



Projekt små barns psykiska hälsa
2025-01-09

Implementeringsplan

Datum: 2025-01-09
Dokumentnamn: Implementeringsplan för Projekt små barns psykiska hälsa
Uppdragsgivare: Elisabeth Tullhage och Karin Colliander,
Psykologmottagningar föräldraskap och små barn
Författare: Ann Nyström, projektledare och internkonsult,
Kompetenscentrum, Fastighet, stöd och service

Förord

Denna implementeringsplan är framtagen under september-december 2024 för projektet små barns psykiska hälsa på uppdrag av Elisabeth Tullhage, områdeschef och Karin Colliander, projektledare.

I implementeringsplanen föreslås olika åtgärder. Innebörden i förslagen är att se över och vid behov justera om åtgärdens innehåll redan finns och i annat fall att skapa eller sammanställa något nytt.

Arbetet med implementeringsplanen har inneburit datainsamling från skriftliga källor, intervjuer med utsedda referenspersoner och dialoger/workshoppar med ledningsgruppen och projektpsychologer utöver löpande avstämningar med uppdragsgivarna. Efter synpunkter och kommentarer från den utökade styrgruppen justerades implementeringsplanen och godkändes av styrgruppen 2025-01-08.

Den primära **målgruppen** för implementeringsplanen är projektets styrgrupp, arbetsgrupp och projektpsychologer samt ledningsgruppen för område *Psykologmottagningar föräldraskap och små barn*. Vidare kan planen med fördel läsas av medarbetare inom området och av de mest berörda vårdgrannarna; till exempel BVC, central barnhälsovård och BUP.

Sammanfattning

Målgruppen små barn med symptom med psykisk ohälsa är en angelägen målgrupp att behandla och det finns både motivation och drivkrafter i verksamheten för detta. Vårdmodellen, som pilotprojektet små barns psykiska hälsa har arbetat fram och testat några år, visar på goda behandlingsresultat och fyller ett tomrum i vårdkedjan idag.

I framtagandet av denna implementeringsplan har hinder och möjliggörare för implementeringen undersökts. Den sammanvägda bilden är att det finns goda möjligheter för implementering under förutsättning att ett antal parametrar omhändertas, såsom oro för att inte räckta till (tid, kompetens) i uppdraget och oro för undanträngningseffekter. Åtgärderna handlar bland annat om en viss differentiering av medarbetares arbetsuppgifter, kompetensutveckling och en varsam uppföljning av eventuella undanträngningseffekter och andra relevanta indikatorer. Även långsiktiga effekter av implementeringen behöver följas.

Föreslagna aktiviteter i implementeringen är sammanställda i en checklista (se bilaga) med tillhörande mall för tidsplanering.

Innehåll

Förord.....	2
Sammanfattning.....	2
1. Inledning	5
Bakgrund och syfte.....	6
Mål och omfattning	7
Budget och resurser.....	7
Pilotprojekt små barns psykiska hälsa	7
2. Innovationen	9
Innovationens kärnkomponenter	9
Frihetsgrader.....	9
3. Kontexten	10
Nuläge.....	10
Hinder	11
Möjligheter och möjliggörare.....	13
4. Passformen.....	14
Överlag en god passform.....	14
...och samtidigt en ganska stor utmaning	14
5. Implementeringsstrategi.....	15
Implementeringens aktiviteter och beslut baseras på ett ramverk med vägledande principer:.....	15
Förslag på åtgärder.....	15
Förändringsledning.....	19
6. Organisera arbetet.....	20

Roller i implementeringen	20
Implementeringsansvarig	20
Implementeringens ägare	20
Implementeringsledare	21
Modellmentorer (projektpsykologerna).....	21
Vårdmodellägare	21
Områdets ledningsgrupp (OLG)	22
Referensgrupp	22
7. Kompetensutveckling	22
8. Tidsplan.....	23
Införandestrategi.....	23
Förberedelsefas	24
Etapp 1 - pionjärmottagningar	24
Etapp 2 – fler mottagningar	24
9. Uppföljning & utvärdering	25
Olika typer av indikatorer	25
Aktivitetsindikatorer	25
Resultatindikatorer	26
Plan för uppföljning och utvärdering	27
10. Avslutande reflektioner	28
Referenser och källor.....	28
Bilaga	29

1. Inledning

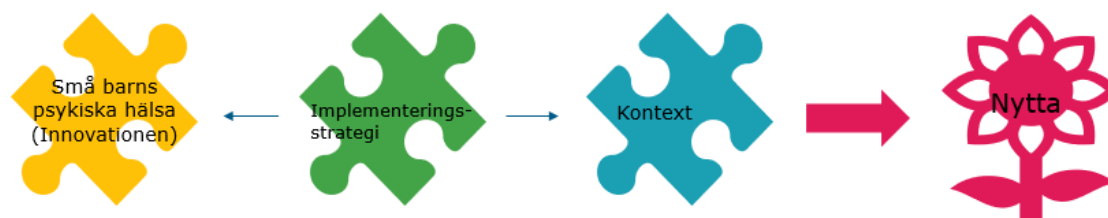
Det är mycket som ska implementeras i organisationer. Det kan handla om nya arbetssätt, ny kunskap, nya processer, ny teknik, nya IT-system. Implementering innebär att det nya förs in och integreras i en organisation. Detta nya kan vara av olika slag. I denna implementeringsplan handlar det om en ny vårdmodell för bedömning och behandling av små barn med psykisk ohälsa. Modellen har utarbetats inom pilotprojektet små barns psykiska hälsa.

En implementeringsplan syftar till att beskriva vad som ska implementeras var och när samt vem som gör eller ansvarar för vad, men också vem/vilka som berörs.

I arbetet med denna implementeringsplan har inspiration hämtats från Implementeringsboken¹. Nyttan med en implementering behöver kunna beskrivas med ett tydligt varför, ett tydligt syfte och så inleds också denna plan. Vidare beskrivs det som ska implementeras: "Innovationen", med dess kärnkomponenter och kontexten i vilken Innovationen ska implementeras.

Implementeringsstrategi

I Figur 1 visas Implementeringspusslet. Implementeringsstrategin bör uppfattas som en bro eller brygga mellan nuläget kontext och innovationen. Passformen mellan dessa två avgör vad implementeringsstrategin behöver innehålla för åtgärder och hur omfattande den behöver bli. Implementeringsstrategin beskriver åtgärder för att undanröja hinder (av typerna veta, kunna, vilja) och åtgärder som innebär att man tar vara på existerande möjliggörare.



Figur 1 Implementeringspusslet (något omarbetat)

¹ Implementeringsboken – Så inför du nytt som gör nytta (2023) av Henna Hasson och Ulrica von Thiele Schwarz.

Om passformen mellan kontext och innovation är god innebär det att förhållandevis få åtgärder behövs för att få implementeringen att ske. Om passformen inte är så god behövs mer omfattande åtgärder. För att inte ändra på innovationens nytta så handlar åtgärderna i första hand om förändringar i kontexten.

