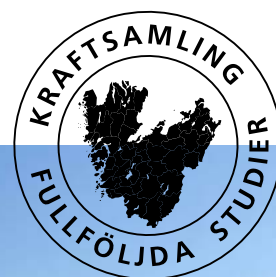


Rösa lederna!

En slutrapport från projektet
En sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa



Förord

Ett varmt tack till alla deltagare för engagemang och värdefulla bidrag i arbetet. Vi har verkligen uppskattat allas bidrag och engagemang till att hitta lösningar på en komplex fråga. För oss har det varit inspirerande att följa en process där ni tillsammans och i en öppen dialog identifierat behoven – men också varit konstruktiva och tyckt till om möjliga förbättringsområden och vägar framåt. Utan er hade vi inte kunnat komma vidare i projektet!

Ett varmt tack också till alla samarbetsparter som stöttat i allt från processledning, vägledning, tips om referenser inom fältet samverkan, till återkommande avstämningar under arbetets gång. Så mycket längre man ser av landskapet när man står på andras axlar och får ta del av erfarenheter och kunskaper som någon redan med möda skapat sig!

Det har varit verkligt utmanande och speciellt att driva projekt under corona-pandemin som fick oss att ställa om processen till en digital sådan under våren 2020. Vi är dock glada och tacksamma för att vi hunnit träffats under hösten 2019 och vintern 2020 och tänker att det gjorde att arbetet smidigt kunde flytta över till en digital fortsättning – även om det innebar vissa förändringar i metodik. Vi fick exempelvis prova att jobba med digitala verktyg istället för att fokusgrupper träffades fysiskt. Vår bedömning är att det inte har påverkat resultatet negativt – snarare tvärtom – vi ser också en styrka att ha kunnat både träffas och arbeta med frågan digitalt. I framtiden underlättar förhoppningsvis arbetsätt med mixade möten utvecklingsarbeten i Västra Götaland som är en region med stor geografisk täckning. Här ser vi att de erfarenheter deltagarna och vi i projektet fått med oss av förändrade arbetsätt också blir en del av denna påbörjade resa.

Maria Sjöblom Hyllstam

Projektledare

En sammanhållen

barn-, elev- och ungdomshälsa

Jenny Lindström Beijar

Projektledarstöd

En sammanhållen

barn-, elev- och ungdomshälsa

Kunskapsstöd för psykisk hälsa

Västra Götalandsregionen

maria.sjoblom.hyllstam@vgregion.se

Kompetenscentrum

Västra Götalandsregionen

jenny.lindstrom.beijar@vgregion.se

© Författare, Maria Sjöblom Hyllstam och Jenny Lindström Beijar

Innehåll

Förord	2
Sammanfattning	4
1 Inledning	6
2 Bakgrund	8
Begrepp och definitioner.....	8
Förutsättningar och Avgränsningar.....	11
Om projektet	12
Projektaktiviteter	14
Samverkan/utbyte med ytterligare angränsande initiativ	15
3 Behovsanalys – summerade insikter	18
Samverkansanda	19
Förebyggande information om varandras verksamheter	19
Kontaktvägar	20
SIP	20
Förhållningssättet att hjälpas åt efterfrågas före att rådge	21
Snårigt system – svårt att hitta rätt person	21
Mer föräldrastöd efterfrågas från skolan	21
Stuprör.....	21
4 Övergripande slutsatser	23
Att hantera samverkan behöver vara en del av varje medarbetares uppdrag.....	23
Förutsättningarna för samverkan i vardagen behöver förbättras	25
Ökad kännedom om varandras uppdrag är essentiellt för samverkan.....	25
Samverkan kring barn och unga bör bygga vidare på befintliga samverkansstrukturer samt i större grad inkludera skolan	27
5 Förslag på konkreta initiativ	28
Initiativ och aktiviteter för att stärka samverkan	28
Kommunikationskanaler för att stärka samverkan	33
Förslag som redan testats i verksamheterna som en del av projektet	36
6 En styrmodellsfråga	38
7 Vägen framåt	40
Strukturella förändringsbehov	41
Konkreta förändringsbehov	42
8 Avslutande ord	44
Efterord	46
Referenser	47
Förkortningar	49

Sammanfattning

Offentlig verksamhet idag har en långt driven specialisering, så också kring barn och unga. Många skulle hävda att det är en nödvändig förutsättning för att det offentliga ska kunna arbeta effektivt. Denna specialisering riskerar dock att skapa onödigt skarpa gränser mellan verksamheter, bidra till kommunikationsproblem och att organisationerna snarare än barnet/ungdomen hamnar i fokus. Behov av samverkan finns på ett tydligt sätt inom verksamheter där man försöker bistå vid komplexa problem eller om svårigheter funnits med en längre tid. Det är även av stor betydelse att få till en fungerande samverkan vid nyupptäckta problem/svårigheter för att undvika onödig påverkan på barns och ungas funktionsnivå som riskerar få negativa konsekvenser för skolgång och framtida mående.

Med ett samhälles ökade komplexitet ökar förväntningar och förmågor att efterfråga goda insatser hos oss alla och samverkan är en förutsättning för att vi som samhälle ska möta utmaningar på ett effektivt sätt och kunna ta till vara på livsmöjligheter och resurser på ett bra sätt. De som har i sitt uppdrag att stötta barn, unga och deras föräldrar löser inte alltid detta på det bästa sätt och medvetenheten om detta är stor men också svårigheten att växla från denna medvetenhet till konstruktiva sätt att möta detta. Projektet är i sig ett samverkansinitiativ från Västra Götalandsregionens (VGRs) kunskapsorganisation för frågor kring psykisk hälsa; Kunskapsstöd för psykisk hälsa (KPH), Avdelningen för social hållbarhet i VGR samt från VästKom – som är västsvenska kommunalförbundens samorganisation. Projektet har haft som huvudsaklig frågeställning att se hur samverkan runt barn och unga med psykisk ohälsa i åldern 6–18 år ska kunna stärkas när de inledningsvis söker stöd för sina bekymmer, vare sig det är hos primärvård, skola eller socialtjänst. Projektets fokusområde har således varit samverkan över organisatoriska gränser med skilda huvudmän (region och kommun) inom Västsverige som i sig består av en region (VGR) och 49 enskilda kommuner. Arbetets ansats har varit att hitta lösningar som efter projektets slut kan genomföras i hela Västra Götaland och kan utföras inom befintliga resursramar.

För att komma nära problemets kärna och identifiera lösningar genom bred involvering av de aktörer som ingår i samverkan runt barn och unga har projektarbetet bedrivits i fyra pilotkommuner: Mark, Örgryte Härlanda (Göteborg), Götene och Orust.

Vårt arbete har landat i att när det gäller att underlätta samverkan behöver det som är basen i kontakten mellan de olika samverkansparterna omhändertas bättre. Vid en snabb anblick handlar det om enkla och vad som kan tyckas självklara saker som att man behöver titta på infrastrukturen för samverkan som hur man får kontakt med den som man kan behöva samverka med, hur man delar information och vilken baskunskap man har om varandras förutsättningar och uppdrag så att man kan efterfråga rätt saker i samverkan.

Arbetets fyra huvudslutsatser är:

1. Att hantera samverkan behöver i större utsträckning än idag vara en del av varje medarbetares arbetsuppgifter och uppdrag – i samtliga berörda verksamheter.
2. Förutsättningarna för att medarbetarna konkret i vardagen ska kunna samverka över gränser behöver förbättras.
3. Ökad kännedom om varandras uppdrag är essentiellt för samverkan - särskilt behövs en ökad kännedom om vad primärvården ska erbjuda barn och unga med psykisk ohälsa. Detta behöver ges både brett till allmänheten och till alla medarbetare inom vård, skola och socialtjänst som arbetar med målgruppen.

4. Arbetet med att stärka samverkan kring barn och unga bör i större grad drivas i befintliga strukturer – så som t.ex. Närvårdssamverkan. För att höja kvaliteten på samverkansarbetet i Närvårdssamverkan bör skolan finnas med i hela samverkanskedjan.

Kopplat till ovan nämnda slutsatser har projektet identifierat ett antal konkreta initiativ som föreslås förverkligas för att ta steg i riktning mot att nå en stärkt Sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa för alla barn och unga mellan 6–18 år med psykisk ohälsa. Dessa är:

- A. Inför en gemensam kontaktgaranti för samverkan
- B. Etablera en struktur för gemensamma terminsmöten över organisatoriska gränser med fokus på samverkan runt barn och unga (6–18 år).
- C. Arbeta med gemensamma webbutbildningar för att sprida samverkanskompetens inom alla berörda verksamheter.
- D. Ge fortsatt stöd till utbildning i användandet av Samordnad individuell plan (SIP).
- E. Satsa på att utveckla och underhålla de lokala närvårdssamverkans-webbplatserna (för att stärka samverkan mellan professionella).
- F. Satsa på att vidareutveckla och värna redan befintliga sidor som 1177 och UMO.se (för att tydligare kommunicera med barn och unga samt vårdnadshavare om var de kan vända sig med frågor om psykisk ohälsa).
- G. Utöka primärvårdens konsultativa arbetssätt - särskilt Ungas psykiska hälsa-mottagnings-arnas konsultationsarbete - genom att bjuda in till dedikerade digitala möten.
- H. Inför säkra vägar för digital informationsdelning över organisationsgränser - ”Säker Digital Kommunikation” (SDK) och/eller genom Framtidens vårdmiljö (FVM).

Som huvudslutsatserna vittnar om har vi också arbetat med frågor av mer övergripande strukturell karaktär och en fördjupning av dessa finns i kapitlet om styrmodellsfrågor. De viktigaste strukturella frågorna vi har lyft berör hur skolans perspektiv i större utsträckning behöver tas tillvara i regional samverkan och hur samverkansfrågor kring barn och unga 6–18 år förtjänar att förtydligas i avtal och överenskommelser mellan de 49 kommunerna och Västra Götalandsregionen.

Rapporten avslutas med en sammanfattning av vägar framåt för de föreslagna initiativen.

1 Inledning

Det är ett faktum att den självrapporterade psykiska ohälsan bland barn och unga ökar.¹ Detta har fört till att efterfrågan i dag på vård vid psykisk ohälsa är större än vad samhället kan möta med ibland långa väntetider som följd. Att uppleva ett hjälpbehov och inte få det mött är en svår sak. Det skapar förutsättningar för en känsla av maktlöshet, som i sin tur påverkar förutsättningarna för inlärning och positiv skolgång. En positiv skolgång och fullföljda studier är i sin tur en skyddsfaktor mot framtida psykisk ohälsa. Att tidigt identifiera barn/unga som har problem eller mår dåligt samt snabbt, lättillgängligt och sammanhållet erbjuda hjälp, stöd och vid behov behandling är betydelsefullt för att minska konsekvenserna av ohälsa i form av t.ex. missad skolgång, upplevelse av utanförskap, utebliven positiv utveckling och på längre sikt försämrad hälsa i ett livslöppsperspektiv. Redan Bowlby (1988)² resonerar kring detta när han pratar om att utvecklingen hos unga följer utvecklingslinjer där tidiga brott på det som är individens möjliga utveckling gör något med utvecklingsmöjligheterna längre fram.

Offentlig verksamhet idag har en långt driven specialisering. Många skulle hävda att det är en nödvändig förutsättning för att det offentliga ska kunna arbeta effektivt. Denna specialisering riskerar dock att skapa onödigt skarpa gränser, bidra till kommunikationsproblem och att organisationerna snarare än barnet/ungdomen hamnar i fokus. Genom lagstiftningen har flera olika vägar skapats för att se till så att medborgarnas behov av samordning och samarbete mellan olika delar i samhällskroppen fungerar. I utredningen *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning (2017)*³ går utredaren igenom förutsättningar för samverkan. Rapporten finner att mängden av lagtexter att ta hänsyn till när man riggar för olika verksamheter och den ökade specialiseringen av de verksamheter som stöttar barn med funktionsnedsättning lett till en starkare avgränsning mellan verksamheter vilket i sig skapat organisatoriska mellanrum, och som medfört att behovet av samordning snarast har ökat. Slutsatsen som utredningen gör är att det inte saknas lagar för att dela upp ansvaret. Utredningen menar att lagstiftaren i teorin är tydlig med var ansvaret ligger. Men hur tydligt är det i praktiken för människor som finns mer verksamhetsnära?

Utredningens slutsatser är:

- Den enskilde får ta ansvar för att helhetsbehovet blir tillgodosett
- Bristande samordning leder till ökade kostnader
- Patientssäkerhetsrisk – funktionsnedsättningen kan förvärras p.g.a. den bristande samordningen

Myndigheten för vård och omsorgsanalys drar liknande slutsatser i en rapport; *Samordnad vård och omsorg - en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, (2016),⁴ där man konstaterar att det är mycket upp till den enskilde att ta ansvar för att helhetsbehovet blir tillgodosett. Man finner också att bristande samordning leder till ökade kostnader. Myndigheten räknar liksom utredningen *Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning*⁵ med att samordningsbrister leder till att patienter riskerar att få tillstånd förvärrade. Särskilt lyfter man att individuella förutsättningar kan variera och styr behovet av samordning, något som man menar i hög grad gäller gruppen barn och unga.

I 2017 års *Tillsyn och tillståndsprövning från Inspektionen för vård och omsorg, IVO*,⁶ slås också fast att enskilda får ta ett för stort ansvar för sin/eller sin närståendes vård och omsorg. De anser att

1 MIND (2018), Unga mår allt sämre eller? Kunskapsöversikt om ungas psykiska hälsa i Sverige

2 Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1–10.

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

4 Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2016), *Samordnad vård och omsorg - en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*

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

6 IVO (2017), *Tillsyn och tillståndsprövning från Inspektionen för vård och omsorg*

det är viktigare att förbättra samordningen än att förtydliga ansvaret med större noggrannhet för vem som har ansvaret vid olika tillfällen. Att det så mycket är upp till föräldrar och egen förmåga att få till samordning/samverkan mellan olika instanser leder till att det i sig minskar tillgången till jämlik vård och omsorg och jämlika förutsättningar för att skapa sig ett gott liv.

Denna slutrapport är det sammanvägda resultatet av ett projekt som varit ett initiativ från Västra Götalandsregionens (VGRs) kunskapsorganisation för frågor kring psykisk hälsa, Kunskapsstöd för psykisk hälsa (KPH), avdelningen för Social Hållbarhet i VGR och från de västsvenska kommunalförbundens samorganisation VästKom - alla organisationer som har som mål att bevaka tillgången till jämlika insatser för Västra Götalands medborgare. Frågan kring samverkan och samordning var således satt i ett välgrundat sammanhang redan från projektets start. Detta har under arbetets gång också synt i det stora intresset bland kommunala och regionala organisationer i Västra Götaland för att följa projektet.

I SKL:s skrift *God samverkan i komplexa situationer; Hur lyckas vi (2019)*,⁷ lyftes flera synpunkter upp som påverkat utformningen av projektet. Man konstaterar där "... att det behövs både organisatoriska förutsättningar, struktur och ett aktivt gemensamt arbete för att bygga tillit och förtroende mellan huvudmän, enheter och individuella ansvariga" (sid 16) och "Att arbeta upp goda relationer över tid är en viktig förutsättning för en god och framgångsrik samverkan kring en individ" (sid 19).

