samverkanskompetens och kunskap om varandras uppdrag.

Ungdomsdialog har varit uppskattat arbetssätt av de ungdomar som har deltagit och har gett professionen många förbättringsförslag. Rekommendationen är att fortsatt dialog med barn och ungdomar systematiseras och planeras gemensamt.

Både när det gäller psykisk ohälsa, fysisk inaktivitet och övervikt är det betydelsefullt med tidiga insatser och flera parter behöver arbeta tillsammans. Hälsosamtal genomförs på skolan med alla barn och skulle kunna vara ett underlag för att arbeta med gemensamma mål. Det pågår ett gemensamt arbete med rehabmottagning och elevhälsa och en rekommendation är att fortsätta med det som har påbörjats för att ytterligare systematisera arbetet. Det är ett arbete som pågår i flera kommuner och ett förslag är att koppla ihop dessa.

Referenser slutrapport

Axelsson, R. & Axelsson, S. (2014). *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*.

Folkhälsokommittén Västra Götaland (2018). *Föräldrar spelar roll*. Slutrapport Utmanande avstamp 2. Gullspångs kommun. (Diarienummer RUN 612-0423-15)

IVO (2020), Tillsyn, Unga med psykisk ohälsa. Hämtat 2020-12-10 från: [Unga med psykisk ohälsa | IVO.se](#)

Jakobsson, I.& Lundgren, M. (2018). *Samverkan kring barn och unga i behov av särskilt stöd*.

Norburg, U. (2019), Föreläsning 2019-04-18. *Att samverka kring barn och unga i riskzonen*.

Sveriges Kommuner och Landsting (2016) Positionspapper psykisk hälsa, barn och unga. Hämtat 2020-12-10 från: [Positionspapper psykisk hälsa, barn och unga - SKR](#)

Regeringskansliet, Utbildningsdepartementet. (2017). *Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga*. Regeringsbeslut (U2017/01236/GV)

Region Västerbotten (2019) HLT Handbok – hälsa, lärande, trygghet. Hämtat 2020-12-10 från: [Microsoft Word - HLT Handbok rev 190430 \(regionvasterbotten.se\)](#)

Skolverket och Socialstyrelsen (20) *Barns medverkan i arbetet med utvecklingen av tidiga och samordnade insatser (TSI)*

Sveriges Kommuner och landsting. (2017). *Förstalinjeboken – Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa*. Hämtat 2020-12-10 från: [Första linjeboken. Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa \(uppdragpsykiskhalsa.se\)](#)

Sveriges Kommuner och Landsting (2018). *En samordnad eller samlad barn- och ungdomshälsa – en idéskrift om hur vi ska möta ökad psykisk ohälsa hos barn och unga*

Sveriges kommuner och regioner. (2020). Hämtat 2020-12-10 från: <https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/skola-och-elevhalsa/elevhalsa/elevhalsobaserad-modell-for-forsta-linjen/>

Socialstyrelsen (2013). *Att samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*.

Socialstyrelsen (2017), *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning*

Västra Götalandsregionen, Västkom. (2018). *Handlingsplan för psykisk hälsa 2018–2020*.

Västra Götalandsregionen, (2019). *Slutrapport Nära vård Norra Skaraborg*.

Västra Götalandsregionen (2020) *Ungas psykiska hälsa – förstärkt första linje i primärvården*, Slutrapport – pilotprojekt år 2017-2019

Västra Götalandsregionen, Koncernstab Hälso- och sjukvård, Almgren, P (2018). *Barn och unga – komplexa behov och vägar framåt* (Diarienummer HS 2018-00358)

Västra Götalandsregionen, Avdelningen Social hållbarhet (2020), *En sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård - Kartläggning av särskilda satsningar inom Västra Götaland* (RS 2020 – 05783-1)

2014-02-19

Dokumentnamn:

Diarienummer:

Beslutad av: Förnamn Efternamn

Kontaktperson: Namn, förvaltning, avdelning

Produktion:

Foto:

Tryck:

Du kan beställa fler exemplar via:

Telefon XXX-XXX XX XX

E-post: fornamn.efternamn@vgregion.se