Om Innovationen implementeras fullt ut och så som det var tänkt kan man förvänta sig nytta på sikt men också resultat (ex. behandlingsresultat) på kortare sikt.

Bakgrund och syfte

Symptom på psykisk ohälsa är lika vanligt hos barn 0–5 år som hos skolbarn. På grund av att det i VGR idag inte finns något behandlingsuppdrag inom primärvården för de yngsta barnen med psykisk ohälsa riskerar de att osynliggöras och i stället söka vård senare under uppväxten. Detta glapp i vårdutbudet uppmärksammades och ledde under 2021 till det politiskt initierade pilotprojektet ”små barns psykiska hälsa”. Inom ramen för projektet har det skapats en vårdmodell där små barn och deras föräldrar tidigt och sömlöst erbjuds korta behandlande insatser inom *Psykologmottagningar föräldraskap och små barn*, en verksamhet som redan idag är specialiserad på att möta föräldrar och små barn.

I datainsamlingen, exempelvis i intervjuerna med referenspersoner, framkommer att det är mycket tydligt varför innovationen behövs. Sammanfattningsvis har referenspersonerna lämnat följande utsagor:

- Det handlar om en patientgrupp som *Psykologmottagningar föräldraskap och små barn* redan idag har det övergripande ansvaret för, men inte det formella uppdraget att ge behandlingsinsatser till.
- Man ser inte att de behandlande insatserna finns, eller kan göras, i någon annan verksamhet.
- Det är en patientgrupp som behöver insatser som inte annars får det och som inte kan tala för sig själv. Gemene man vill eller kan inte se att små barn kan ha psykisk ohälsa.
- Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) vänder sig till åldrarna 0–18 år (med medel till svår problematik) och Ungas psykiska hälsa (UPH) har gruppen 6–18 år. Detta är en byggsten för att komma närmare ett helhetsgrepp vad gäller insatser.
- Det nationella barnhälsovårdsprogrammet är en bra grund för att upptäcka bekymmer, men har inte ett behandlande uppdrag vad gäller psykisk ohälsa.

- Psykologer uttrycker att det är roligt och givande att få jobba på detta sätt, att få träffa barnen. När man träffat också barnet så pratar man som psykolog med föräldrarna om barnet på ett annat sätt. Och föräldrarna kan säga att ”du har ju också träffat barnet”. De lite äldre barnen i åldersspannet 0–5 år kan också vara mer delaktiga i behandlingen.
- I det ordinarie uppdraget träffar man idag föräldrar och ser behovet men har ingenstans att hänvisa dem. Istället ges mer av insatsen föräldrastöd. Med behandlingsinsatser att erbjuda de små barnen möjliggörs också för BVC att kunna skicka patienterna vidare när man identifierat behov.

Mål och omfattning

Verksamhetens mål är att erbjuda målgruppen barn 0–5 år behandlande insatser enligt framarbetad vårdmodell i pilotprojektet. Ett likvärdigt utbud i hela Västra Götalands län innebär att insatser till barnen ska kunna ges med alla enheter (och till viss del psykologmottagningar) som utbudspunkter när implementeringen är klar. Fullgjord implementering innebär att alla enheter har psykologer med rätt kompetens, spridda över enhetens mottagningar, och att arbetsfördelningen i personalstyrkan är utformad för att minska sårbarheten vid frånvaro.

Tidsram: Vårdmodellen ska vara fullt implementerad senast under 2026 (se vidare avsnittet Tidsplan).

Budget och resurser

Verksamheten har fått 6 miljoner kronor i statsbidrag för 2025. Budgeten avses användas till att täcka personalkostnader i övergången från pilotprojekt till ordinarie verksamhet, inköp av leksaker/utrustning och viss lokalanpassning samt till anlitanade externa personella resurser såsom utbildare/handledare. Utöver statsbidraget för 2025 finns inte något beslut om att bestående utöka ramen för verksamheten.

Pilotprojekt små barns psykiska hälsa²

Sedan den 1 september 2022 pågår pilotprojektet Projekt små barns psykiska hälsa på fem platser i VGR. Syftet med projektet är att ge ökade insatser till små barn med symptom på psykisk ohälsa och deras föräldrar.

² Texten i detta avsnitt är hämtad från Vårdgivarwebben 2024-10-30

Det har tidigare saknats en tydlighet kring det behandlande uppdraget inom primärvården för barn mellan 0 och 5 år med psykisk ohälsa, en "första linje" för de yngsta barnen, något aktuellt projekt fokuserar på. Projektet sker inom ramen för *Psykologmottagningar föräldraskap och små barn* (BUHS, Regionhälsan), som arbetar för och i nära samarbete med barnhälsovården i hela regionen. Verksamheten har uppdraget att ur ett folkhälsoperspektiv främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos barn i förskoleåldrarna. Detta görs genom insatser till blivande föräldrar och föräldrar och barn fram till start i förskoleklass, men innebär sällan arbete med psykologisk behandling som involverar det enskilda barnet. Mot bakgrund av detta tilldelades under 2021

Psykologmottagningar föräldraskap och små barn (BUHS, Regionhälsan) statsbidrag för att "i ett pilotprojekt ta fram förslag på och testa en modell för en "första linje" för de yngre barnen med psykisk ohälsa".

Arbetet inom Projekt små barns psykiska hälsa inleddes under slutet av 2021. Under våren 2022 skapades en modell för arbetssättet och sedan den 1 september 2022 pågår kliniskt arbete med barn och familjer på fem platser i regionen. Projektet kommer pågå under hela 2024 och slutrapporteras under det första kvartalet 2025.

Modellen har det nationella barnhälsovårdsprogrammet som grund och innebär i korthet att de barn och föräldrar som tillhör ett pilotområde (samt som behöver insatser utöver de som ingår i dagens uppdrag för *Psykologmottagningar föräldraskap och små barn*) erbjuds kontakt med någon av de 11 psykologer som arbetar i projektet. Bedömningen kring vilka barn som erbjuds dessa insatser görs av ordinarie psykolog.

Pilotverksamheten utgår från ett urval barnavårdscentraler (BVC) i regionens fem nämndområden (Fyrbodalen, Södra Bohuslän, Göteborg, Södra Älvsborg och Skaraborg) och hänsyn har tagits till en god sammansättning vad gäller stad, landsbygd och socioekonomi. Sedan sommaren 2023 är projektarbetet i Fyrbodalen förändrat och innefattar i dagsläget enbart ett antal avgränsade insatser. Konsultationer och övriga insatser från psykologmottagningarna fortgår oförändrat och projektet innebär inga förändringar i arbetet på BVC.

Projektet är organiserat under Barnuppdraget. Ett kontinuerligt arbete kring samverkan med andra projekt och verksamheter pågår med målet att arbetssätt och samverkansformer på ett sömlöst och effektivt sätt ska kunna möjliggöra rätt insatser till de yngsta barnen med psykisk ohälsa i vår region.