Innan vi tar er med på en redovisning av vad projektet kommit fram till vill vi återkomma till alla lagar och överenskommelser kring samverkan kring gruppen barn och unga med psykisk ohälsa som finns. Vad passar då bättre än att ta er med på en fjälltur?

Vi tänker oss att fjällstationerna är just lagarna och överenskommelserna. De är rejäla byggnader där du kan proviantera och söka skydd vid stormar och ruskigt väder. Där finns stöd, hjälp och en varm välkomnande och välfungerande miljö. När du är där kan målet upplevas vara väl utstakat, nästa fjällstation finns där på kartan i sällskapsrummet och erbjuder samma välordnade och trygga miljö. Men man ger sig inte ut på fjället för att hållas på fjällstationer även om alla som varit ute på vidderna vet hur skönt det är att se dem och veta att man snart är framme. Ingen fjällvandrare önskar asfalterade vägar mellan stationerna. Alla har sin egen resa att se framemot. Individuella förutsättningar i miljön och hos vandraren gör att sträckorna mellan dem inte låter sig standardiseras. Av andras insikter, vårt förarbete och under vårt arbetes gång med *"En sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa"* står det klart att lederna när det gäller samverkan på vissa sträckor behöver rösa bättre. För mycket lämnas åt tillfälligheter och till den egna bravuren hos vandraren. Detta innebär att vi tappar bort en hel del vandrare och att fjällräddningen alltför ofta rycker ut och använder kraft som skulle komma till bättre nytta för vandraren på andra passager eller för all del för andra vandrare.

Vi har haft som målsättning genom arbetet att bidra till att skapa möjligheter för att förtydliga och underlätta det nödvändiga ansvarstagandet för de inblandade organisationerna. Målet är att bidra till att skapa och upprätthålla möjligheter för de utförare som är de som ger insatser till våra medborgare att i praktiken erbjuda En sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa.

Till vår hjälp har vi tagit fyra pilotområden i Västra Götaland som generöst har delat med sig av hur man navigerar kring frågan samverkan och vad som behövs för att de ska uppleva ett gott stöd i samverkan och kunna på ett gott sätt utföra sina viktiga uppdrag.

7 SKR (2019), God samverkan i komplexa situationer; Hur lyckas vi?

2 Bakgrund

Projektet *En sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa* knyter an till den omställning som görs brett i samhället för att möta medborgarnas ökade behov och medvetenhet om den hjälp och det stöd som kan underlätta för att stärka ungas psykiska hälsa. Vi möter ofta i detta sammanhang begreppet omställningen till den nära vården och det som vi kallar stegvis vård, varför vi behöver börja med att definiera dessa begrepp. I kapitlet tittar vi på en del andra viktiga begrepp och områden som särskilt berör vår ingång till arbetet med samverkan. Vi tar också upp andra aspekter som sätter projektets förutsättningar som exempelvis de avgränsningar som gjorts på vägen och i vissa fall redan i vår projektansökan.

BEGREPP OCH DEFINITIONER

Nära vård

På Västra Götalandsregionens hemsida beskrivs nära vård så här: *”...den vård som invånaren behöver ofta, ska finnas nära och anpassas efter invånarnas behov”*.⁸ God och nära vård handlar om avsevärt mer än avstånd. Den goda och nära vården behöver i första hand vara personcentrerad och blir så genom en nära samverkan mellan de olika instanser som finns runt individen. I utredningen *God och Nära vård*, (SOU 2016:2)⁹, föreslås ett antal förändrade inriktningar som till exempel nationellt uppdrag för primärvården och resursöverföring från sjukhusvård till primärvård. Vården ska dessutom vara samordnad enligt utredningen.

I utredningen *En God och Nära vårds*, slutskede (SOU 2019:29) lyfts fram att: *”Enligt svensk grundlag ska samhällets verksamheter verka för socialt välbefinnande, och inte endast frånvaro av sjukdom eller skada. Det kräver därmed åtgärder från flera av samhällets sektorer, varav en central sektor är hälso- och sjukvården”*.¹⁰ Som utredningen beskrivit i tidigare delbetänkanden gör vi bedömningen att fokus på hur vi kan stärka hälsa, inte bara behandla sjukdom, är helt avgörande för att vi ska klara av att möta framtidens hälsoutmaningar och vårdbehov i befolkningen. Detta reflekteras bl.a. i utredningens förslag till nationellt uppdrag för primärvården, vilket pekar ut att såväl förebyggande som rehabiliterade insatser är en central del av primärvårdens uppdrag, omfattande såväl somatisk som psykisk ohälsa.¹¹ I utredningen förtydligas varför skola ges en hög prioritet i sammanhanget; *”Skolan är en så viktig hälsodeterminant, något som sätter förutsättningar för en individs hälsa genom livet.”*¹² Precis samma resonemang kring personcentrering och samverkan återkommer i *Insatser inom området psykisk ohälsa*, Överenskommelser mellan staten och SKR, 2020.¹³

I huvudbetänkandet från Utredningen kring *En God och Nära vård*, 2020, landar resonemangen i att *”nära samverkan krävs för att skapa förutsättningar för goda arbetsmiljöer för hälso- och sjukvårdens medarbetare och ett begripligt hälso- och sjukvårdssystem för invånare, liksom för patienter och närstående.”*¹⁴

8 <http://www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/varldskiftet/vi-staller-om-sjukvarden/nara-varld/>

9 God och Nära vård (SOU 2016:2)

10 Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2019:29)

11 Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, sid 17–18 (SOU 2019:29)

12 Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, sid 16, (SOU 2019:29)

13 Överenskommelser mellan staten och Sveriges kommuner och regioner (SKR), (2020) Insatser inom området psykisk ohälsa

14 Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård, sid 21, (SOU 2020:19)

Vad skiljer definitionen av den nära vården från begreppet primärvård? Enligt andra kapitlet i hälso- och sjukvårdslagen ska primärvården ”utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper ... svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.”¹⁵

Som en del av att stärka patientens rätt till en Nära vård har reformen med patientkontrakt genomförts. Den handlar om att stärka samverkan/ kontinuiteten mellan verksamheter som är vård. Det är en del av att göra orienteringen enklare för patienter och ska förse dem med ett dokument med uppgifter om vilken verksamhet som är involverad i vården, vad planeringen är när det gäller vården och hur man kommer i kontakt med varandra. Ett av reformens primära syften är att öka patientens delaktighet i vården. Detta är på många sätt likt den reform som SIP utgör för samverkan över verksamheter som är kommunala och regionala.¹⁶

Förändringar i primärvården som ändrat spelplanen för den nära vården

I Västra Götalandsregionen har utbyggnaden av primärvård för målgruppen dels skett via ökade resurser och tillgänglighet i förändrade arbetssätt på regionens ungdomsmottagningar, dels genom att Regionen med hjälp av projekt Ungas psykiska hälsa (UPH)¹⁷ följt upp den inriktning som 2009 togs med ett förändrat uppdrag till primärvården kring psykisk hälsa för åldersgruppen 6–18 år. Projektet UPH innebär att ett antal vårdcentraler har möjlighet att utan krav på listning på dessa vårdcentraler erbjuda primärvård med låga trösklar för unga i åldern 6–18 med psykisk ohälsa. Projektet är under en pågående permanentning då det så här långt har mötts av goda omdömen av dem som kommit att använda någon av de i dag 16 tilläggsvårdcentralerna, men också av vårdgrannar och politiker. Det är en utmaning som ligger framför organisationen att låta dessa tilläggsvårdcentraler bidra till en ökad geografisk tillgänglighet i hela regionen och där det i dag är långt till dessa efterfrågar man likande utbudspunkter. Arbetet med *En Sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa* har både genom styrgrupp och arbetsgrupp nära kopplingar till Ungas psykiska hälsa och deltagandet av deras tilläggsvårdcentraler i piloterna har varit essentiellt för projektet. Detta utan att förringa betydelsen av andra deltagare från primärvårdens ”vanliga” vårdcentraler, ungdomsmottagningar och deltagarna från de kommunala verksamheterna inom skola och socialtjänst.

Stegvis vård

Nära vård knyter således an till det fokus som under senare år varit på tidiga insatser och den medvetenhet som finns i att bara vård inte räcker för att möta de behov som finns i samhället av insatser. Vad innebär då stegvis vård, det som utvecklas för att hantera behoven och uppdraget? Stegvis vård/ insatser innebär att man ger små insatser till en bredare grupp och att man innan man skalar upp dessa insatser utvärderar om mer insatser behövs. Tanken är att man ska komma in tidigare i process och att man ska undvika utvecklandet av tillstånd och lidande som kan komma att kräva mer och kostsammare insatser längre fram. Man tänker sig utbudet av insatser som en trappa när man genom att erbjuda lättare insatser, där det kan fungera, lösgör resurser till dem med mer omfattande behov men först efter att lättare insatser prövats eller övervägts och att omfattande resursslukande insatser inte ges till dem där en mindre insats är hjälpsam och tillräcklig. För en aktuell och svensk referens till stegvis vård hänvisar vi till Sigrid Salomonssons avhandling *CBT in Primary Care*.¹⁸

Skolans centrala roll

Som vi såg ovan är uppdraget kring samverkan med de som har stor möjlighet till förebyggande och hälsofrämjande insatser helt centralt för att stegvis vård ska fungera. Vad skiljer socialtjänst

¹⁵ <https://lagen.nu/2017:30#K2P6S>, paragraf 6

¹⁶ SKR (jan 2018) Patientkontrakt - Slutrapport Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner (Dnr: S2017/02482/FS)

¹⁷ www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/uppdrag-och-avtal/vardval-varldcentral/ungas-psykiska-halsa---vardcentral/

¹⁸ Salomonsson, S. (2018), CBT in primary care, effects on symptoms and sickleave, implementation of stepped care and predictors of outcome

och vård från det som skolan gör? Jo, skolan når verkligen ut till alla. Vi pratar i dag om utbudspunkter och i vårt land är skolan den del av samhället som har flest utbudspunkter riktade mot barn och unga och därmed är unik i förhållande till denna grupp. Det finns också en tidsmässig kontinuitet till de unga som är helt unik. Samtidigt som deras viktiga uppdrag är utbildning har de en unik möjlighet att ge barn mycket av det som tar bort behov av vård och som på detta vis skapar en buffert för psykisk hälsa i befolkningen.

I SKR:s *En samordnad eller samlad barn- och ungdomshälsa – en idéskrift om hur vi ska möta ökad psykisk ohälsa hos barn och unga*¹⁹ föreslås en elevhälsobaserad modell. Det finns det åtskilliga skäl för som vi inte har utrymme att gå in på här. Vårt projekt har inte haft som ansats att utreda ansvarsfrågan (se Förutsättningar och Avgränsningar nedan) utan är ett försök att hantera de förutsättningar som finns och skapa möjligheter till en förbättrad samverkan i praktiken med de lagar som styr våra verksamheter i dag. Under vårt arbetes gång har regeringen tillsatt en utredning kring *”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga”*²⁰ vilket innebär ett ökat fokus på frågan nationellt, där man har möjlighet att ta hela frågans komplexitet i beaktande. Vi har vid två tillfällen haft möjlighet att berätta om ingången för oss i vårt arbete och preliminära slutsatser för utredarna. Vi hoppas på så sätt att vårt arbete kan få vara en liten pusselbit i detta pågående arbete.

Olika kontinuiteter som förutsättning för samverkan

Ett viktigt bidrag för att förstå vad det är som skapar goda förutsättningar för den *Goda och Nära vården* tycker vi att man lyft fram i en artikel från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) från 2020,²¹ där man tittar på möjligheten att ge god kvalitativ vård utifrån begreppet kontinuitet. Haggerty och hans forskargrupp som man hämtar begreppsdefinitionen från delar upp kontinuitet i tre delar:

- Relationskontinuitet – vilket beskrivs som *”en fortgående vård- och omsorgsrelation mellan en patient och en vårdare eller ett vårdteam. Den personliga kontakten binder samman tidigare och kommande vårdtillfällen. Mötet mellan personal och patient/brukare blir mer förutsägbart.”*
- Verksamhetskontinuitet – vilket beskrivs som *”organisering av verksamheten så att vården och omsorgen – oavsett utförare och vårdnivå – blir konsekvent och samordnad utifrån individens tillstånd och skiftande behov. Kan vara särskilt viktigt vid långvariga och komplicerade problem där olika specialister och vårdenheter involveras.”*
- Informationskontinuitet – vilket beskrivs som *”olika vårdgivare och vårdnivåer har tillgång till samma information om en persons sjukdoms- och vårdhistoria, sociala situation, önskemål och levnadsförhållanden. Informationen delas exempelvis via journal eller personakt, eller överförs på annat sätt.”*

Det ovan beskrivna perspektiven på vad som behövs för att medarbetare ska kunna göra ett bra arbete ur samverkansperspektiv kommer ni att känna igen när vi kommer till resultat och våra egna slutsatser. Att se till samtliga dessa kontinuiteter har varit en viktig utgångspunkt i arbetet och vi kan även se att för att nå och kunna erbjuda en Nära vård måste arbete ske kring samtliga tre kontinuiteter. Det räcker inte att en aktör ger tillgänglighet om det sen fallerar i kontakten med nästa led, liksom relationskontinuitet utan informationskontinuitet stör möjligheterna till god samverkan. För att kunna åstadkomma dessa kontinuiteter är både patientkontakt och arbetet med SIP också viktiga komponenter.

19 SKR (arbetsmaterial; 2018), *En samordnad eller samlad barn- och ungdomshälsa – en idéskrift om hur vi ska möta ökad psykisk ohälsa hos barn och unga*

20 Socialdepartementet, kommittédirektiv, *”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga”* (dir 2019:93)

21 SBU (maj 2020), *Vetenskap och praxis*

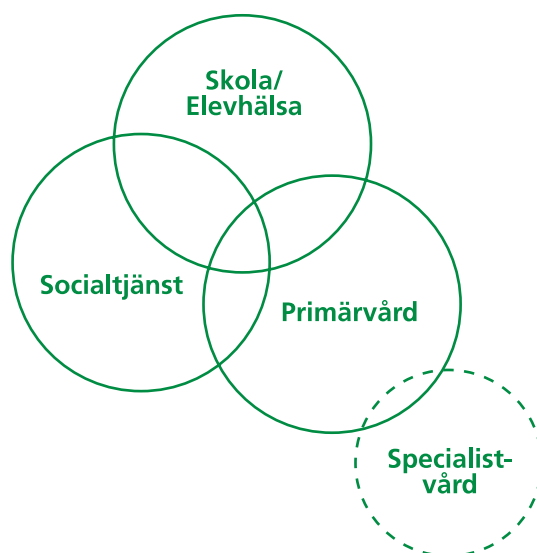
FÖRUTSÄTTNINGAR OCH AVGRÄNSNINGAR

En viktig förutsättning som projektet haft att förhålla sig till har varit att frågan inte har handlat om att titta på ansvarsfördelning mellan olika aktörer, utan snarare handlat om att identifiera initiativ för att stärka samverkan inom den redan definierade ansvarsuppdelningen.²²

De aktörer och verksamheter som har varit aktuella i arbetet har varit:

- Primärvård (med deltagande representanter i form av chefer och medarbetare från Västra Götalandsregionens vårdcentraler – med förstärkt uppdrag kring ungas psykiska hälsa (UPH) och vårdcentraler i pilotkommunen som inte har UPH, samt från Ungdomsmottagningar)
- Socialtjänst (med deltagande representanter i form av chefer och medarbetare från både en del insatsinriktade verksamheter och socialkontor)
- Skola (med deltagande representanter i form av chefer och medarbetare från framför allt elevhälsan, men även vissa andra roller har involverats via intervjuer).