2. Innovationen

Innovationen är en ny vårdmodell för första linjen för behandling av barn 0–5 år med symptom på psykisk ohälsa

Under våren 2022 togs en modell för första linjen för barn 0–5 år i VGR fram. Modellen bygger på Barnhälsovårdens nationella program där en första linje erbjuds sömlöst till barn med symptom på psykisk ohälsa och deras föräldrar inom ramen för den verksamhet som drivs av *Psykologmottagningar föräldraskap och små barn*. Barnen identifieras av psykologer från verksamheten och slussas till den kollega som arbetar med behandlande insatser inom enheten.

Innovationens kärnkomponenter

Kärnkomponenterna är de beståndsdelar i innovationen (vårdmodellen) som bör vara lika över hela implementeringen för att nyttorna (de långsiktiga resultaten) ska kunna uppnås. Kärnkomponenterna bör alltså inte skilja mellan individer, berörda mottagningar eller enheter. I projekt små barns psykiska hälsa har man identifierat följande kärnkomponenter:

- Små barn 0–5 år kan erbjudas behandlande insatser. Sökorsaker, diagnoskoder och insatser med mera beskrivs i handboken för behandling som tagits fram inom projektet.
- Behandlande psykolog träffar barnet fysiskt minst en gång. Barnet är delaktigt fysiskt i rummet i bedömningen av psykiska symptom och relationen med föräldrar.
- Bedömning av barnets symptom, beaktande av förutsättningar och ställningstagande av samspelet barn-föräldrar föregår diagnosättning och behandlande insats.
- Diagnoskod förs i barnets journal.
- Barnet är delaktigt i behandlingen. Behandling ges inom stegvis vård vilket innebär att vissa insatser är stora och andra mindre.

Frihetsgrader

Utanför kärnkomponenterna finns frihetsgraderna, det som utifrån förutsättningarna kan vara olika. Frihetsgraderna handlar främst om hur insatsen ges. Till exempel så kan både psykolog och familj behöva förflytta sig en längre sträcka för att träffas fysiskt minst en gång. Psykologen har också mandatet att bedöma om möten/besök utöver det första kan ske digitalt eller fysiskt.

3. Kontexten

Psykologmottagningar föräldraskap och små barn har som uppdrag att främja psykisk hälsa och förebygga psykisk ohälsa hos barn i förskoleåldrarna genom insatser till blivande föräldrar, föräldrar och deras barn fram till start i förskoleklass. Verksamheten arbetar tillsammans med Barnhälsovården och Mödrahälsovården i hela VGR och tillför övriga primärvården och samverkanspartners psykologisk kunskap och kompetens avseende barnets och föräldraskapets utveckling. Verksamheten erbjuder föräldrastöd individuellt och i grupp samt korttidsbehandling gällande psykisk ohälsa relaterad till föräldrablivande och föräldraskap. Man genomför också bedömningar av barns utveckling på uppdrag av barnhälsovården. Personalinriktade insatser är konsultation, fortbildning och metodutveckling. *Psykologmottagningar föräldraskap och små barn* verkar i en vårdkedja under graviditet till barnets övergång till Elevhälsan. Fokus för verksamheten är tidig upptäckt och tidig insats relaterat till det blivande föräldraskapet, föräldraskapet och barnets hälsa och utveckling. Konsultation med psykolog för barnhälsovården (BHV) är första steget i vårdkedjan för att inom barnhälsovården främja barnets psykiska hälsa och utveckling samt förebygga psykisk ohälsa fram till barnet börjar förskoleklass och därmed övergår till Skolhälsovården.³

Inom området finns ca 100 psykologer fördelade på fem enheter med tillhörande ca 25 patientmottagningar. Enheterna är Fyrbodals, Göteborg, Skaraborg, Södra Bohuslän och Södra Älvsborg.

Psykologmottagningar föräldraskap och små barn har många kontaktytor som berörs av implementeringen. I den större kontexten ingår därför också Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) på sjukhusen, barnhälsovården med drygt 200 barnavårdscentraler (BVC), specialister inom barn- och ungdomsmedicin (BUM), barnmorskemottagningar (BMM), socialtjänst, förskolor med flera.

Nuläge

Områdets enheter/mottagningar arbetar inte helt lika idag och har därför olika lång väg till full implementering. Exempel på olikheter/skillnader är:

- Att barnet är med i rummet sker i olika grad och därmed är också psykologernas erfarenhet av att träffa barnen fysiskt olika

³ Information om verksamheten hämtad från Vårdgivarwebben 2024-10-30

- Enheter har större eller mindre fokus på vuxenbehandlingar, tex gravidas oro/ångest
- Alla enheter/mottagningar har samma sökorsaker men använder delvis olika behandlingsmetoder.
- En del enheter har redan infört andra pågående initiativ och metoder (exempelvis småbarnsteam, PIIOS) medan för andra kommer många förändringar att behöva implementeras samtidigt.
- Lokaler/rum för patientbesök är vanligen vuxenanpassade. Utrymme för barns lek, och trygghet i rummet, finns på inte på tillräckligt många ställen.

Områdets enheter har alltså olika utgångsläge, startpunkt och förutsättningar för implementeringen av små barns psykiska hälsa.

Områdets uppdrag är att bedriva jämlik vård och tillhandahålla ett jämlikt utbud i hela regionen. En utmaning är att budgetramen troligen inte kommer att öka samtidigt som innehållet i uppdraget förändras. Med anledning av detta behöver ett antal förutsättningar konkretiseras i tillräcklig grad innan implementeringen startar. Erfarenheter och lärdomar från pilotprojektet kan utgöra grund för en eventuell justering av hur basuppdraget formuleras.

- Roll- och arbetsuppgiftsdifferentiering för psykologerna
- Vilka ärenden/sökorsaker som är psykologmottagningars och vilka som hänvisas eller remitteras.
- Vad kan vara ett norm- eller normalvärde för en insats? (antal besök, total tidsåtgång mm)
- Om/när barn och föräldrar kommer till en mottagning eller psykolog åker ut till familjens närområde

Hinder

Implementeringsstrategin består av åtgärder som omhändertar hinder för implementeringen av innovationen. Hinder, såväl faktiska som upplevda, av typerna veta, kunna vilja har undersökts och redovisas i kluster här nedanför.

Behov av kompetensutveckling

Det finns inom verksamheten stor erfarenhet bland psykologer av att möta och behandla vuxna, men inte alls i samma utsträckning vad gäller barn. Behandling av barn har inte heller samma behandlingsmetoder som behandling av vuxna. Det kan också finnas ett behov av att hjälpa, stötta eller utbilda BVC-medarbetare i att identifiera "rätt" patienter.

Oro för undanträngningseffekter

Behandling av barn kan minska utrymmet för andra insatser, till exempel behandling av föräldrar och det finns en oro för ökade kötider och hur psykologernas tid ska räcka till framöver om det inte blir tydligt vilka insatser som ska tas bort eller minskas på.

Det finns en risk att man underskattar tid för "kringaktiviteter" då man behandlar barn. Det kan handla om att ringa till båda föräldrarna, skolsköterskan/förskolan, BVC, sjukhus. Samordning av alla vårdkontakter och aktörer tar tid från annat och innebär en betydande skillnad jämfört med föräldraskapsstöd. Om t.ex. barnet ska få en behandling så måste båda föräldrarna och alla andra runt barnet vara införstådda med behovet och insatsen.

Synen på det hälsofrämjande/förebyggande i uppdraget

I undersökningen av hinder framkommer att ett fokus på barn med symptom inte överallt i verksamheten upplevs som att arbeta med förebyggande insatser. Inställningen är bland annat att man arbetar med hälsovård och inte sjukvård, man arbetar med förebyggande insatser och inte behandlande. Det finns en oro för att det förebyggande arbetet ska prioriteras ner när mer behandlande insatser ska göras.

Arbetsmiljö, tillhörighet, organisering – att räcka till

Hur arbetet organiseras framöver har väckt frågor och oro. Hur man arbetar och var spelar roll för individen, för teamet och tillhörigheten. Det finns en upplevelse om att allt fler ärenden är allt mer komplexa och att en allt vanligare patientgrupp är familjehem. Utifrån verksamhetens uppdrag handlar det också om att få till rätt kompetens på rätt plats i det geografisk stora och heterogena (storstad, mindre stad/samhälle, landsbygd) län som *Psykologmottagningar föräldraskap och små barn* verkar i.

En farhåga som lyfts är hur man ska orka och räcka till, och om etisk stress. Områdets uppdrag är redan brett (vilket uppskattas!) och alla kan inte vara bra på allt och alltid. Och samtidigt så är kanske just detta en förutsättning för god redundans och robusta mottagningar. Ett annat perspektiv är vad medarbetare på individnivå vill och motiveras av. En del längtar efter att träffa och behandla barnen medan andra kan tycka att det är vuxenbehandlingarna man vill arbeta med.

Kunskap om behandling av små barns psykiska ohälsa ses som otillräckligt i hela vårdkedjan, det finns inte många med en bred kunskap och kunskapen är spridd på många olika verksamheter.

Få lämpliga lokaler med rätt utrustning

I nuläget är lokaler anpassade för att främst ta emot vuxna patienter. Det finns få lämpliga lokaler/rum med ändamålsenlig utrustning/möblering och leksaker för att ta emot besök av barnet och föräldrar.

Många förändringar mer eller mindre samtidigt

Många initiativ/metoder (ex. samspeksbedömningar (PIIOS), småbarnsteam) är på gång att implementeras inom *Psykologmottagningar föräldraskap och små barn* de kommande åren, utöver Millennium. Det innebär en kontinuerlig ström av förändringar för medarbetare med risk för otydlighet i en spridd verksamhet med många kontaktytor.

Möjligheter och möjliggörare

Implementeringsstrategin består även av åtgärder som omhändertar möjligheter och möjliggörare och dessa sammanfattas här nedanför.

I grunden finns en stolthet, motivation och drivkraft att kunna erbjuda behandling med många olika nivåer av insatser till barnen. Det finns även en stolthet i ett viktigt, brett och djupt basuppdrag och inom detta en möjlighet att kunna få specialisera sig lite.

Det finns ett stort engagemang, en nyfikenhet och ett tydligt syfte med vårdmodellen och det upplevs som roligt och positivt att få ge mer av behandlande insatser till de små barnen och att få känna sig trygga, kunniga och kompetenta i detta. Att barnen inte erbjuds psykologisk behandling i nuläget upplevs frustrerande, man ser barns lidande i dagens arbete. Intresset för barnfrågorna är stort i samhället och det finns en god vilja kring målgruppen också från politiskt håll.

Bland framgångsfaktorer för implementeringen nämns

- Pilotprojektets ledning och genomförande, tydligt syfte och avgränsning
- Projektpsykologernas driv och samarbete (inte tävlan)
- Styrningen av pilotprojektet med liten styrgrupp och en större referensgrupp.
- Beslutsfärdighet. Chefer har undanröjt hinder och fattat beslut.
- Framtagande av en Handbok i behandling av små barn med symptom på psykisk ohälsa
- Ordentlig förankring i berörda samordningsråd
- Arbete med och genom BHV-sjuksköterska på BVC i bedömningen av barnen
- På vissa platser förmedlande/utbildning av Solihull-modellen.

4. Passformen

Vårdmodellen små barns psykiska hälsa är på samma gång en stor förändring, för verksamheten och för individer, och inte. Nedan ges en bild av den så kallade passformen mellan innovation och kontext.

Överlag en god passform...

Psykologerna träffar indirekt en stor andel av patientgruppens barn redan idag, i nuvarande basuppdrag, men också ibland direkt i och med utvecklingsbedömningar. Det finns mycket erfarenhet att arbeta med patientgruppen i och med föräldrastödet. Nästan alla problem är bekanta för psykologerna. Det som är nytt är att träffa barnet, samtala med dem om svårigheter och vad de kämpar med och bedöma i rummet, att ta hand om hela familjen i ett behandlingsrum, och känna sig trygg i detta. Många psykologer bedöms ha tillräcklig kunskap för att det ska bli tillräckligt bra.

...och samtidigt en ganska stor utmaning

Det finns många kontaktytor som behöver samverkas med redan i basuppdraget och detta är både komplext och tidskrävande. I behandlande insatser till barn tillkommer fler administrativa kringuppgifter såsom kontakt med båda föräldrar, förskola, socialtjänst mm.

Västra Götalands län är stort och arbetssätten inom verksamhetens enheter varierar och kontaktytor till BUP, BUM, BVC är i olika grad etablerade. Befolkningen finns i såväl större städer som på landsbygden, dvs både nära och långt från en psykologmottagning. En geografiskt mycket stor region och ett kompetensutvecklingsbehov i att behandla de minsta barnen. Det finns sannolikt också ett mörkertal vad gäller antal barn med behov då man kanske inte söker vård om det inte finns tillgängliga behandlingsalternativ.

Styrande dokument, exempelvis regionala medicinska riktlinjer, kan behöva kompletteras med avseende på patientgruppen och gränsdragning BVC. Flera samordningsråd är därmed berörda och ett samlat grepp behöver tas om hur patienterna ska röra sig i vården.

En stor farhåga är att verksamhetens uppdrag växer samtidigt som personalstyrkan inte blir större. Utmaningen här handlar om undanträngning och etisk stress; vad man i och med en implementering måste göra mindre av jämfört med idag för att personalen ska räcka till.

5. Implementeringsstrategi

Implementeringsstrategin ska ses som en bro mellan innovation och kontext. Implementeringsstrategin består av åtgärder för att omhänderta hinder och möjligheter före eller under (längs med) implementeringen.