Arbetet skulle fokusera på samverkan över gränser mellan regionalt och kommunalt styrda verksamheter; elevhälsa/primärvård/socialtjänst, och inte på samarbetet inom enskilda verksamheter eller på interna gränssnitt. En avgränsning har därför varit att inte i första hand involvera specialistvård, så som Barn och ungdomspsykiatri (BUP) och Habilitering och Hälsa, i arbetet – då ambitionen från Västra Götalandsregionen uttalat är att i större utsträckning tydliggöra primärvårdens roll, både på hemmavårdcentraler, där patienterna är listade, och på resursvårdcentraler, Ungas Psykiska Hälsa-mottagningar, som första samverkanspart i frågor om barns och ungas psykiska hälsa. De frågor som varit angränsade detta uppdrag, så som vård och samverkan kring barn och unga med komplexa behov (och som således har kontakter även inom specialistvård) ryms i det pågående arbetet som går under namnet ”Barnuppdraget, utvecklingsplan för barn och ungas hälso- och sjukvård” och drivs inom ramen för Omställningen av Västra Götalandsregionen,²³ som vi fortlöpande har haft kontakt med.



Samverkan finns på många olika nivåer i alla verksamheter. Vår avgränsning – samverkan tidigt i process.

Ytterligare en viktig avgränsning för projektet som definierades redan från start var att den/de lösningar som ska presenteras, inte i första hand ska innebära att tillsätta extra resurser för att för-

²² i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS) 2011:9

²³ www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/varldskiftet/vi-staller-om-sjukvarden/barnuppdraget/

bättra samverkan utan lösningar ska sökas inom ramen för befintliga resurser. Detta handlar om en önskan att hitta lösningar som går att genomföra i hela området samt att det ska komma att finnas en hållbarhet när man väljer att införa dem. Detta är dessvärre inte alltid fallet med tillfälliga satsningar som efter projekttiden inte får en chans att befrukta den befintliga verksamheten. Detta har varit en viktig avgränsning som vi fått återkomma till flera gånger i arbetet då vårt initiativ jämförts med en del parallella pågående initiativ kring att stärka samverkan som genomförts i Västra Götalandsregionen just med tillskott av resurser för att arbeta för att stärka samverkan exempelvis ”Simba-teamen” och ”Samla-teamen”. För att få en överblick över dessa och andra pågående projekt hänvisas till den nyproducerade kartläggningen, *En sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård - Kartläggning av särskilda satsningar inom Västra Götaland*.²⁴

Barnkonventionen

2020, det år som vi slutrapporterar, införs den sedan länge ratificerade Barnkonventionen som lag i Sverige. Att ha ett barnrättsperspektiv på arbetet som rör samverkan mellan vuxna som ska arbeta för barnens väl är helt grundläggande. Temat som tas upp i Barnkonventionens 12 artikel: ”Barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör barnet. Hänsyn ska tas till barnets åsikter, utifrån barnets ålder och mognad” och är som vi menar helt essentiell och sätter ramar för hur vi bör organisera både regional verksamhet och kommunal verksamhet och särskilt samverkan. Det blir i det närmaste omöjligt att utforma en personcentrerad vård eller insats utan att ständigt återkomma till denna artikel och till processer som medför att man systematiskt frågar efter barns mening och möjlighet att höras i frågor som rör dem. Det gör att man behöver reflektera över det utbredda arbetssättet att ha samverkansmöten utan att den unge eller anhöriga har möjlighet att borge för att paragraf 12 uppfylls.

OM PROJEKTET

Syfte och mål

Projektet har syftat till att skapa bättre förutsättningar och tillvägagångssätt för en mer strukturerad samverkan mellan elevhälsa, primärvård och socialtjänst. Detta för att nå vinster för barn och ungas psykiska hälsa och skapa ökade förutsättningar för barn och unga (6–18 år) med psykisk ohälsa att fullfölja sina studier. Syftet har i projektplanen formulerats som:

- Skapa en mer jämlik och tillgänglig vård där samverkanspartner arbetar utifrån sina förutsättningar och uppdrag.
- Skapa ett baspaket som blir möjligt att genomföra på bredden i hela Västra Götaland.²⁵
- Utnyttja teknik och hitta vinster i samverkan.

Projektmålen för arbetet har varit att:

- Ta fram ett baspaket för systematiserad samverkan med förslag som är möjliga att genomföra på bredden (d.v.s. införa i hela Västra Götaland). Till varje förslag bör ett nästa steg i arbetet vara identifierad – och om hinder för att kunna ta viktiga steg mot breddinförande har identifierats bör dessa hinder beskrivas.
- Föreslå förändring inom ramen för befintliga resurser (t.ex. genom att nyttja teknik). Inom ramen för projektet bör således nya arbetssätt för samverkan ha utvecklats och testats i verkligheten.

²⁴ Västra Götalandsregionen, Avdelningen Social hållbarhet (2020), En sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsovård - Kartläggning av särskilda satsningar inom Västra Götaland (RS 2020 – 05783-1)

²⁵ Initialt beskrevs detta som en basmodell, men detta korrigerades under arbetets gång då insikterna landade i att det snarare handlade om att det behövdes flera sammanhängande delar än en enda organisatorisk modell för att lösa de identifierade problemen och möta de behov som förtydligades under projektets behovsanalys.

Detta för att på längre sikt nå de långsiktiga målen som handlar om:

- Ökad andel elever som fullföljer studierna med godkända betyg
- Minskad långvarig psykisk ohälsa bland barn och unga
- Ökad andel barn och unga med lindrig psykisk ohälsa som får hjälp inom primärvården istället för inom specialistsjukvården
- Upplevelse av positiv samverkan mellan elevhälsa, socialtjänst och primärvård

Tillvägagångssätt/Metod

Projektarbetet har förhållit sig till och planerat aktiviteterna utifrån det vedertagna tänk som finns om hur sociala investeringsmedelsprojekt bör arbeta. Vi har i arbetet således utgått från principerna²⁶ om att:

- Testa nya arbetssätt mellan parter
- Pröva och dra lärdomar av metoder
- Ha en väldefinierad målgrupps- och behovsanalys
- Insatsen ska vara avgränsad
- Ha fokus på uppföljning och utvärdering av sociala och ekonomiska effekter
- Insatsen ska ske tidigt i ålder eller process

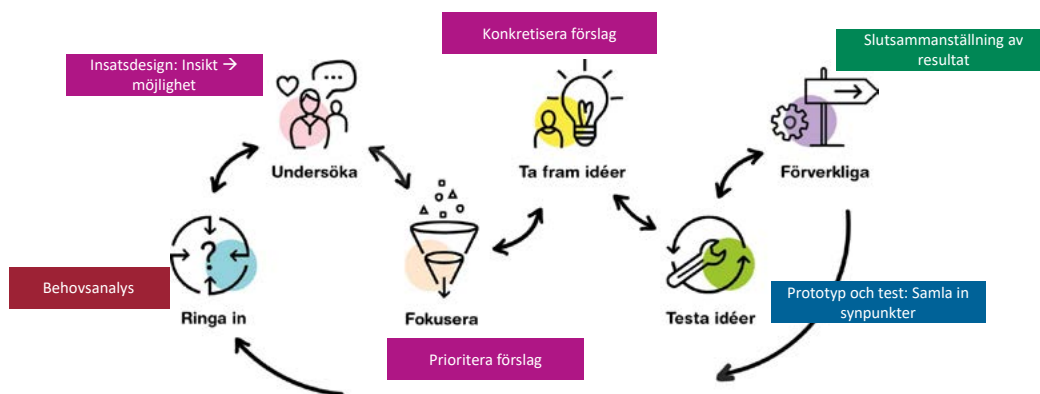
Det ska dock förtydligas att projektet definieras av Regionala Utvecklingsnämnden (RUN) som en särskild satsning, och under arbetets gång togs beslutet att utöver att genomföra den effektmätning som bedömdes som möjlig inom ramen för denna typ av arbete, så skulle stor vikt också läggas vid att samla kvalitativ data för att beskriva resultat och samlad respons på de föreslagna insatserna. Detta för att rent kvantitativa uppföljningar av sociala och ekonomiska effekter inte sågs som varken genomförbara eller särskilt meningsfulla/träffsäkra för den breda frågeställning som projektet hade att hantera under en så pass kort tidsplan som projektet planerades pågå.

Redan i projektets ansökan stod det klart att arbetet skulle genomföras som ett pilotprojekt inom två till fyra geografiskt och demografiskt olika områden i Västra Götaland. Inom dessa områden skulle fokus vara på att titta på och utveckla det systematiska samarbetet mellan kommunernas elevhälsa och socialtjänst, och de verksamheter som regionen har för målgruppen dvs ungdomsmottagningar och vårdcentraler med och utan Ungas psykiska hälsa mottagningar. Pilotområdena skulle utses efter intresseanmälan från vårdcentraler/kommuner – vilket landade i att de slutliga pilotkommunerna blev Götene, Stadsdelen Örgryte/Härlanda i Göteborg, Mark och Orust. Pilotområdena valdes ut med tanke på att representera en bredd av vårt geografiska område med både mindre orter och storstad representerade. Vi valde också kommuner där medborgarna haft mindre än genomsnittlig nyttjandegrad av UPH i förhållande till andra områden i sin närhet och därmed varit mer hänvisade till att söka vård på sin hemmavårdcentral.

För att säkerställa att barn och ungas behov var i fokus genom hela arbetet tog projektet stöd av metodiken Tjänstedesign²⁷ i utformandet av projektaktiviteterna. Metoden utgår ifrån förståelse för att användarens behov och upplevelser alltid måste vara i centrum, men lyfter också fram medarbetarnas och utförarnas perspektiv på utmaningarna. Detta innebar i praktiken att projektet följde de sex stegen i metodiken *Ringa in, Undersöka, Fokusera, Ta fram idéer, Testa idéer, Förverkliga* och använde workshopmetoder och tillvägagångssätt som garanterade att varje frågeställning analyserades från olika perspektiv och dimensioner med barn och ungas behov i centrum.

26 <https://www.vgregion.se/regionalutveckling/verksamhetsomraden/naringsliv/entreprenorskap-och-nyforetagande/sociala-investeringar/>

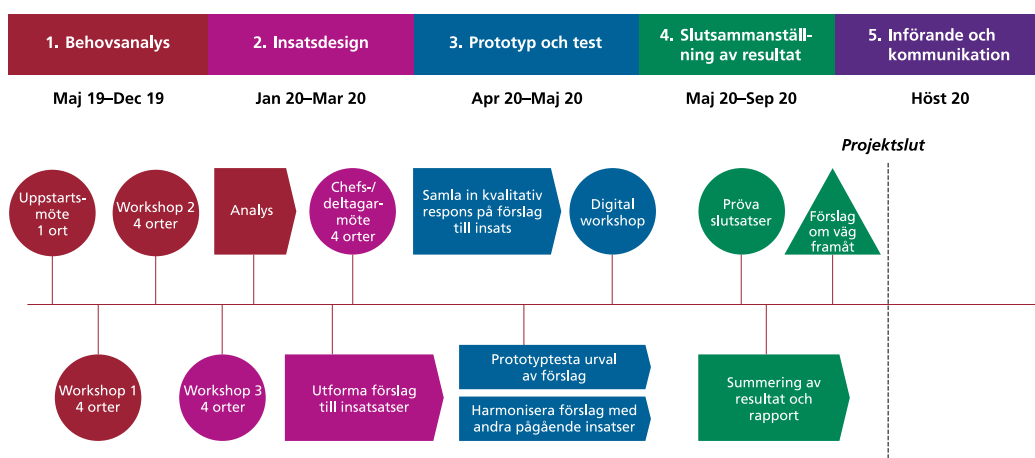
27 Läs mer om tjänstedesign på SKR:s innovationsguide <https://innovationsguiden.se/>



Tjänstedesignprocessen enligt SKR, med projektets olika faser som tillägg.

PROJEKTAKTIVITETER

Projektet inleddes med en fas av förberedelser och planering där mycket arbete lades ner på att rekrytera deltagande kommuner och personer till projektarbetet. I denna del samverkade vi med Europeiska socialfonden (ESF)-projektet *En skola för alla*.²⁸ Under hösten 2019 genomfördes därefter ett gemensamt uppstartsmöte med alla 61 deltagare samt fyra serier workshops i respektive pilotkommun. Vi samverkade med specialpedagogiska skolmyndigheten, SPSM som bistod oss med processledning av workshoparna. Workshoparna samlade representanter från samtliga verksamheter (Socialtjänst, Skola, Vårdcentraler med tilläggsuppdrag/UPH-mottagningar, ungdomsmottagningar) och vid ett avslutande tillfälle var chefer i verksamheterna särskilt inbjudna att delta tillsammans med representanter från deltagande medarbetare. Totalt deltog ca 50 personer (fördelat på de fyra orterna) vid varje workshopomgång. Workshoparna fokuserade på att *Ringa in* och *Undersöka* problemen och utmaningarna för systematisk samverkan mellan verksamheterna samt identifiera förslag för förändring. Dessa insikter kompletterades med intervjuer som genomfördes med fler representanter från skolans olika verksamheter; totalt ca 30 personer intervjuades med blandad representation från roller som elevhälsochefer, förvaltningschef, rektorer, lärare, skolpsykologer och skolkuratorer – ett uppdrag som genomfördes som ett tilläggsuppdrag till projektet.²⁹ De sammantagna insikterna sammanställdes därefter i en behovsanalys som presenterades vid Konferensen Fullföljda studier i februari 2020 och konferensen *En skola för alla* i januari 2020.