Implementeringens aktiviteter och beslut baseras på ett ramverk med vägledande principer:

- Implementeringen ska ske så resurseffektivt som möjligt. Det innebär exempelvis att alla berörda får en introduktionsutbildning, men utöver detta görs bedömning på individnivå vilket kompetensutvecklingsbehov man har.
- Implementeringen och dess aktiviteter, och därmed verksamhetsförändringen, ska av medarbetare upplevas som meningsfull, begriplig och hanterbar.
- Förändringen sker inom en övergripande tidsram. Enhetschefer lägger sin tidsplan för implementering inom den övergripande ramen efter förankring i ledningsgruppen.
- Alla enheter ska erbjuda insatser enligt vårdmodellen vid implementeringstidens slut och med resurser som motsvarar barnunderlaget.

Förslag på åtgärder

Boka in kompetensutveckling

Psykologerna behöver få kompetensutveckling för att kunna arbeta med den nya vårdmodellen. Kompetensutvecklingen handlar om att möta barnet och föräldrarna och skapa trygghet i rummet. Det handlar också om symptom, behandlingsmetoder och diagnoser med mera (beskrivs i Handbok i behandling). När den nya vårdmodellen införs så är det också viktigt att kunna stötta eller utbilda BVC i att identifiera "rätt" patienter; vilka som psykologmottagningen omhändertar respektive vilka patienter som bör remitteras till BUP.

De psykologer som ännu inte ska arbeta i den nya vårdmodellen behöver få grundläggande kunskaper om vårdmodellen och om hur och vart de ska hänvisa en patient.

Gemensamt för samtliga psykologer inom verksamheten är god kunskap om kärnkomponenterna.

Hantera oro/farhågor för undanträngningseffekter

Då det finns en risk och oro för undanträngning av andra patientgrupper behöver detta följas upp med regelbundenhet under en implementering, oftare inledningsvis för att få vetskap om oönskade effekter av implementeringen och kunna justera planen vid behov.

Psykologmottagningarna har redan idag ett stort och brett uppdrag, med tillhörande gråskala. Följande parametrar behöver vara tillräckligt tydliga innan implementeringen startar:

- Beskriva gränsdragning i relation till andra aktörer (ex. Socialtjänsten, BUP, BVC, VC). Vilka ärenden är psykologmottagningarnas? Vilka ärenden är det inte (och vems är de då)? Ge exempel från verkligheten.
- Kartlägga innan implementeringen vilka ärenden som kommer in (och varifrån?) och hur de hanteras; omhändertas av psykolog, remitteras (vart?) eller hänvisas (vart?). Fortsätt följa upp ärenden under implementeringen.
- Ett viktigt perspektiv är hur många psykologtimmar som en insats till de små barnen drar. En uppskattning behöver göras och normvärde tas fram, kopplat till stegvis vård. Ett underlag behöver tas fram som kan ge en löpande bild av hur mycket resurser som vårdmodellen drar/förbrukar.

Tydliggöra det hälsofrämjande/förebyggande i uppdraget

Beskrivningen av uppdraget/basuppdraget för *Psykologmottagningar föräldraskap och små barn* behöver tydliggöras i samband med implementeringen av modellen. På primärvårdsnivå är i princip alla insatser förebyggande. Behandlingar av små barn på denna nivå förebygger större eller mer psykisk ohälsa när barnen blir större.

Perspektiv som behöver ingå i beskrivningen är:

- Vad innebär det att arbeta förebyggande och med barn i verksamhetens kontext? När arbetar vi med behandling? Gränsdragning och tydlighet i kommunikation är en utmaning för verksamheter som har både förebyggande och behandlande i sitt uppdrag.
- Vilken målgrupp är vår? Inom ramen för stegvis vård behövs vägledning i vad vi gör för målgruppen beroende på sökorsak.

Få tiden att räcka till med god arbetsmiljö

Det finns en stolthet i att arbeta i en verksamhet med ett brett uppdrag och samtidigt en insikt i att alla inte kan vara bra på allt och alltid. Roller och

arbetsuppgifter kan behöva differentieras i någon grad i takt med att implementeringen pågår. Ett arbete är sedan tidigare påbörjat och innehåller ett "barn-spår" och ett "föräldra-spår". Ett inriktningsbeslut kring denna fråga bör tas i god tid innan implementeringen startar. Inom ramen för ovan beslut bör följande beaktas:

- Verksamheten har ett stort geografiskt upptagningsområde och det är inte möjligt med geografiskt nära och robusta mottagningar överallt. När ska barnen och föräldrarna komma till patientmottagningen och när reser psykologer för att träffa dem i sitt hemområde med eventuell påföljande konsekvens att mer arbetstid går åt till resor för ett ärende? Här finns risk för såväl undanträngningseffekter som etisk stress.
- Det behöver tydliggöras vem som fattar beslut om en insats i ett ärende ska göras eller inte. Detsamma gäller också om en insats inte är tillräcklig och vad nästa steg då är. Liksom om en insats eventuellt behöver avslutas i förtid.
- Förändringen är olika stor för olika enheter/mottagningar och behöver tydliggöras också i ljuset av andra implementeringar och beroenden.
- En etisk stress kan bli fallet hos medarbetare om patienter (ex. föräldrar med psykisk ohälsa) som man träffar idag inte längre ska få samma insats i och med ett förändrat uppdrag. En modell behöver tas fram med vårdcentralerna för de föräldrar som hänvisas dit fortsättningsvis, så de inte faller mellan stolarna. En ökad och robust samverkan med vårdcentralerna är önskvärt och då också personlig kännedom och förtroende för varandras verksamheter, att någon man litar på tar vid.

Besluta om lämpliga lokaler och utrusta dem

Då samtliga enheter ska erbjuda insatser enligt modellen behöver lämpliga lokaler inventeras och beslutas om och utrustning/leksaker införskaffas så att lokalerna är bättre anpassade för att ta emot barnet och föräldrarna.

Vad som är en lämplig lokal i sammanhanget bör sammanställas i ett vägledande dokument. I detta ingår lokalens storlek och utformning, möblering, leksaker och annan utrustning.

Skapa förutsättningar för många förändringar mer eller mindre samtidigt

Många implementeringar och därmed förändringar är på gång i verksamheten. Varje enhet behöver ta fram en plan för när vilka

implementeringar sker och vilka medarbetare som berörs. Området som helhet behöver ha motsvarande planläggning.

Rigga implementeringen så att kollegor till projektpsychologerna kommer igång snabbt och på ett bra sätt med arbetet i nya vårdmodellen

- En introduktionsutbildning behöver paketeras innehållande modellen och dess kärnkomponenter, målgruppen, bedömningar och att ge insatser. Intro ges över en längre tid och paketeringen behöver utgå från ”måste veta innan start” och ”bör fyllas på med allt eftersom”
- Material behöver tas fram om att träffa och prata med barn om svåra saker, kan användas även i APT
- Team i teams – alla som arbetar i ”barnspåret” kan flagga upp ett ärende som man vill ha stöd i. Alla projektpsychologer har koll på Teams-gruppens inlägg. Direkt stöd/konsultation av en projektpsycholog i ett patientärende kan ges i säkra kanaler.
- Forum för erfarenhetsutbyte emellan kollegor. Team i teams ovan kan vara ett forum, men känsliga ämnen behöver säker plats alternativt fysisk plats.
- Fortsatt handledning (extern/intern) och mentorskap inom egen enhet.

Styrande och stödjande dokument:

- I målgruppsdokumentet framgår vilka som erbjuds insatser.
- I Handbok i behandling finns information samlad om sökorsaker, bedömning, insatser och förslag på diagnoskoder mm
- Uppdatera RMR vid lämplig tidpunkt. (Det finns idag inga RMR som tydliggör insats och ansvarsfördelning för den här åldersgruppen, men det kan komma i framtiden. Eftersom första linjen för barn 0–5 år ännu inte finns är vårdnivån inte nämnd i några RMR.)

Planera kommunikationsinsatser

Många intressenter behöver få information om att den nya vårdmodellen, när den implementeras och var. En kommunikationsplan behöver tas fram med tillhörande material för berörda intressenter. Med fördel kan valda delar publiceras på Vårdgivarwebben. Exempel:

- Information till patient (via BVC) om möjlighet till behandling.
- Information till berörda BVC, VC, BUM, BMM, BUP, BNK och andra kontaktytor om vårdmodellen inkl. ärenden/sökorsak och

tidsplan för implementeringen såväl övergripande som per enhet/mottagning

- Information till En väg in (remissportalen) som också behöver medverka i framtagande av remissunderlag för de små barnen
- Information till vårdgrannar om verksamhetens ansvar och vårdnivå för lindriga till måttliga symptom på psykisk ohälsa

Ta fram en uppföljningsplan med indikatorer som gör det möjligt att vid behov justera kursen för implementeringen

Läs vidare i kapitel 9 om uppföljning och utvärdering.

Förändringsledning

Förändringen är olika stor för olika individer, mottagningar eller enheter då man inte startar från samma nuläge eller har samma förutsättningar. En del känner kanske redan att man gör det som förändringen syftar till och att förändringen då inte innebär något nytt. Medan andra upplever att förändringen är mycket stor och undrar hur man ska räcka till i uppdraget. Med utgångspunkt i ovan behöver den primära förändringsledningen ske av och genom enhetscheferna.

Förändringens syfte, svaret på ”varför”, upplevs som mycket tydligt. Förändringskommunikationen behöver ta avstamp i ”varför” och göra förändringen begriplig, hanterbar och meningsfull. Det handlar vidare om att hålla i och hålla ut, att följa upp och vid behov justera implementeringen samt fortsatt involvera och få med medarbetarna.

Som vägledning för förändringsledningen kan Knosters modell för framgångsrik förändring användas. Många olika varianter och omarbetningar finns att tillgå. Här nedanför finns ett exempel.

Vad syftar förändringen till?	+ vi vill	+ vi vet och kan och det finns tillräckligt med resurser av olika slag		+ vi vet och förstår hur och när	= RESULTAT
Vision	Motivation	Kompetens	Resurser	Plan	Framgång
-saknas-	Motivation	Kompetens	Resurser	Plan	Förvirring
Vision	-saknas-	Kompetens	Resurser	Plan	Begränsad förändring
Vision	Motivation	-saknas-	Resurser	Plan	Oro, osäkerhet
Vision	Motivation	Kompetens	-saknas-	Plan	Frustration
Vision	Motivation	Kompetens	Resurser	-saknas-	Ineffektivitet

Figur 2 Faktorer för framgångsrik förändring. Om vision, motivation, kompetens, resurser och plan finns nås framgång enligt modellen. På motsvarande sätt blir resultatet frustration om resurser saknas. ”Vi” i tabellen omfattar organisation, medarbetare, chefer.

6. Organisera arbetet

En implementering bör ske helt och hållet i linjen, implementeringen ägs av verksamheten. Med tanke på vårdgrannar, gränssnitt och alla kontakt- och samverkansytor kan en särskild referensgrupp för implementeringen vara aktuell att tillsätta, om dessa intressenter inte omhändertas på andra sätt.

Roller i implementeringen

Implementeringsansvarig

- Styr implementeringen, hanterar avvikelser från planer (tidsplan, uppföljningsplan)
- Prioriterar, undanröjer hinder, fattar beslut
- Ansvarar för att genomföra riskanalys inför förändringen och att riskerna hanteras
- Beslutar om ramarna för vårdmodellen. Exempelvis om vad ingår i områdets uppdrag respektive vilka ärenden/sökorsaker som ska hänvisas eller remitteras vidare i vårdkedjan.
- Utser ägare för vårdmodellen i linjen.
- Ansvarar för uppföljning och utvärdering
- Avslutar implementeringen när den är fullgjord
- Rollen innehas av områdeschefen

Implementeringens ägare

- Undanröjer hinder, driver på, engagerar och lyssnar
- Tar grundande beslut om insats ska göras eller inte för specifik patient.
- Agerar förändringsledare på enheten och dess mottagningar
- Äger sin enhets implementering och tidsplan
- Följer upp implementeringen med berörda medarbetare, hanterar etisk stress och arbetsmiljöfrågor.
- Beslutar om vilka medarbetare som ska arbeta med vårdmodellen
- Undersöker och bedömer medarbetares initiala kompetensutvecklingsbehov, utöver introduktionsutbildning och säkerställer tid för kompetensutvecklingen
- Säkerställer förutsättningar för implementeringen, t.ex. schema och lämpliga lokaler
- Stödjer medarbetare hantering av ovisshet och osäkerhet.

- Organiserar enhetens medarbetare och arbete för att ta emot fler/andra sökorsaker.
- Återkopplar på uppföljningsplanens indikatorer till medarbetare
- Rollen innehas av respektive enhetschef

Implementeringsledare

- Leder och samordnar implementeringsaktiviteterna
- Följer upp tidsplanen och uppföljningens indikatorer
- Redogör för implementeringens status och avvikelser samt rikshanteringsplanen för implementeringsansvarig och områdets ledningsgrupp
- Tar fram beslutsunderlag
- Säkerställer justeringar och förbättringar i material och förutsättningar baserat på användarnas återkoppling och uppföljning av indikatorer.
- Rollen tillsätts av implementeringsansvarig

Modellmentorer (projektpsykologerna)

- En grupp med ett gemensamt uppdrag att ge olika former av stöd i implementeringen.
- Mentor och förebild i arbetssättet och hur man kan arbeta enhetsövergripande med stöd och lärande.
- Arbetsuppgifter: vägvisare, konsulter i ärenden, mentor för nära kollegor (inom samma enhet/mottagning), kanske utbilda så småningom (i takt med ökad trygghet och expertis) men i närtid snarare dela med sig av sina erfarenheter och utgöra bollplank
- Vägleder och reder i vilka insatser som görs för patientgruppen beroende på t.ex. sökorsak.
- Leder/modererar forum, t.ex. Teams i teams (se kapitel 5 om att rigga implementeringen).
- Bidrar till att hålla Handbok i behandling uppdaterad utifrån nya erfarenheter och kontinuerligt lärande
- Rollen innehas av projektpsykologerna som grupp. Inom gruppen kan individer ha olika roller/arbetsuppgifter.