En översikt av projektets tid- och aktivitetsplan

²⁸ Skaraborgs Kommunalförbund (2020), Slutrapport - En skola för alla

²⁹ Se Västra Götalandsregionen (2020) Intervjuundersökning - tilläggsuppdrag till SIM-projektet Sammanhållen barn-elev och ungdomshälsa, (HS 2020-01039-1)

SAMVERKAN/UTBYTE MED YTTERLIGARE ANGRÄNSANDE INITIATIV

Parallellt skedde även inläsning av rapporter och kunskapsutbyte med andra projekt/initiativ som pågår regionalt och över landet kring liknande frågeställningar. Under vintern 2020 samlades en projektgrupp vid ett flertal tillfällen för att *Fokusera* och *Ta fram idéer* baserat på den sammanställning som kom fram från workshoparna. Det handlade om att konkretisera förslagen och sammanställa en insatsdesign för ökad systematisk samverkan mellan verksamheterna som blev så pass konkret att den sedan skulle kunna prototyp-testas i pilotområden. Detta summerades sedan i ett utkast till ett baspaket för stärkt samverkan. På grund av corona-pandemin så fick arbetet under våren 2020 planeras om så att inplanerade fokusgrupper istället fick formas som digitala aktiviteter. Därigenom fick representanterna från verksamheterna i de olika pilotområdena återigen tycka till – denna gång om formulerade förslag och prototyper till insatser för stärkt samverkan. Med ett digitalt enkätverktyg samlades och sammanställdes synpunkter från två digitala fokusgruppsomgångar dit projektets deltagare var inbjudna – och detta underlag ledde i sin tur till att de konkreta förslagen till insatser korrigerades, modifierades, togs bort eller förändrades baserat på den respons som samlades in. Parallellt genomfördes även tester med några konkreta sätt att arbeta annorlunda med samverkan i de olika pilotkommunerna (se kapitel fem Förslag på konkreta initiativ för mer information). Vid digitala träffar i slutet av våren 2020 samlades sedan lärdomar och feedback från dessa tester som input till slutsammanställningen av förslag till insatser.

Parallellt har ett flertal avstämningar och kunskapsutbyten genomförts med flera av de andra projekt som pågår kring samverkan runt barn och unga i Västra Götalandsregionen. Bland pågående och nyligen avslutade initiativ kan bland annat nämnas avstämningar med Simbateamet, Samla-teamet, SIP-ansvarig vid Gemensam Information och TjänsteSamordning (GITS), Sambu-projektet, Styrgruppen för det *Elevhälsobaserade arbetet* i Ulricehamn, projektet *Samordningsnod Mark-Svenljunga*, Barnuppdraget i VGR, EFS-projektet *En skola för alla*. Projektet har även deltagit i nationella möten med SKR kring arbetet de gör med en ökad tillgänglighet till hjälp inom Uppdrag psykisk hälsa. Parallellt med detta projektarbete har pågående regionala initiativ sammanställts i en kartläggning³⁰ och för en fördjupad och systematisk genomgång hänvisar vi till deras slutrapport.

Under sommar och höst 2020 pågick arbetet med att slutsammanställa insikter, identifiera möjliga vägar för breddinförande av identifierade förslag i Västra Götaland samt att skriva denna slutrapport. Även i detta arbete engagerades ett nätverk av representanter från angränsande arbeten för att aktivt tycka till och komma med synpunkter på projektets slutsatser.

Under hela projektets arbete har frågan rönt stort intresse och parallellt har därför ett flertal föredrag och deltagande i konferenser, panelsamtal och forum genomförts. Det är tydligt att frågan om systematiserad samverkan är något många brottas med i hela landet och en stor fråga som är i fokus för många just nu. Därför har projektarbetet haft som inställning att ha ett öppet förhållningssätt genom hela processen och löpande dela med sig av insikter, lärdomar men också utmaningar och ännu obesvarade frågor.

Projektets målgrupp och intressenter

Projektets primära målgrupp har definierats som barn och unga (6–18 år) som riskerar att inte fullfölja sina studier p.g.a. psykisk ohälsa.

När projektet fokuserat på att hitta åtgärder och förslag till förändringar har vi haft ett brett perspektiv för att inkludera olika samverkansinsatser från alla de verksamheter som kan bidra till en

³⁰ Västra Götalandsregionen, Avdelningen Social hållbarhet (2020), En sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsövård - Kartläggning av särskilda satsningar inom Västra Götaland (RS 2020 – 05783-1)

mer sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa för målgruppen 6–18 år med primärvårdsbehov. För att identifiera dessa konkreta förslag har projektarbetet som nämnts bedrivits i fyra pilotkommuner; Mark, Götene, Orust, Göteborg (Örgryte Härlanda) och där involverat representanter från skola, socialtjänst och primärvård.

Barn och unga, eller deras vårdnadshavare, har inte själva deltagit som representanter vid workshoparna vilket potentiellt kan ses som en brist i den här typen av arbete. Det bedömdes dock tidigt att den största utmaningen inte handlade om att identifiera brukarbehoven – tvärtom finns dessa mycket väl kartlagda och dokumenterade i en mängd rapporter³¹ vilka alla vittnar om att brukare, i detta fall barn och unga, alltför ofta hamnar mellan stolarna i systemet. Dessa berättelser och dokumentationer användes därför som utgångspunkt i arbetet vid workshoparna – men togs sen vidare där fokus istället för att handla om vad som behövs åtgärdas skiftades mot frågan om hur det då skulle kunna lösas. De professioner som på olika sätt är parter i samverkan engagerades i att fundera kring hur samverkan skulle kunna stärkas och lösningar identifieras utifrån den vardag de befinner sig i. För att säkerställa att brukarperspektivet inte tappades bort på vägen genom arbetet användes som nämnts Tjänstedesign som metodik för arbetets upplägg – detta för att få representanterna från verksamheterna att hela tiden hålla barn och ungas behov i fokus.

Projektorganisation

Projektet kommer från början som ett initiativ från Kraftsamling Fullföljda studier som är ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen, kommuner och andra aktörer omkring hur vi ska få våra elever att gå ut skolan med godkända betyg.

Projektet har som nämnts ägts av Västra Götalandsregionen (Kunskapsstöd för psykisk hälsa, KPH samt Avdelning social hållbarhet) tillsammans med VästKom. Arbetet har finansierats av Regionala Utvecklingsnämnden (RUN) genom sociala investeringsmedel.

Projektet har haft en styrgrupp med representanter från samtliga initiativtagare, både Västra Götalandsregionen och VästKom, och är således väl förankrat avseende såväl det regionala som det kommunala perspektivet.

Projektet har haft en projektledning som ansvarat för projektets genomförande, uppföljning och dokumentation. Projektledningen har primärt kommit från Västra Götalandsregionen.

Därtill har en arbetsgrupp om fem personer träffats regelbundet – även där med representation från såväl Västra Götalandsregionen som VästKom.

Medverkande vid projektets workshops och intervjuer beskrivs ovan under rubriken Projektaktiviteter. Därtill har projektet tagit stöd av ytterligare samverkansparter för att facilitera workshopdialoger, analysera resultatet och diskutera förslag till slutsatser. Dessa personer har kommit från Specialpedagogiska skolmyndigheten (SPSM), Regionalförbundet i Sjuhärad och Boråsregionen, Kunskapsstöd psykisk hälsa (KPH), och SKR:s piloter kring elevhälsobaserade modeller, företrädesvis projektet Sambu.

Projektets utmaningar, framgångsfaktorer och lärdomar

Under projektarbetet gjordes även ett flertal insikter och lärdomar som kan vara till nytta att ta del av för fler som står inför liknande utmaningar kring att arbeta med att stärka samverkan över organisationsgränser. Bland dessa kan nämnas det faktum att insikten om behoven av samverkan är förhållandevis stora – men att djupdykningarna i faktiska åtgärder och frågeställningar om hur samverkan ska kunna lösas i praktiken i vardagen är betydligt mer sällsynta. Här har det varit en framgångsfaktor att projektet från början bedrivits med verksamhetsnära perspektiv och medverkan av både medarbetare och chefer från de olika verksamheterna.

³¹ Se t.ex. SKL (2017), Helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa

Vid utvärdering av projektet kan det även konstateras att workshopdeltagarna upplevt ett värde i sig av att vara med i arbetet och träffas över verksamhetsgränser vid ett antal återkommande träffar. Att få sitta ner och lära känna varandras verksamheter, förstå varandras utmaningar och tillsammans arbeta för att identifiera lösningar har skapat en grund för stärkt samverkan – något som medfört att grupperna nu i flera av pilotområdena valt att arbeta vidare med gemensamma träffar.

I projektets slutrapportering till Regionala utvecklingsnämnden³² finns en mer utförlig beskrivning av utmaningar och framgångsfaktorer kring projektarbetet nedtecknad.

32 Västra Götalandsregionen, Regionala utvecklingsnämnden (2020), Slutrapport SIM-projekt En Sammanhållen barn-, elev och ungdomshälsa (DNR RUN 2018-00720)

3 Behovsanalys – summerade insikter

Som redan nämnts inleddes arbetet med att ringa in och undersöka problemen och utmaningarna för systematisk samverkan mellan verksamheterna för att i nästa steg försöka identifiera förslag för förändring. Detta arbete kompletterades med intervjuer samt inläsning av en mängd publicerade rapporter som berörde ämnet. Nedan summeras de insikter som denna fas i arbetet landade i; stärkt samverkansanda, förebyggande information om varandras verksamheter, behov av förbättrade kontaktvägar och behov av fortsatt stöd kring SIP.

Workshops med skola, primärvård och socialtjänst i fyra pilotkommuner och uppföljande dialogmöten med chefer och urval av deltagare i workshops

Workshoparna genomfördes under hösten 2019 och samlade då representanter från de olika aktörerna för att ha en dialog och gemensamt arbeta kring frågorna;

1. *Vilka arbetssätt har vi idag?*
Workshop med fokus på att lära känna varandras roller och uppdrag vilket i sig identifierades som en viktig bas som alltför ofta glöms bort för att få samverkan att fungera.
2. *Vad behövs för att stärka samverkan?*
Workshop med fokus på att varje verksamhetsgrupp arbetade med att identifiera samverkansbehov och klargöra vilka olika områden som behövs stärkas.
3. *Vilka förslag på lösningar ser vi?*
Workshop med fokus på att finna förslag på nya arbetssätt, åtgärder och både stora och mindre förändringar.

Resultaten från dessa dialoger summerades därefter i en behovsanalys som bland annat presenterades vid konferensen Tillsammans för fullföljda studier som hölls av VGR den 28 februari 2020. Nedan följer en genomgång av de områden som identifierades i samband med behovsanalysen – och som har bäring på det gemensamma arbetet över gränserna mellan de olika verksamheterna.



Teman i behovsanalysen summerad efter workshops och dialoger med chefer

Under workshopparna framkom även en del specifika behov som handlar om respektive verksamhets enskilda förutsättningar, men då detta arbetes fokus har handlat om det gemensamma ansvaret och hur detta ska tillhandahållas på ett sammanhållet sätt har vi valt att fokusera helt på dessa gemensamma insikter som delas av representanter från flera av de olika verksamheterna i pilotområdena.

SAMVERKANSANDA

Deltagarna vid workshops i samtliga pilotområden lyfte flera gånger vikten av att chefer stöttar arbetet med att utveckla samverkan. Det måste vara ett tydligt ledaransvar att uppmuntra och arbeta för att öka samverkan med sina samverkansgrannar och arbeta för att inte låta "negativa spiraler" spridas eller att man talar illa om varandras verksamheter. Det är också chefsansvar att uppmuntra arbetssätt som handlar om att arbeta för gemensamma lösningar och ta stöd av varandra när så är lämpligt – detta istället för att låta en "skicka-vidare-ärendet"-inställning prägla verksamheten. Genom att etablera ett öppet och tillgängligt förhållningssätt gentemot verksamhetens samverkansgrannar skapar cheferna grunden för en god samverkansanda. Här påtalade flera deltagare möjligheten i att i större utsträckning belysa barnrättsperspektivet som den gemensamma plattformen i allt arbete runt barn och unga. I och med att Barnkonventionen numera är lag sedan 1 januari 2020 finns en tydligare gemensam plattform att utgå från i det gemensamma arbetet över verksamhetsgränserna – vilket kan hjälpa såväl chefer som medarbetare att vid behov påminna sig om att alla arbetar för samma mål!

Samtidigt påtalar både chefer och medarbetare vid träffarna att detta också innebär att man som chef behöver planera verksamheten för att ge utrymme för samverkan. Många medarbetare tog upp frågan om att de inte alltid kände att de hade mandat att lägga den tid som behövs för att arbeta med samverkan på ett bra sätt. *"Vi får inte ducka för att det också är en styrmodellsfråga"* summerade någon deltagare det som. Återigen blir det ett chefsansvar att synliggöra, och vid behov lyfta uppåt i organisationen, behovet av att låta samverkan och samarbete få synas i verksamhetens styrning och uppföljning. Detta för att säkerställa att den tid som behövs kring samverkan verkligen läggs – och att man inte duckar för tidiga insatser som kan göra stor skillnad för barnet/den unge och också blir besparande i längden.

Samtidigt betonade flera hur det finns ett stort medarbetaransvar kring att få till en bra samverkansanda också. Flera beskrev att de önskade att andra – från andra verksamheter - inte i samma utsträckning som nu skulle komma med beställningar på vad de skulle göra och kände också vikten av att själva tänka på detta i samband med samverkan med andra. En möjlig lösning som man identifierade här handlade om att det behöver finnas samverkansforum även på medarbetarnivå, och inte enbart på chefsnivå som det oftast är idag.

FÖREBYGGANDE INFORMATION OM VARANDRAS VERKSAMHETER

Deltagarna beskriver att man ute i verksamheterna, på gruppnivå, inte har tillräcklig och systematisk kunskap om vilka uppdrag de olika samverkansparterna har. Det saknas helt enkelt ofta nödvändiga baskunskaper om de andras verksamheter och omvänt upplevs det också vara frustrerande att mötas av andra som inte förstår vilken verklighet som man själv står i. Därtill upplever många att det är svårt att veta vad de kan vänta sig av samverkan och därför också svårt att efterfråga rätt stöd. För att förändra detta identifierades ett flertal förslag på lösningar som handlade om återkommande träffar över verksamhetsgränser, utbildningsinsatser för både nyanställda och medarbetare med mer erfarenhet samt att nyttja de befintliga forum och grupper som redan finns idag (t.ex. närvårdssamverkan samt riktade initiativ kring t.ex. drogförebyggande arbeten, skolnärvaro m.m.) till att även prata om respektive verksamhets förutsättningar, uppdrag, hur man arbetar och hur man gemensamt vill att samverkan ska fungera i praktiken.

KONTAKTVÄGAR

Slående är hur ofta och hur många synpunkter som kommit kring de stora svårigheter som deltagarna har att överhuvudtaget få kontakt med varandra på sätt som upprätthåller sekretessen. Många lyfter att de lägger onödigt mycket tid på att ”jaga” personer eller försöka få fatt i den som de tänker att de skulle kunna samverka med. Det är svårt att hitta uppdaterad kontaktinformation vilket medför att hur samverkan fungerar blir personberoende. På en del arbetsplatser löser man denna svårighet genom att producera manuellt ihopsatta kontaktlistor som snabbt blir utdaterade. Dessutom används fax, telefon och post just för att det inte finns tillräckligt säkra sätt att dela sekretessbelagd information digitalt, vilket gör samverkansarbetet omständligt. Att kunna maila säkert över verksamhetsgränser står högt på önskelistan. Att enkelt hitta kontaktuppgifter till funktioner – och inte behöva ta reda på specifika personer att kontakta – är också något som efterfrågas i stor grad. Allt som praktiskt kan underlätta kontakttagandet över verksamhetsgränser skulle helt enkelt vara till stor nytta. Här har samverkansområdet ett stort och mycket angeläget arbete kvar att göra – då möjligheten att ens från första början kunna komma i kontakt med varandra självklart måste vara A och O för att få till stånd en samverkan överhuvudtaget!