Vårdmodellägare

- Ägare av vårdmodellen och dess utveckling.
- Håller Handbok i behandling uppdaterad.
- Rollen tillsätts av implementeringsansvarig

Områdets ledningsgrupp (OLG)

Implementeringen följs upp regelbundet. Hanterar avvikelser från plan och eventuella behov av justeringar av plan.

Referensgrupp

Vid behov. Deltagare är representanter från berörda av implementeringen.

7. Kompetensutveckling

Som lärandestrategi föreslås modellen 70-20-10, vilket som princip innebär en inriktning; att 10% av lärandet sker genom utbildningar, 20% sker med kollegor och i handledning/reflektion och 70% sker i arbetet i vardagen.

Samtliga psykologmottagningars medarbetare behöver få en grundläggande kunskap, en **introduktionsutbildning**, om modellen och dess förutsättningar; barnet i rummet, samverkan med vårdgrannar och vilka av kollegorna som arbetar med modellen, vilka ärenden, hur och vart de kan hänvisa. Utbildningen kan även ges som en informationsinsats till vårdgrannar.

För de medarbetare som kommer att arbeta i modellen i närtid görs en individuell bedömning av vilket behov som finns av kompetensutveckling. Det bör även övervägas vilket kompetensutvecklingsbehov som projektpsikologerna har och formatet för detta.

Medarbetare som ska börja arbeta med små barns psykiska hälsa behöver få en djupare erfarenhet av hur man möter och behandlar barnen, en **basutbildning** i modellen små barns psykiska hälsa. Det bör övervägas vilken utbildningsinsats som måste ske innan man tar emot första patienten och vilken påfyllnadsutbildning/fortbildning som behövs längs vägen. Här kan också projektpsikologernas visa på beprövad erfarenhet rörande vilka kompetensutvecklande insatser som behövs och, om möjligt, genomföra en del utbildningsinsatser.

En lärandetrappa för stegvis kompetensutveckling i moduler bör tas fram. I trappan ingår läraktiviteter som kan vara av olika slag; utbildningar, handledning och reflektion, mentorskap, nätverkande och erfarenhetsutbyte, observationer, rollspel, teamövningar med mera.

8. Tidsplan

Psykologmottagningar föräldraskap och små barn har i uppdrag att bedriva jämlik vård och därmed tillhandahålla ett jämlikt utbud i hela Västra Götalands län. Implementeringen av vårdmodellen för små barns psykiska hälsa är, efter förväntat beslut i operativa hälso- och sjukvårdsnämnden (OSN) i mars 2025, planerad att starta i april 2025 och vara klar senast i slutet av 2026. Implementeringen behöver planläggas med andra beroenden och initiativ i åtanke så att det blir en logisk ordning (för ex. kompetensutveckling) med så jämn arbetsinsats över tid som möjligt.

Införandestrategi

Under åren 2022–2024 har pilotprojekt små barns psykiska hälsa bedrivits inom verksamheten. I pilotprojektet har enheternas uppdrag och resursinsatser sett delvis olika ut varför enheterna har olika startpunkter/utgångslägen. Eftersom pilotprojekt är genomfört och utvärderat finns dock en bra grund för implementeringen och införandestrategin.

- Stegvis införande i liten skala som startar med en förberedelsefas, därefter en första etapp med pionjärmottagningar och därefter skalas implementeringen upp i med resterande psykologmottagningar i en etapp 2.
- Efter beslut om implementering startar de första beslutade mottagningarna (pionjärerna) inom varje enhet i en första etapp. Minst en mottagning/enhet och önskvärt är minst två medarbetare på samma mottagning för ökad tillhörighet och engagemang.
- Pionjärmottagningarna är inte desamma som mottagningarna i piloten. Piloterna avslutas i och med projektavslut och arbetet fortgår i ordinarie verksamhet.
- Pionjärmottagningarna är de som har bäst förutsättningar att komma i gång, de som har rätt lokaler och medarbetare som vet, kan och vill.

Det finns både fördelar och nackdelar med kort respektive lång implementeringstid. Konsekvenserna båda alternativen behöver analyseras. Implementering av denna vårdmodell kan vara fördelaktig att göra samtidigt som PIIOS och småbarnsteam.

Förberedelsefas

I förberedelsefasen görs de nödvändiga förberedelserna för att snabbt kunna komma i gång efter att ett beslut om implementering är taget. Det handlar till exempel om utbildningar, rutiner, kommunikationsplanering (även om ärenden/sökorsaker och eventuell utmönstring av patientgrupper/sökorsaker/arbetssätt). Resurser behöver prioriteras för detta förberedande arbete.

En bedömning behöver göras av verksamheten kring hur troligt det är att beslut om implementering tas i slutet av mars 2025 och sätta detta i relation till när man vill och behöver starta de förberedande aktiviteterna. Det handlar i slutändan om hur mycket av förberedelsens aktiviteter som man avsätter resurser för att göra innan beslutet är fattat.

För att inte dra igång allt för omfattande åtgärder innan beslut om implementering av vårdmodellen föreslås att

- de kompetensutvecklande insatser som görs innan beslut stärker medarbetarna i basuppdraget och i redan beslutade implementeringar.
- att nuläge av områdets patientgrupper, sökorsaker, insatser och tidsåtgång tas fram. Denna datamodell utgör sen grunden för kommande implementeringar oavsett art om den utformas så den möjliggör löpande uppföljning. Modellen möjliggör faktabaserade beslut t.ex. rörande oro eller antagande om undanträngningseffekter

Ovan åtgärder innebär inget risktagande; de behöver göras oavsett beslut. Samtidigt så utgör de viktiga förberedelser för att starta implementeringen inom kort efter beslut.

Förberedelsefasens, och implementeringens aktiviteter och ansvariga för dessa är sammanfattade i en checklista, se bilaga.

Etapp 1 - pionjärmottagningar

Alla enheter startar med minst en mottagning och med minst två medarbetare på densamma, en implementeringsstart i liten skala. Antal psykologtimmar som behövs per enhet behöver beräknas utifrån barnunderlaget och erfarenheter från pilotprojektet.

Etapp 2 – fler mottagningar

Övriga mottagningar och medarbetare startar enligt enhetens tidsplan.

9. Uppföljning & utvärdering

Indikatorer syftar till att mäta vad som händer i en verksamhet. En indikator visar på vad man gör i verksamheten och vilka resultat som aktiviteterna leder till.

I en implementering behöver man fånga att innovationen används och som det var avsett. Man behöver också fånga vad användningen resulterar i så att både önskade och oönskade effekter av användningen synliggörs. Man får därmed möjlighet att justera implementeringens innehåll, riktning eller hastighet vid behov.

När implementeringen är fullgjord (och med fördel i halvtid) utvärderas den, erfarenheter hämtas hem, lärdomar sammanställs och presenteras och implementeringsorganisationen upplöses.