SIP

Synen på SIP som verktyg var delvis splittrad bland deltagarna. Flera har tack vare SIP-arbetet och den utbildning de fått kring SIP i samband med introduktionsdagen till projektet hittat bra verktyg att använda för samverkan. De påtalar också att utbildningsinsatser som gjorts gör att fler och fler verksamheter tänker och gör mer lika kring SIP. Samtidigt lyfts många röster om att tiden sällan räcker till för att göra en SIP, att det är slitsamt för den som identifierat behovet och som därmed ska både kalla (samt identifiera vilka som ska kallas), hålla i mötet, dokumentera och följa upp och att man känner sig osäker på om man har rätt att belasta samverkansparter och använda sig av SIP också vid mindre komplexa ärenden. Detta gör att man ibland drar sig för att kalla till möten, trots att man mycket väl vet att det är en skyldighet.

Somliga har med sig erfarenheter av SIP-möten som inte lett till verkstad och understryker därför behovet av att det finns personer med mandat med vid mötena alternativt att dessa vägar är förankrade innan, så att det inte riskerar ta mer resurs att göra en SIP än vad det sen ger. Samtidigt ser många av deltagarna behov av att i större utsträckning använda SIP-arbetsättet tidigare i processerna runt en barn/en ung – om man redan tidigt kan se behovet av samverkansinsatser kan det i längden vara mycket mer tidsbesparande att ta dessa kontakter tidigt. Här behövs ett delvis förändrat synsätt på SIP som verktyg. Man behöver gå från att se SIP som något som endast ska och får användas vid redan komplexa ärenden, till att se att det likaväl är ett effektivt initiativ i ett förebyggande arbete.

Utöver deltagarnas synpunkter finns sammanställd regional statistik från UPH arbetet som visar att av de UPH-mottagningar som finns så är det ett fåtal som aktivt arbetat med SIP hittills, och det går inte heller att se att den ekonomiska kompensation som tillsatts för genomförande av SIP-möten haft effekten att öka antalet genomförda SIP:ar inom Västra Götalandsregionen, enligt uppgifter från ansvarig tjänsteman på Avdelning uppföljning och vårdanalys. Nu är nya riktlinjer för arbetet med SIP i Västra Götaland på väg att införas³³ och i samband med det finns en möjlighet att på nytt föra upp SIP på agendan. Behovsanalysen visar att SIP i sig har en stor potential – inte minst för att det är en gemensam skyldighet och ett gemensamt verktyg över samverkansgränser – men att det är absolut nödvändigt att göra fortsatta utbildningsinsatser och erbjuda fortsatt stöttning för att nå hela vägen och göra det till ett i praktiken användbart verktyg som alla ser nyttan av.

33 Se VästKom och Västra Götalandsregionen (2020) reviderade Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen och Samverkan för barn och ungas hälsa - överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen som träder i kraft 1 januari 2021

Intervjuer med representanter från skolan

Utöver workshoppar i de fyra pilotkommunerna så har som nämnts en intervjuomgång genomförts för att även säkerställa att olika perspektiv kommer fram från skolans verksamheter (i workshoparna deltog främst representanter från elevhälsan). Därför har även elevhälsochefer, förvaltningschef, rektorer, lärare, skolpsykologer och en skolkurator intervjuats. Detta arbete finns även dokumenterat och summerat än mer utförligt i tilläggsuppdragets slutrapport.³⁴

Några slutsatser från detta arbete är att skolans rektorer påpekar hur de känner sig överbelastade och har svårt att känna att de hinner med allt som åläggs dem. För att hitta samverkansförslag som har chans att lyckas är det därför centralt att frågan fortsätter belysas från inte enbart vårdens perspektiv utan även skolans, och tittar ännu närmre på hur de ska få förutsättningar för att också kunna prioritera samverkan inom ramen för det dagliga arbetet. Som tillägg till behovsanalysen som summeras ovan bör därför även nedanstående insikter läggas till.

FÖRHÅLLNINGSSÄTTET ATT HJÄLPAS ÅT EFTERFRÅGAS FÖRE ATT RÅDGE

Lärarna efterfrågar framför allt handfast hjälp snarare än rådgivning/konsultation – vilket handlar både internt inom skolans värld (mellan till exempel elevhälsa och lärare) men även mellan aktörer så som skola och specialistvård (BUP). Dock fanns det en uttryckt positiv inställning till VGR:s insatser med UPH-mottagningar, där man från skolans sida upplevde att det fanns bra och tillgängligt stöd att få.

SNÅRIGT SYSTEM – SVÅRT ATT HITTA RÄTT PERSON

Som nämns ovan upplever skolan att samarbetet med UPH-mottagningarna har fungerat väl. De skolor som inte hade UPH-mottagningar i sin kommun upplevde dock påtagliga svårigheter att samarbeta med aktörer inom vården, och en stor problematik kring bristande samarbete med BUP lyftes på flera håll. Dessutom upplevde man svårigheter med att överhuvudtaget hitta rätt samverkanspart och få tag på rätt personer bland VGR:s verksamheter.

MER FÖRÄLDRASTÖD EFTERFRÅGAS FRÅN SKOLAN

Då skolan upplever att det är svårt att hinna med och räcka till, och samtidigt upplever en ökning av antalet diagnoser, efterfrågar man mer riktat föräldrastöd från vården samt att det ska erbjudas hjälp och stöd för de som hamnar i långa köer till BUP. När det är kö till specialistvård och hjälp inom vården upplever skolan sig ”bli sittande med det i knäet”.

STUPRÖR

Det konstateras att elevhälsan har väldigt olika förutsättningar i olika kommuner, men även mellan olika skolor och att skillnaderna inte beror på en analys av behoven utan snarare verkar vara uppbyggd av gammal tradition, intresse och ekonomiska förutsättningar. Förutom den gränslinje som finns mellan kommunerna och region så är det också tydligt att det finns ”stuprör” inom kommunen (de olika förvaltningarna) och även inom skolan.

Som en summering noteras att skolan ofta känner sig ganska utsatt i frågor som rör barn och ungas psykiska hälsa. De lyfter sin upplevelse av att de hela tiden har ögonen på sig. De poängterar också att det finns en ständig skoldiskussion i samhället. Det är därför otroligt viktigt att dialogen upprätthålls med skolan då skolan som tidigare lyfts fram är den organisation som möter eleverna varje dag och har absolut bäst förutsättningar för att skapa goda utvecklingsmöjligheter

³⁴ Västra Götalandsregionen (2020) Intervjuundersökning - tilläggsuppdrag till SIM-projektet Sammanhållen barn-elev och ungdomshälsa, (HS 2020-01039-1)

för eleverna. Detta är även en slutsats som man kommer fram till i SKR:s rapport ”Att stärka samverkan med hjälp av SIP”, SKR, 2020.³⁵ Skolan behöver bli en mer jämlik part i samverkansfrågor än vad som är fallet idag.

Mot bakgrund av detta identifierades behovet av att skolan behöver finnas representerad i samverkansforum på samtliga regionens nivåer (regional, del-regional och lokal närvårdssamverkan) – se mer under förslag nedan.

35 SKR (2020), Att stärka samverkan med hjälp av SIP

4 Övergripande slutsatser

Baserat på behovsanalysen och det arbete som gjorts i de fyra pilotområdena har projektet summerat fyra övergripande slutsatser som vi ser behöver vara fortsatt i fokus för att verkligen åstadkomma förändring och stärka samverkan och skapa ett mer sammanhållet stöd för barn och unga med psykisk ohälsa.

De fyra övergripande slutsatserna:

1. Att hantera samverkan behöver i större utsträckning än idag vara en del av varje medarbetares arbetsuppgifter och uppdrag – i samtliga berörda verksamheter.
2. Förutsättningarna för att medarbetarna konkret i vardagen ska kunna samverka över gränser behöver förbättras.
3. Ökad kännedom om varandras uppdrag är essentiellt för samverkan - särskilt behövs en ökad kännedom om vad primärvården ska erbjuda barn och unga med psykisk ohälsa. Detta behöver ges både brett till allmänheten och till alla medarbetare inom vård, skola och socialtjänst som arbetar med målgruppen.
4. Arbetet med att stärka samverkan kring barn och unga bör i större grad drivas i befintliga strukturer – så som t.ex. Närvårdssamverkan. För att höja kvaliteten på samverkansarbetet i Närvårdssamverkan bör skolan finnas med i hela samverkanskedjan.

Dessa slutsatser kompletteras med ett antal mer konkreta initiativ som beskrivs i nästa kapitel; förslag på konkreta initiativ. Nedan följer en fördjupning kring innebörden av respektive slutsats.

ATT HANTERA SAMVERKAN BEHÖVER VARA EN DEL AV VARJE MEDARBETARES UPPDRAG

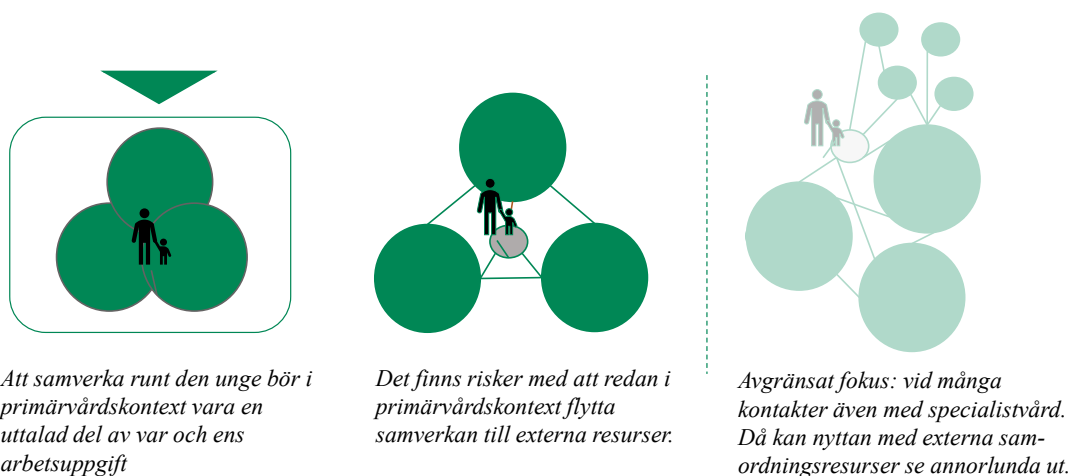
Alla inser vikten och ser också att den organisation som man själv befinner sig i har att vinna på om andra samverkar bättre. Man vill ha stöd från andra - både från andra organisationer men det finns också ett sug efter att ha resurser som lyfter av samverkan från medarbetarnas axlar eftersom det upplevs komplicerat och tar mycket resurs. Medarbetarna känner inte alltid att det är deras mest centrala arbetsuppgift trots att chefer har en stor medvetenhet, som vi fick prov på i vårt projekt, om att det är viktigt med samverkan. Vi uppfattar även att de har kunskap om att detta är ett uppdrag som är centralt för deras organisationer i lagstiftarens ögon. Frågan är hur chefer förmedlar att de ska få ta tid och att man som chef vill vara ett konkret stöd i att uppnå en större samverkan. Det är uppenbarligen komplicerat för chefer att ha en strategi för att förmedla till sina medarbetare att organisationens mål behöver vara att arbeta resurseffektivt men ändå förmedla att samverkan behöver få kosta resurser. En chef reflekterade på dialogmötet att hen hade en rutin för att introducera sina nya medarbetare i hur man leasar bil men inte hur man samverkar. Frågar man patienter och anhöriga själva om de skulle vilja ha hjälp med att samordna sin vård av t.ex. en koordinator är det möjligt att det känns frestande att efterfråga detta utifrån det man känner till om att det ofta är svårt att få samordningen att fungera. Detta måste inte innebära att det är den bästa vägen för att säkra samverkan men säger något om hur krävande situationen kan vara när man inte får en sammanhållen vård/insats.

Det är uppenbart för oss att man inom primärvårdskontexten, inte samtidigt, inom befintlig ram, kan verka för en utökad samverkan genom att tillsätta någon annan än den medarbetare som arbetar nära den unge utan att det blir ett svällande av administrativa funktioner. Då behöver resurser tas från den vård och de insatser som annars skulle ges till den unge inom vården, socialtjänsten och skolan.

Det bedöms vidare som essentiellt att utveckla ett nytt mindset kring samverkan. Vi menar att chefer i skola, vård och socialtjänst behöver stötta sina medarbetare i att se att grändragningar inte kan vara svartvita och att ansvaret sträcker sig även genom ”överlämnanden” i en hel kedja – jämför tankar om sömlös vård. Detta sagt håller vi också med dem som till oss i projektet framför att man tydligare kan specificera arbetssätt och grändragningar för att uppnå bättre förutsättningar för samverkan vilket vi själva försökt bidra till i kapitel fem Förslag på konkreta initiativ och i kapitel sju Vägen framåt, där vi tittar på avtal och överenskommelser.

Ett sätt att utveckla sin samverkansinriktning har varit att man skapar tvärprofessionella team - en lösning som har provats för att stärka samverkan i vårt område. En svårighet är att man samtidigt som man satsat resurser på samverkan indirekt kommunicerat ut i de medverkande organisationerna att samverkan är något som någon annan än den som är aktiv i ärendet tar ansvar för. Detta samtidigt som vi vet att alla medarbetare måste rustas och motiveras till att stärka sitt eget samverkande arbetssätt. Vi menar att detta innebär att flytta resurser från direkt brukarnära insatser och riskerar skapa lager av ännu fler överlämningar som vi vet innebär risker för mellanrum där information kan tappas bort på vägen.

Här vill vi poängtera att uppdragets fokus och avgränsning har varit samverkan i primärvårds-kontext. För de barn och unga med stort behov av till exempel specialistvård och många kontakter, kan samordning med hjälp av externa resurser som koordinatörer mycket väl vara en bra väg att gå – men avseende den frågan hänvisar vi till Regionala barnuppdraget.³⁶



När fasta tvärprofessionella team samlas med en eller kanske flera representanter för varje organisation är det osannolikt att just de medarbetare som är aktiva i att arbeta tillsammans med ett specifikt barn/ en ung är med på det mötet, vilket kan innebära en tidsfördröjning. Vi befarar att möjligheten att göra vården personcentrerad och hjälpa den att bidra till en känsla av delaktighet i den egna vården riskerar att gå förlorad. Det gör den också om man inte får ett sammanhållet erbjudande om stöd och vård men vi vill lyfta fram att detta är problematiskt när vi ska utveckla en personcentrerad vård och tar fasta på 12 paragrafen i Barnkonventionen som lyfter fram vikten av att barnets röst blir hörd vilket blir komplicerat när professionella möts i möten utan den/de som är i fokus för insatsen.

36 www.vgregion.se/halsa-och-varld/vardgivarwebben/wardskiftet/vi-staller-om-sjukvarden/barnuppdraget/

FÖRUTSÄTTNINGARNA FÖR SAMVERKAN I VARDAGEN BEHÖVER FÖRBÄTTRAS

Vi ägnar hela nästa kapitel åt att lista förslag på konkreta insatser som kan göras för att ge ett större stöd till samverkan mellan medarbetare i de olika verksamheterna. Helt kort på denna plats kan vi uttrycka en stor förvåning över att de behov som fanns var så basala. Självklart är det svårt att samverka om en inte känner till den andres uppdrag, om en inte hittar kontaktuppgifter till den andre och om organisationerna inte på ett strukturerat sätt ser till att de är lätta att få kontakt med.

Behovsanalysen i vårt projekts inledande fas visar på att det finns mycket kvar att göra för att inte anta en ”skicka-vidare-ärendet”-strategi samt att åtgärder måste till för att skapa rätt förutsättningar för att kunna samverka i vardagen. Vårt projekt visar att mycket av vilja och energi för att samverka stumar på att man helt enkelt inte hittar rätt kontakter, man inte kan få tag på varandra, man saknar möjligheter att nå varandra med muntlig och skriftlig information eller att man inte har den baskunskap om varandras verksamheter som gör att man på ett effektivt och inbjudande sätt kan länka in i varandras uppdrag. Detta har vi flera olika förslag på hur man ska komma åt. Det kanske viktigaste förslaget är att stärka samverkan med en kontaktgaranti. Vi tror också på att möten och personliga relationer är viktiga och kan stärkas. Vi menar att möten kan vara i verkliga livet men vi har också en stor tilltro till att de nya möjligheter som digitaliseringen innebär kan vara hjälpsamt för samverkan. Att helt lösa frågan med en teknisk lösning verkar inte så sannolikt och flera av åtgärderna vi föreslår anar vi potentierar varandra och bör inte införas utan sitt sammanhang. I nästa kapitel fördjupar vi dessa uppslag.

ÖKAD KÄNNEDOM OM VARANDRAS UPPDRAG ÄR ESSENTIELLT FÖR SAMVERKAN

Forskning visar att god kunskap hos dem som ska samverka om varandras uppdrag är viktig, vilket vi nämner i inledningen. En slutsats vi drar från detta projekt är att det finns en stor förbättringspotential med lågt hängande frukter att skörda på detta område för oss i Västra Götaland. Att de som möter unga med psykisk ohälsa har goda kunskaper kring utbud i vården, vilket stöd som finns att efterfråga inom skola och socialtjänst och kring olika tillstånd är helt nödvändig för att slussa unga med behov av stöd rätt. Här är pilotdeltagarna tydliga med att det finns mycket kvar att göra.

Det är också betydelsefullt att den som i ett första läge möter barnet/den unge och föräldrar eller annan närstående förmedlar en inställning som ger dem hopp om att hjälp finns i en sammanhållen kedja och att psykiskt illabefinnande tillhör livet och den normala utvecklingen och kan överlevas och redas upp. Att få denna inställning förmedlad till sig vare sig man är ung själv eller närstående bidrar till att stärka resiliens och förbättra möjligheter till att den behandling och de insatser som man får kan vara hjälpsamma vare sig de äger rum inom ramen för kommunala insatser, helt på primärvårdsnivå eller behöver förstärkas av insatser på specialistnivå längre fram. Exempelvis ger förväntningar på att kunna bli hjälpt en bra bit på vägen mot ett bättre mående när man ska få hjälp inom primärvården en annan ingång för behandling än tankar på att behöva möta någon som står i vägen för det som en tror är den verksamma insatsen – den på BUP.

Vi får också minnas att den målgrupp som detta projekt har är tidigt i process och har stora förutsättningar att relativt snabbt och med ibland rätt små insatser uppnå en större känsla av välbefinnande. Gruppen är på många sätt bred - exempelvis har resultaten från utvärderingar av projektet Ungas psykiska hälsa³⁷ visat att många kan må avsevärt mycket bättre med små insat-

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

ser. När vi som en del i introduktionen till arbetet i piloterna gav deltagarna i pilotområdena en möjlighet att fördjupa sig i vilka insatser som kan ges inom ramen för respektive huvudman blev det tydligt att skola och socialtjänst blev positivt överraskade av den bredd av insatser som idag ska erbjudas inom primärvården. Att Unga psykiska hälsa mottagningarna erbjuder stegvis vård med lätt tillgängliggjorda insatser som rådgivning, individuella samtal, föräldrastöd - individuellt och i grupp, internetbehandlingar och behandlingsgrupper var något som många i pilotområdena inte fullt ut kände till.

Många professionella både inom regionen och inom kommunala verksamheter har än i dag inte fått en djupare kännedom om/accepterat att vården i Västra Götalandsregionen, för att åstadkomma en omställning till *Nära vård* sedan 2009 successivt fört över resurser, ansvar och efterhand också kompetens till primärvården. Det är problematiskt och hindrar en god samverkan. Det är inte lätt att motivera till insatser på primärvårdsnivå om man inte vet vilken bredd och tillgänglighet som ska finnas samtidigt som man som vårdgranne förstäligt nog inte vill motivera till insatser som borde finnas men i praktiken inte tillhandahålls av vårdgivare i den unges närhet.

I dag är uppdraget som primärvården som helhet har för målgruppen sammanfattat i en regional medicinsk riktlinje (RMR) *Ansvarsfördelning kring primärvård och barn och ungdomspsykiatri*,³⁸ och för *Ungdomsmottagningarna* finns uppdraget preciserat i ett inriktningsdokument.³⁹ Inom kort kommer en precisering kring ansvar för gruppen unga med psykisk ohälsa i form av ytterligare en RMR som är under beredning. Genom denna RMR förväntas det bli ytterligare förtydligat vad primärvården – både avseende vårdcentraler utan och med utökat uppdrag som Unga Psykiska hälsa – ska erbjuda barn och unga (6–18 år) när de söker hjälp för psykisk ohälsa.

En fortsatt satsning på att erbjuda Ungas psykiska hälsa-mottagningar inom Västra Götalandsregionens primärvård måste inkludera ett aktivt kommunikationsarbete kring vad som finns att erbjuda och hur uppdraget och omställningen till den nära vården ser ut i praktiken. Skola och socialtjänst behöver bli trygga i att se att det finns kvalitet, bredd tillgänglighet inom primärvården. Detta är viktigt både eftersom allmänheten inte känner till detta fullt ut och då den gemensamma bristen på breddkunskap om ansvarsfördelningen och erbjudandet inom primärvård ibland är drivande i att skapa en efterfrågan på specialiserad vård som i sin tur gör att specialiserad vård än mindre kan fullfölja sitt uppdrag och avlasta skola, socialtjänst och primärvård när det är aktuellt.

Svårigheter knutna till hur specialiserad vård fungerar

Det är ett väl känt faktum att köerna till BUP är långa - en fråga som deltagarna i projektets pilotgrupper ägnar mycket tid åt att fundera över eftersom det är en frustration i deras vardag. Slutsatser från detta projekt är att ett brett och aktivt arbete behövs för att komma till bukt med denna problematik, vilket vi vet pågår, men vi vill gärna lyfta fram behovet av att fortsätta och utöka möjligheter att erbjuda vänteliste-vård för att säkerställa att ingen hamnar just mellan stolarna någon längre tid. Det är svårt för dem som ska stå för basen oavsett om man är skola, socialtjänst eller vård att lägga resurser på att hantera vårdbehov som är av dimensionen att vård på specialistnivå krävs samtidigt som man ska sköta sitt pedagogiska uppdrag, sitt sociala uppdrag, sitt hälsoförebyggande uppdrag eller kunna erbjuda vård av baskaraktär till en bred grupp av behövande. Frågan har förts vidare via styrgruppen medlemmar till dem som har ansvar och överblick för detta.

³⁸ RMR, Ansvarsfördelning kring primärvård och barn och ungdomspsykiatri, (HS 2017 – 00163)

³⁹ Inriktningsdokument för ungdomsmottagningar i Västra Götaland 2018-2022

SAMVERKAN KRING BARN OCH UNGA BÖR BYGGA VIDARE PÅ BEFINTLIGA SAMVERKANSSTRUKTURER SAMT I STÖRRE GRAD INKLUDERA SKOLAN

Skolans representation

Vår slutsats att skolans perspektiv är omistligt för att skapa en sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa känns intuitivt rimligt för de som fått ge sin feedback på denna slutsats. Det verkar också rimligt då att skolan finns med och har en tydlig representation i lokal, delregional och regional vårdssamverkan. Idag finns endast denna representation i lokal och delregionala grupper, men den saknas på övergripande regional samverkansnivå. Det är lätt att föreslå förändringar och förbättringar utan att låta varje organisation äga sin egen arena - detta vill vi gärna varna för. Vi tänker oss att med representation kommer också en respekt för och en insikt i att alla verksamheter har sina utmaningar. Därför är det också viktigt att skolans perspektiv avseende både elevhälsan och det pedagogiska arbetet finns representerade.

För att inte tappa några perspektiv är det också viktigt att bygga gemensamma samverkanskanaler och att tekniska/digitala lösningar tar hänsyn till att de som ska samverka är jämbördiga parter. Här framstår de strukturer som vi har i Närvårdssamverkan som särskilt viktiga. Vi tror också på ordets makt och föreslår att man återupptar försöken att byta ordet vårdssamverkan mot något som gör att de som inte har vård som sitt huvuduppdrag eller alls i sitt uppdrag men som är så viktiga i det grundläggande arbetet runt psykisk hälsa inte stöts bort av detta ordval.

Stöd till inhämtande av samverkanskunskap och digitalt kunskapsstöd via Närvårdssamverkans webbplatser

Att alla medarbetare inom de olika typer av verksamheter vi arbetat med i projektet har tillgång till information om samverkan och tillstånd som en vanligtvis möter är av stor vikt. Denna information finns i dag att få på många olika digitala platser. En samordning av denna information är att föredra. Detta skulle kunna ske via de gemensamma befintliga strukturer som finns i Närvårdssamverkan. Där kunde man sedan referera till andra digitala platser och dokument som sedan automatisk skulle uppdatera sig. När vi presenterar andra lösningar/möjligheter som provats på andra ställen i Sverige för medverkande i våra piloter, som ni finner i fördjupningen under vad vi gjort i projektet, är reflexionen att det är viktigt att systemen är bra och att de presenterade digitala platserna ser inbjudande ut men också att vi behöver bygga på det vi redan har och äger driften av gemensamt mellan kommuner och region.

5 Förslag på konkreta initiativ

Nedan presenteras ett antal konkreta initiativ som tillsammans skulle kunna bidra till att stärka samverkan och skapa en bättre och mer Sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa för barn och unga med psykisk ohälsa i Västra Götalandsregionen.

När behovsanalysen var sammanställd tog ett arbete vid att omforma de förslag som kommit fram till insikter och möjligheter. Med hjälp av projektets arbetsgrupp omformulerades dessa till ett antal konkreta initiativ som kunde presenteras och testas på idéplan för deltagarna som varit med vid workshopparna. Som nämnts var detta arbete tänkt att delvis ske vid fokusgruppsmöten men då corona-pandemin satte stopp för detta omformades arbetet istället till en digital process där fokusgruppsdeltagarna (de som tidigare deltagit vid höstens workshops) bjöds in att tycka till om dessa konkreta initiativ via ett digitalt enkätverktyg. Deltagarna bedömde varje initiativ utifrån tre perspektiv (där de svarade med en sjugradig skala);

- Hur pass relevant är förslaget för att göra skillnad för barn och unga?
- Hur pass relevant är förslaget för att stärka samverkan mellan verksamheterna?
- Hur pass relevant är förslaget för medarbetarna?

Detta var viktigt eftersom samverkansfrågor självklart behöver ha brukaren i fokus – i detta fall barn och ungdomar – men att det kan vara svårt att få dem att tycka till om strukturer och processer de inte har, eller ska behöva ha, full inblick i. För fortsatt vidareutveckling ser vi dock behovet av att, när så är möjligt och lämpligt även involvera och tillfråga barn, unga och deras vårdnadshavare direkt kring deras upplevelser av aktörernas samverkan – något som även lyfts av t.ex. Nationell samverkan för psykisk hälsa i Göteborg (NSPHiG) som i rapporten *Brukarinflytande inom området psykisk ohälsa på kommun- och vårdssamverkansnivå i Västra Götaland* som lyfter vikten av att brukarmedverkan finns i vårdssamverkan.⁴⁰

Utöver dessa tre perspektiv som alla syftade till att testa förslagets möjlighet att göra verklig nytta fick respondenterna på en skala 1–7 ta ställning till varje förslags genomförbarhet. Den poängbedömning respondenterna gjort utifrån vilken potentiell effekt samt genomförbarhet de olika konkreta initiativen som testades på idéplan har sedan legat till grund för vilka konkreta förslag som valts ut som lämpliga att gå vidare med. Baserat på respondenternas input och kommentarer har de konkreta förslagen bearbetats tillsammans med projektets arbetsgrupp, samt stämts av med olika representanter som på olika sätt arbetar med samverkansfrågor övergripande kommunalt eller regionalt och/eller i specifika projekt kring barn och ungas psykiska hälsa.

INITIATIV OCH AKTIVITETER FÖR ATT STÄRKA SAMVERKAN

Baserat på det arbetet föreslår vi följande:

A. Inför en gemensam kontaktgaranti för samverkan

För att betona vikten av samverkan och också visa på att det är något som liksom andra kontaktförfrågningar är en viktig del av var ens arbetsuppgifter att svara an på föreslår vi att det införs en gemensam kontaktgaranti. Detta är något som Västra Götalandsregionen kan införa brett för de verksamheter där det behövs, men förslaget innebär även att utkastet till garantin tas upp och diskuteras av kommunerna med förhoppningen att kunna skapa något motsvarande. I arbetet med att ta fram förslaget har representanter från verk-



⁴⁰ NSPHiG (2017/2018), Brukarinflytande inom området psykisk ohälsa på kommun- och vårdssamverkansnivå i Västra Götaland

samheter inom både region och kommun varit med och responsen från bådadera har varit positiv. Flera framhåller att en princip eller ”garanti” på papper inte kommer göra jobbet – och att det förutsätter ett ledarskap som tar frågan och dess innebörd på allvar – men samtidigt lyfter man behovet av att på detta sätt synliggöra värdet av att samverka och underlätta för kontakter över gränser vilket just har lyfts som ett betydande problem i det dagliga arbetet.