Olika typer av indikatorer

För att kunna följa upp implementeringen behövs indikatorer och dessa kan grovt (gråskala finns) indelas i två kategorier; aktivitetsindikatorer och resultatindikatorer

Aktivitetsindikatorer

Aktivitetsindikatorer indikerar framför allt att innovationen används och de bör följas upp relativt ofta under implementeringstiden.

Exempel på indikatorer:

- Antal/vilka psykologmottagningar som erbjuder vårdmodellen, antal utbildade och kompetenta psykologer som är användare
- antal och vilka ärenden/sökorsaker
- antal besök som bokas in och tidsåtgång för dessa och kringuppgifter, tidsåtgång för patienter i målgruppen
- barnet är med vid (första) besök
- diagnoser och insatser, även koppling till stegvis vård
- om ärendet remitteras eller hänvisas. Ex. tidigare (åldersmässigt) remisser till BUP, fler/färre remisser till BUP
- medarbetares upplevelser, ex. arbetsmiljö
- patients upplevelser av besök, ex. bemötande, trygghet

Resultatindikatorer

Resultatindikatorer ger en bild av vad innovationens användning har resulterat i på kort och lång sikt. Resultatindikatorer blickar tillbaka och de närliggande resultaten bör följas regelbundet om än inte lika ofta som aktivitetsindikatorerna.

Exempel på närliggande indikatorer som pekar på resultat på kort sikt:

- resultat av behandlande insats (indikatorer kan finnas i RMR)
- om patient fått rätt insats med rätt kvalitet
- patients/föräldrars upplevelser av att känna sig hjälpta av insatsen
- undanträngningseffekter av olika slag, vilka och antal
- Om mörkertal finns, barn som har behov men inte fångas upp

Exempel på indikatorer som visar på effekter på lång sikt (nyttor)

- minskad vårdkonsumtion
- minskat behov av insatser från andra aktörer i samhället
- bättre socialt fungerande individ
- genomförd skolgång, godkända betyg

Nyttor kan vara hypoteser, har vanligen komplexa orsakssamband, många intressenter och tidsperspektivet är långt. Design av följeforskning (ex. longitudinella och/eller prospektiva studier) och hälsoekonomisk utvärdering är alternativ som bör övervägas för att förväntningar på nytta ska ersättas med evidens.

En hälsoekonomisk analys genomfördes under hösten 2024 och i rapporten⁴ sammanfattas resultatet som följer:

”Resultaten indikerar att tidiga insatser kan minska framtida vårdkostnader och förbättra livskvaliteten, särskilt för barn med diagnoser som innebär höga vårdkostnader. En regional implementering av en primärvårdsmottagning för psykisk hälsa hos små barn beräknas kosta cirka 11,6 miljoner SEK årligen under de första tre åren. Detta inkluderar kostnader för klinisk personal, projektledning, handledning, och andra nödvändiga resurser. Trots de initiala kostnaderna förväntas satsningen minska behovet av mer kostsam specialistvård och därmed frigöra resurser för mer komplexa fall.”

⁴ Hälsoekonomisk utvärdering av projektet ”små barns psykiska hälsa”. Nyttor och konsekvenser av en regional implementering av Emelie Pauli & Stephanie Fledsberg, hälsoekonomer vid Gothia Forum

Plan för uppföljning och utvärdering

Det är viktigt att mäta rätt saker för att snabbt kunna identifiera avsteg från implementeringsplanen och åtgärda dessa. Det är också en fördel om indikatorerna är enkla att mäta och att de är så få som möjligt, men detta är inte ett mål i sig utan en rekommendation/inriktning. Vidare behöver man bedöma behov av nollmätning och vilka indikatorer som har målvärden. Som ett minimum rekommenderas verksamheten att fortsätta använda pilotprojektets indikatorer tills annat aktivt beslut om förändring tas.

En plan för uppföljning och utvärdering behöver tas fram i början av 2025, förslagsvis under ledning av expert inom området indikatorer och uppföljning.

Planen bör innehålla minst följande kolumner:

- Indikatorkategori
- Indikatorn
- Beskrivning/definition av indikatorn
- Målvärde (om finnes)
- Nollmätning (om behövs)
- Frekvens och tidpunkt för uppföljning
- Ansvarig för uppföljning
- Källa (varifrån indikatorns mått hämtas)

10. Avslutande reflektioner

Implementering är ett konditionskrävande arbete där uthållighet och riktning samt styrning är centralt liksom att det ägs och drivs av verksamheten själv. Alla implementeringar för med sig både önskade och oönskade effekter och är därför viktiga att följa upp, särskilt inledningsvis, för att kunna vidta nödvändiga åtgärder. Å andra sidan för även frånvaron av en implementering med sig andra konsekvenser.

Man kan alltid fråga sig när en implementering är klar och när en implementeringsorganisation inte längre behövs. Det enkla svaret är när användningen av innovationen är tillräckligt spridd och uppfattas som en del av den ordinarie verksamheten, inte längre något nytt. Det mer komplicerade svaret är att verksamheten själv måste definiera när implementeringen är klar.

Implementeringen av vårdmodellen små barns psykiska hälsa har många förutsättningar att lyckas, då passformen överlag är god. Utmaningen handlar om budgeten och resurserna med risker för undanträngningseffekter och etisk stress och dessa måste hanteras klokt. Av dessa anledningar är det av värde att följeforskning sker för att med evidens kunna peka på värdet av insatserna och behovet av ökad ram för verksamheten.

Referenser och källor

Information och inspiration har hämtats från många olika källor (exempel ges här nedanför) utöver VGR:s webbsidor och konkreta intervjuer, workshoppar och dialog med medarbetare och chefer.

Underlag från uppdragsgivarna såsom risk- och konsekvensanalyser, målgruppsdokument, projektdirektiv och -plan, verksamhetsbeskrivning, specialistarbete om Föräldraskapsstöd inom *Psykologmottagningar föräldraskap och små barn* – kartläggning och bedömt behov av ytterligare insatser, examensarbete om Föräldrars upplevelser av interventioner inom Projekt små barns psykiska hälsa, firmarapport om Projekt små barns psykiska hälsa – intervjuer kring psykologers upplevelser av medverkan i projektet, utvärdering av föräldrakurser 2023, broschyrer om utvecklingsbedömning och psykologkonsultation, hälsoekonomisk utvärdering och handbok i behandling

Implementeringsboken – Så inför du nytt som gör nytta, Henna Hasson och Ulrica von Thiele Schwartz, Natur & Kultur 2023

VGR:s Innovationsprocess om att planera för implementering och skapa en implementeringsplan

[VGR:s Innovationsprocess - Innovationsplattformen Västra Götalandsregionen](#)

Folkhälsomyndigheten om att implementera insatser inom olika områden

[Stöd för implementering inom folkhälsoområdet – Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](#)

Socialstyrelsen om att implementera nationella riktlinjer

[Implementera nationella riktlinjer – för en jämlik vård - Socialstyrelsen](#)

Bilaga

Implementeringens förslag på aktiviteter är sammanfattade i en checklista (Excel). I dokumentet finns även en mall för att åskådliggöra tidsplaneringen på områdes- och enhetsnivå.



CHECKLISTA