Så här föreslås garantin formuleras:

Gemensam kontaktgaranti för samverkan

- Detta kan ni förvänta er av Primärvården när det kommer till kontakt inför samverkan kring barn och unga:
- Vi återkommer med ett svar på frågor från våra samverkansparter inom **48 timmar**, även om svaret ibland blir att vi behöver mer tid för att kunna svara eller blir en hjälp vidare till en medarbetare som bättre kan hjälpa till. Vi utgår från de regionala medicinska riktlinjer som styr ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialiserad vård och ger indikation kring lämpliga insatser. Bakom dem finns möjligheter att hämta stöd i att gemensamt konsultera den nationella plattformen Vård och insatsprogram (VIP).
- Kan en enskild medarbetare inte själv kan svara på en fråga från en samverkanspart hjälper vi alltid till att **ta frågan vidare** så att den kommer till rätt person.
- Vi ser till att alltid tillhandahålla **uppdaterad kontaktinformation** inklusive kontaktuppgifter till våra funktionsbrevlådor på våra webbplatser, samt till närvårdssamverkans hemsidor.
- Alla verksamheter ska ha en **funktionsbrevlåda** som tydligt beskrivs, annonseras och bevakas enligt gällande riktlinjer.

Som förslag tas en mall fram så att även kommunala verksamheter kan ta fram motsvarande löften från sin sida om hur de lovar att finnas tillgängliga för samverkansparter.

En tanke som vuxit fram under arbetets gång är även möjligheten att eventuellt koordinera införandet av en kontaktgaranti för samverkan med reformen om patientkontrakt. Det skulle då kunna fungera som en naturlig ”länk” mellan SIP som och patientkontraktet för att göra vårdkedjan så sömlös som möjligt för barnet/den unge.

Några kommentarer från fokusgruppen om förslaget:

- *”Bra att tydliggöra vilka förväntningar man kan ha på varandra”*
- *”Jag tycker att det är ett mycket bra förslag. Det kan minska medarbetarnas frustration och stress på ett påtagligt sätt. Ännu viktigare kan barn och ungdomar lättare få hjälp från rätt instans eller få gagnas av ett samarbete mellan verksamheterna.”*
- *”Adresserar en av huvudfrågorna, med andra ord en av bromsarna som motverkar flödet i samverkan. Bra att ha ett krav på snabb respons. Praktiska lösningar att kunna genomföra detta är en förutsättning.”*
- *”Bra förslag, får man respons på fråga vet man att det är uppmärksammat - även om svar på fråga dröjer. Bra att ha ”funktionsbrevlåda”, finns inte inom t.ex. skolan.”*

- *"Vi har haft funktionsbrevlådor för patient, vilket INTE fungerat väl. Svårt med dokumentationsbiten och vad är journaltext? Men gäller denna funktion endast profession så ser jag en möjlighet."*
- *"Viktigt att se till att det inte blir ett verktyg att slå varandra i huvudet med om någon annan inte gör sin del."*
- *"Kan vara svårt att organisera, t.ex. är ju skolan en på sätt o vis splittrad organisation, så kan vara svårt att hitta rätt "placering" av kontakten."*

B. Etablera struktur för gemensamma terminsmöten med fokus på samverkan runt barn och unga (6–18 år)

Förslaget handlar om att ta fram ett koncept och en struktur för gemensamma terminsmöten där skola, socialtjänst och primärvården möts för att diskutera basinformation kring samverkan runt barn och unga och eventuellt ta upp något särskilt fördjupande tema. Förslaget görs redan på flera orter i Västra Götaland idag, och fanns med som en del i det tidigare Västbusarbetet.



I vissa kommuner finns idag redan forum att nyttja för denna typ av möten. I de fall kan det bli aktuellt att se hur det går att samordna så att terminsmötena på ett naturligt sätt hänger ihop med befintliga strukturer, när så är lämpligt för att uppnå syftet.

Förslag till innehåll och tillvägagångssätt för terminsmöten

- Två gånger per år träffas representanter från Skola, Socialtjänst och Primärvård i samma kommun/ stadsdelsområde för att informera varandra om sina verksamheter. Bland representanterna finns både chefer och medarbetare.
- Mötesagendan inkluderar presentation av varje verksamhets uppdrag, nuläge, frågor som är på gång kommande termin samt eventuellt fokus på utvalt aktuellt tema.
- Mötet pågår under 2 timmar. Det ska även gå att delta digitalt.
- Varje verksamhet ansvarar själva för att vid mötet informera om just sin verksamhet.
- Förslag är att ansvar för att sammankalla ligger på den lokala närvårdssamverkansgruppen. Möteskallelsen går ut i god tid så alla verksamheter ges möjlighet att planera för medverkande representanter.
- Representanterna är ansvariga för att ta med sig informationen och återkoppla den till sin egen verksamhet.
- Mötena tillgängliggörs också digitalt via t.ex. Närvårdssamverkans webbplatser efter varje möte.

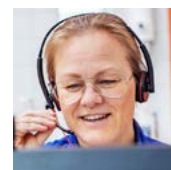
Några kommentarer från fokusgruppen om förslaget:

- *"Mycket bra med frekvensen på mötena. Två gånger per år är lagom ofta med tankar på omorganisationer och andra förändringar och på att det är viktigt att hålla sig a jour med varandras verksamheter."*
- *"Bra att det är planerat att både chefer och medarbetare skall delta. Bra också att man tänker att det också kommer att finnas utrymme att diskutera olika teman. Man kan tänka sig att möjliga teman skulle kunna vara våld i skolan, orosanmälningar, SIP-möten osv."*

- *"Att träffas är bra och gör samverkan levande. Att kunna ställa frågor direkt till varandra utifrån det som är aktuellt för tillfället är bra. Från skolan tror jag det krävs att samma personer deltar så att inte uppdraget ges till någon som inte känner till vad det handlar om, då blir kvalitén sämre. Det förutsätter att verksamheterna förberett mötet och att chefer lägger en skyddande hand och tycker det är bra."*
- *"Jag tycker det ger en optimal förutsättning för att "inte tappa bort varann" vid t.ex. omorganisation eller cheff/personalbyte. Jag tycker en gång/termin är lagom intervall. Viktigt att ha en kontinuitet i denna samverkan."*
- *"Ser vissa svårigheter med 'Hybridmöten' - dvs några i rummet och några via länk - ofta svårt att få det bra."*

C. Börja med gemensamma webbutbildningar för att sprida samverkanskompetens

Gemensamma webbutbildningar skapas för alla anställda inom Elevhälsa, Socialtjänst och Primärvård som arbetar med psykisk hälsa hos barn och unga. Webbutbildningarna ska vara obligatoriska för alla nyanställda, men rekommenderas vid lansering även genomföras för befintliga medarbetare.



Webbutbildningarna föreslås innehålla

- Introduktion till varandras verksamheter
- Basinformation om hur man samverkar (nationellt t.ex. om aktuell lagstiftning, regional t.ex. Hälso- och Sjukvårdsavtalet och vårdssamverkan samt lokalt på kommunnivå).
- Information om kontaktvägar m.m. i två olika moduler:
- Regiongemensam information som inkluderar det som är lika för alla som arbetar i Västra Götaland
- Lokal information som beskriver förutsättningarna inom ens egna kommun
- Webbutbildningarna följs upp med ett kunskapstest samt reflektionsfrågor.

Webbutbildningarna tas till stor del fram regiongemensamt och tillgängliggörs och tillhandahålls via t.ex. Närvårdssamverkanswebbplatserna. Utsedd kommunikatör ansvarar för att de hålls uppdaterade.

Några kommentarer från fokusgruppen om förslaget:

- *"Lättillgängligt. Säkerställer att alla fått samma information."*
- *"Bra att det är tillgängligt för alla när som, att man inte behöver vänta in två datumlär då man får denna info på något möte."*
- *"Toppenrimligt nödvändigt"*
- *"Bra att det ger en "baskunskap" om olika samverkansaktörer man kommer att ha att göra med; ökar möjligheterna för adekvata förväntningar på varandra."*
- *"Bidrar till ökad professionalitet."*
- *"Webbutbildningar som jag genomgått har aldrig diskuterats vidare i verksamheten. När väl utbildningen är gjord är frågan lite borta. Det känns som ett stort arbete att hålla denna utbildning aktuell, i alla fall inom skolan har saker på senare år ändrats snabbt."*
- *"En dialog behövs kunna föras under webbutbildning"*

D. Erbjud fortsatt stöd och utbildning i användandet av SIP

Det befintliga arbetet som finns kring SIP-stöd idag behöver fortsätta erbjudas men också vidareutvecklas det för att möta det behov som finns av löpande stöd och utbildningsinsatser.



Så här föreslås stödet fortsätta samt vidareutvecklas

Fortsatt stöd och utbildning i SIP föreslås vidareutvecklas genom att

- Medarbetare i verksamheterna ges kortare fördjupande utbildningar i SIP med fokus på de nya verktyg som tagits fram av GITS.
- Utbildningen ges av SIP-samordnare. Utbildningen kan tillhandahållas både vid fysiska möten, men även digitalt.
- Utbildningen anpassas beroende på nivån på förkunskaper.
- Utbildningen innehåller även moment för att ställa frågor och dela reflektioner kring användandet av SIP.

Några kommentarer från fokusgruppen om förslaget:

- *"Det ger förutsättningar för att alla har liknande förväntningar på mötet."*
- *"Viktigt att ALLA känner till vad en SIP är och därmed känner en trygghet i att delta för att gynna individen som har behov av SIP. Bra med nano-utbildning som kan användas löpande."*
- *"Ger goda förutsättningar för att verksamheterna och deltagare känner sig trygga med SIP-mötesformen och kan förbereda sig mentalt på ett bra sätt. Bidrar för kraftfulla möten, med gemensam förväntning om mötet."*

Det har under detta projektarbets gång framkommit att många medarbetare ser SIP som något man drar sig för att göra och som något man endast använder då situationen blivit komplex runt ett barn/en ungdom. Här behöver det bli tydligare för alla att SIP gott och väl kan knytas till tanke-sättet om stegvis vård – och att även en SIP-insats kan vara alltifrån en enklare samordningsfråga till en mer omfattande sådan. Många gånger kan ett tidigt samordningsinitiativ förhindra att barnet/den unga i ett senare skede "hamnar mellan stolarna" – och här behöver såväl region som kommun arbeta för ett förändrat synsätt på SIP både hos chefer och medarbetare.

Som ett kompletterande initiativ prövades även idén om att införa ett SIP-stöd för att kalla, leda och dokumentera SIP. Förslaget handlade om att det skulle utses någon utomstående för de som arbetar i verksamheterna att vända sig till för att få avlastning med att kalla, leda och dokumentera arbetet med SIP.

Några kommentarer från fokusgruppen om förslaget:

- *"Om verksamheterna tillsammans kan samfinansiera personer som ansvarar för arbetet kopplat till SIP blir de anställda professionella i sitt utförande och dessutom inte hotfulla när de genomför mötet då de inte representerar en särskild verksamhet."*
- *"Mycket bra. Har erfarenhet av den funktionen i både Falkenberg och Varberg, där Nätverkslaget hade den funktionen. Bidrar med stor sannolikhet till att SIP-möten håller högre kvalitet och blir mer likvärdigt."*

- *”Genom att sakna relation och historia kan det upplevas hotfullt av vissa individer. En sådan person saknar individkompetens.”*
- *”Blir mötena för omfattande börjar det bli svårt för skolan att vara med. SIP är bra men inte lösningen på alla problem.”*
- *”Det kommer vara krångligt för utomstående att få till kallelse med många olika kontakter man inte har kännedom om, risk att det ändå känns som att man inte har tid/ork.”*

Då det både finns delade meningar om såväl effekt som genomförbarhet kring detta förslag, samt att bedömningen är att det skulle kunna bli en kostnadsdrivande åtgärd så föreslår vi inte att initiativet tas vidare. I en del verksamheter har man kollegor som är lite mer insatta och vana vid SIP-arbetet som medarbetarna vid behov kan ha som stöd. Att använda denna typ av kollegialt stöd mer allmänt och systematiskt kan vara värt att fundera på närmre i varje verksamhet. Detta är dock en arbetsledningsfråga och inte något som måste göras på exakt samma sätt i varje område, inom varje typ av verksamhet eller vid varje tillfälle.

Än mer betydelsefullt än att man får ett utifrån-kommande stöd som medarbetare bedöms det vara att man faktiskt får lägga arbetstid på att arbeta med samverkan. Det är viktigt att chefer förmedlar till medarbetarna att samverkan är en del av det arbete som görs i ärenden när det behövs. Att försöka hantera organisationens pressade arbetssituation genom att dra ner på samverkan kan bli kostsamt i längden även om det på kort sikt kan upplevas som att man sparar tid och resurser i en situation där verksamhetens resurser är ansträngda.

Med anledning av ovanstående resonemang vill vi lyfta betydelsen av att chefer förstår vikten och vinsten med samverkan och att en del av att få upp användningen av verktyget SIP är en arbetsledningsfråga. Vi föreslår därför att utöver att fortsätta utbildningar om SIP så genomförs en satsning för att säkerställa att alla chefer förstår vikten av att SIP är både en skyldighet men också en möjlighet att komma igång med tidiga samordnade insatser, samt att detta är något som de behöver bli bättre på att kommunicera till sina medarbetare.

KOMMUNIKATIONSKANALER FÖR ATT STÄRKA SAMVERKAN

I den digitala fokusgruppen tillfrågades deltagarna även om kommunikationskanaler som de ansåg hade betydelse och potential för att göra störst skillnad. Även här tillfrågades alla om att aktivt tänka kring hur det skulle gå att göra skillnad dels för medarbetarna i de olika verksamheterna och deras möjlighet att ge god kvalitet i samverkan, samt också direkt för barn och unga och deras vårdnadshavare. Återigen bedömdes effekt/nytta och genomförbarhet på en sju-gradig skala och de webbplatser som utvärderades och testades var;

Webbplats/er för professioners samverkan kring barn och unga med psykisk ohälsa:

- [1177](#)
- [Närvårdssamverkans webbplats](#)
- [Vårdochinsats.se](#)
- [umo.se](#)
- [Vårdgivarwebben](#)
- Ny webbplats – t.ex. som [SAGA Sollentuna](#)
- Liten informationsbroschyr

Kommunikation/Webbplatser riktad till barn och unga samt vårdnadshavare om var de kan vända sig med frågor om psykisk ohälsa:

- [1177](#)
- [umo.se](#)
- Liten informationsbroschyr
- Ny webbplats – t.ex. som [SAGA Sollentuna](#)

Detta resulterade i nedanstående två förslag avseende kommunikation och webbplatser.

E. Satsa på att utveckla och underhålla de lokala närvårdssamverkans-webbplatserna (för att stärka samverkan mellan professionella)

I enlighet med resonemanget om att fortsätta bygga vidare kring och nyttja befintliga strukturer så finns det en stor potential i att arbeta vidare med de webbplatser som redan idag finns etablerade. Webbplatserna för närvårdssamverkan driftas redan idag gemensamt mellan kommun och region, samt har en lokal förankring. Här finns på flera håll redan idag också en struktur och gruppering kring barn och unga.

Några kommentarer från fokusgruppen om förslaget:

- *"Skulle vara bra att få det samlat men det kräver också någon som har tid avsatt för att hålla sidan uppdaterad och aktuell."*
- *"Bra då det redan är en sida som existerar och där det finns info och SIP-blanketter m.m."*
- *"Eventuellt finns det inte så många inom skolan som känner till det - avsnittet kring barn och unga är inte så omfattande."*
- *"Risk att den inte uppdateras kontinuerligt."*
- *"Många vet nog inte om att det finns något som heter "vårdsamverkan", hittar inte webbplatsen"*

För att ta förslaget vidare och göra webbplatserna till det nav för samverkan som de skulle kunna bli krävs dock en hel del förändringar. Dessa ser vi till exempel är:

- *Webbplatserna behöver vidareutvecklas i form av att göras mer användarvänliga och hållas kontinuerligt uppdaterade. De behöver även marknadsföras aktivt så att alla känner till att de finns och vilket innehåll som går att hitta där. Det finns således ett behov av ägarskap och dedikerad kommunikatör till varje webbplats.*
- *Dessa webbplatser är ett naturligt ställe att söka efter kontaktuppgifter på. Därför är det centralt att de också innehåller uppdaterade kontaktuppgifter till verksamheterna.*
- *Se över namnet; närvårdssamverkan signalerar att det enbart handlar om vårdfrågor, men mycket av det som man behöver samverka mer kring handlar även om det preventiva och hälso-stärkande arbetet kring barn och unga. Kanske kan man klara sig med "Närsamverkan kring barn och unga" för att upprätthålla historik bakåt men samtidigt visa på ett nytt och bredare grepp kring frågan.*
- *Skolan och elevhälsans arbete behöver synliggöras och ta plats på dessa webbplatser i större utsträckning än idag. Det ska vara en självklarhet att alla verksamheter samlas på dessa webbplatser.*
- *Flera lyfter att "SAGA"⁴¹ har en mer användarvänlig struktur och ett bättre och mer neutralt namn (Samarbete och gemensamt ansvar). Här finns således inspiration att hämta*

41 www.sagasollentuna.se/

för vidareutvecklingen. Dock poängterar man att man ej önskar ha flera olika webbplatser att leta på och föredrar därför att hellre vidareutveckla de befintliga än att skapa något helt nytt, vilket också riskerar bli resurskrävande.

F. Vidareutveckla och värna redan befintliga sidor som 1177 och UMO.se (för att tydligare kommunicera med barn och unga samt vårdnadshavare om var de kan vända sig med frågor om psykisk ohälsa) och förse Närvårds-samverkans platserna med relevanta länkar.

Snarare än att skapa och lansera nya webbplatser förespråkas att fortsätta vidareutveckla och satsa på de befintliga webbplatser som många redan idag känner till eller som kanske får höga träffar i sökmotorer. Dock finns ett stort behov av att visa vad de kan göra även inom området psykisk hälsa och ohälsa då denna typ av innehåll inte är det första som användarna förknippar med dessa typer av sidor.

Några kommentarer från fokusgruppen om förslaget:

- *"1177 känns mer riktad till vuxna. Rekommenderar UMO till barn och unga. Ser pigg och fn ut. Inbjudande bilder!"*
- *"Många som jag träffar saknar de nödvändiga förutsättningarna för att söka information på det här sättet. Antingen är de för unga, mår för dåligt eller har kognitiva funktionshinder som gör att det blir svårt för dem. Det är viktigt att komma ihåg att det krävs ganska mycket för att man skall kunna identifiera och klassificera sitt eget hjälpbehov."*
- *"Nej, de googlar generellt."*
- *"Bilderna är att 1177 används mest vid sjukdom."*
- *"Har hört flera föräldrar nämna att de sökt där (på 1177)."*
- *"Vet ej. Det kan vara ett bra ställe att samla information då 1177 ändå sålts in på olika ställen. Det är svårt att veta att man skall leta överallt för att få information"*
- *"Jag använder UMO.se väldigt ofta. Finns bra, lätt och tydlig information riktad till unga."*
- *"Ja, UMO.se är bra när de känner sig oroliga/fundersamma kring något som rör deras mående. Bra och informativ sida som dessutom finns på flera språk."*

För att stärka kommunikationen direkt med målgruppen föreslår vi att arbetet med kommunikationskanalerna tas vidare genom att:

- *Fortsätta utveckla och sprida kännedomen om 1177 och UMO.se i målgruppen, och arbeta med sökbarheten inom psykisk hälsa på dessa webbplatser.*
- *Vidareutveckla 1177 inom psykisk hälsa så att hela spektrumet av primärvårdsbehandling (Vårdcentraler likväl som UPH-mottagningar) finns med.*
- *Gör en analys på vad som behöver vara regional information och vad som är allmänt/nationellt. Arbeta för att skapa en struktur och systematik där detta enklare kan nå användaren i form av den unge och eller vårdnadshavare – dvs uppdaterade lokala kontakter/hit vänder du dig (även här går det att hämta inspiration från SAGA⁴²) och länka till dessa sidor på Närvårdssamverkans hemsida. Detta skulle också vara viktigt för skolan som ibland upplever en kompetensbrist när det gäller att ha tillgång till material för att uppfylla sitt förebyggande och hälsofrämjande arbete. Att ha tillförlitligt och aktuellt material lätt-tillgängligt skulle kunna underlätta för dem i detta uppdrag.*

42 www.sagasollentuna.se/

- Komplettera ovanstående med en informationskampanj där affischer kan sättas upp med QR-koder och/eller bra länkar av typen ”hit vänder du dig”. Det blir mer kostnads- och miljöeffektivt att sedan underhålla informationen digitalt än att behöva trycka upp nya broschyrer så fort informationen blir utdaterad. Dock kan det vara bra med något fysiskt för att sprida informationen till de som kanske inte söker själva (på anslagstavlor i skolor där vårdnadshavare hämtar/lämnar, vårdcentraler och bibliotek till exempel).

FÖRSLAG SOM REDAN TESTATS I VERKSAMHETERNA SOM EN DEL AV PROJEKTET

Parallellt med att dessa initiativ prototypades fram med hjälp av ett digitalt fokusgruppsarbete så prövades även några initiativ direkt i verksamheterna. Av dessa framstod två konkreta initiativ som värda att tas vidare för att skapa en mer sammanhållen vård. Dessa var:

G. Förstärk UPH-konsultationen genom inbjudan till dedikerade Skypemöten

Innan projektet avslutades, och trots corona-pandemin, ville vi pilottesta ett arbetssätt med tydligt erbjudna UPH-konsultationer till samverkansgrannarna. Detta var tidigt en del i arbetsgruppens tankar om något som skulle kunna innebära en skillnad för att stärka samverkan – men visade sig under arbetets gång inte ses som så angeläget av deltagarna vid våra workshops då de i första hand hade andra mer praktiskt inriktade förslag. Under våren 2020 beslutades det ändå att testa att erbjuda fyra konsultationstillfällen från UPH via Skype under maj månad 2020 i alla fyra pilotkommunerna. Dessa följdes sen upp vid ett återkopplingstillfälle med medverkande enheter och med arbetsgruppen.

UPH-deltagarna var positivt inställda innan testet drog igång. Arbetet börjades med att skapa en struktur som var rimlig ur sekretess-synvinkel. Frågan bollades med jurister på VGR som konstaterade att som mottagare av information kring patienter fanns inga svårigheter. Det är den som har ett ärende som den vill ha stöd i som behöver tänka till kring sekretess. UPH bjöd således in till Skypekonsultationer och den som ville delta förankrade detta med sin brukare. Lösningen kunde vara att hålla frågan på en allmän nivå alternativt att använda en del av Skypekonsultationen för enskild konsultation. UPH har som ett viktigt och tydligt uppdrag att redan i dag ge konsultativt stöd till vårdgrannar. Detta utnyttjas olika i olika områden och är inte fullt ut känt. Vi räknar dock med att det främst är distributionsformen och systematiken och innehållet i detta arbetssätt som är nytt.

Vad kom ut av detta? Sammantaget som experiment betraktat föll det relativt väl ut. Det var inte lätt att på kort tid komma ut till berörda med erbjudandet så en del av de erbjudna konsultationerna förblev outnyttjade. Men de som deltog var överlag positiva till digitala konsultationer från UPH:s sida. Troligtvis kommer det att krävas en hel del uthållighet för att introducera arbetssättet men det kan noteras att flera UPH-mottagningar planerar fortsätta med erbjudanden om digitala konsultationer även efter projektets slut och då som en del i det ordinarie arbetssättet. På vissa mottagningar återstår att lösa några tekniska frågor och frågor kring hur man kan boka deltagande och liknande. Samtidigt lyfter man vikten av att kunna göra andra arbetsuppgifter om tiden inte blir bokad. Man upplever att det signalerar tillgänglighet att ha möjligheten att erbjuda konsultationer på ett systematiskt sätt, något som man gärna vill visa.

H. Inför säkra vägar för digital informationsdelning över organisationsgränser - "Säker Digital Kommunikation" (SDK) och/eller genom Framtidens vårdmiljö (FVM)

Sedan 2018 pågår det nationella projektet SDK där Inera är projektägare,⁴³ och i projektet ingår Sveriges kommuner och regioner (SKR), liksom regioner och kommuner, Myndigheten för digital förvaltning (DIGG) och andra statliga myndigheter. Så här beskrivs projektet:

Målet med projektet Säker digital kommunikation, SDK, är att Sverige ska ha en standardiserad förmåga till säker digital kommunikation mellan offentliga aktörer, inklusive privata utförare av offentligt uppdrag. Det innebär att definiera ett gemensamt sätt att överföra känslig information på ett enhetligt, effektivt, säkert och överenskommet sätt. Genom att ta fram gemensam infrastruktur för till exempel adressuppgifter och standarder för säkert meddelandebyte som organisationerna kan anpassa sin egen IT-miljö och egna IT-stöd till, skapas förutsättningar för ett säkrare informationsutbyte. SDK ersätter inte befintliga tjänster för informationsutbyte utan är ett komplement för att kunna ersätta manuella flöden med digitala.

Just nu pågår planering för att påbörja tester med SDK i Västra Götalandsregionen. Parallellt pågår även förberedelserna för införande av FVM som också har chans att påverka arbetet över organisationsgränser i stor utsträckning genom införandet av vårdinformationssystemet Millennium.

Då behovet av att kunna hitta enklare digitala kontaktvägar och till exempel komma ifrån att behöva scanna eller posta dokument (så som remisser och bilagor), är något som projektets deltagare lyft som centralt för att stärka samverkan över gränser ser vi att det finns ett stort värde i att knyta detta projekts behovsanalys till det fortsatta projektarbetet med att införa säkra digitala kommunikationsvägar.

Därför genomfördes även en förtydligande behovsinventering i en av pilotkommunerna (Orust) där deltagarna fick beskriva sina behov och göra fallbeskrivningar kring digitala kontaktvägar mer utförligt för att sedan lämna dessa vidare till VGR:s arbetsgrupp inom SDK.

Parallellt testades även kommunikationsverktyget Yammer (från Microsoft) i en pilotkommun för att dela samverkanskunskap av mer allmän karaktär över verksamhetsgränser. Testet föll inte väl ut trots återkommande inbjudningar och information om kanalen och hur man skulle kunna komma igång att använda den. Slutsatserna blev att dels är arbetssättet möjligen för långt ifrån hur medarbetarna arbetar idag, men framför allt så var en ny bred digital kanal med bred icke-specifik information helt enkelt inte det som efterfrågas mest. Behoven som verksamheterna har handlar mycket mer om riktad kommunikation – d.v.s. att få takt med specifika personer eller samtala om enskilda ärenden. Därför bedöms också arbetet kring Säker Digital Kommunikation och Framtidens Vårdmiljö vara av större betydelse att gå vidare med för att fylla syftet.

⁴³ www.inera.se/projekt/saker-digital-kommunikation/

6 En styrmodellsfråga

Att utreda styrmodeller kring samverkan har inte inledningsvis varit projektets främsta fokus. Vi har allt mer under projektets framskridande förstått hur essentiellt det är för att förändra och förbättra samverkan för vår målgrupp. Även deltagarna i pilotområdena lyfte detta då de själva i sin verksamhet upplevde att styrmodellerna inte alltid främjar samverkan på ett tydligt och systematiskt sätt. Nedan redogörs för de styrande organ, forum och avtal som de regionala samverkansfrågor detta projekt rör har att förhålla sig till.

Det högsta politiska samverkansorganet i Västra Götalandsregionens vårdsamverkan är det politiska samrådsorganet (SRO). SRO har inget mandat att fatta länsövergripande beslut, utan är en samrådsgrupp som avhandlar och rekommenderar huvudmännen att fatta beslut i frågor som rör samtliga 49 kommuner och Västra Götalandsregionen.

På liknande sätt finns det ett politiskt samverkansorgan för regional utveckling; Beredningen för Hållbar Utveckling (BHU), under Regionstyrelsen.

Den högsta tjänstemannanivån i arbetet med vårdsamverkan är Vårdsamverkan i Västra Götaland (VVG). Representanter i VVG utses från de delregionala vårdsamverkansgrupperna, VästKom samt Västra Götalandsregionens Koncernledning. Här utses i varje hälso- och sjukvårdsområde en person från kommunerna vilket oftast är socialchef och sjukhuschef/primärvårdschef. Det finns givetvis inget som hindrar att man tar upp frågor som gäller samarbetet skolan-regionen men det är framförallt sjukvård och äldreomsorg som diskuteras.

På delregional nivå regleras samverkan i vårdsamverkansområden. Det finns sex delregionala vårdsamverkansområden; Göteborgsområdet, SIMBA⁴⁴, Fyrbodals, Skaraborg, Södra Älvsborg och SAMLA⁴⁵. På regional och delregional nivå finns flera dokumenterade samarbeten genom vårdsamverkan som redovisats i rapporten kring pågående samverkansprojekt som tidigare nämnts.⁴⁶ Den kontinuiteten att processerna kring samarbetet kring barn-, elev- och ungdomshälsa på lokal och delregional nivå kan fortsätta på den högsta samverkande nivån finns inte idag, förutom att enstaka frågor kan diskuteras, då representanter från skolan saknas på denna nivå. Detta är anledningen till att en av projektets övergripande slutsatser handlar om att just denna representation behövs (se kapitel fyra, slutsats nummer fyra).

Den högsta tjänstemannanivån i arbetet med samverkan inom regional utveckling är Västgruppen.

Vad som ytterligare kan nämnas är de processer som pågår inom ramen för *Regionala Barnuppdraget* som har som uppdrag att arbeta med att ta fram en regional utvecklingsplan för barn och ungas hälso- och sjukvård. Syftet är att komma fram till en god och sammanhållen hälso- och sjukvård för barn och unga. Vården ska se till alla barns och ungdomars bästa möjliga hälsa och utveckling och arbetet ska genomsyras av barnperspektiven.⁴⁷ Andra stora processer som Kraftsamling för fullföljda studier pågår också med oförminskad styrka och är ett samarbete mellan regionen och kommunerna och andra aktörer för att öka förutsättningarna för ungdomar att gå ut skolan med godkända betyg.

44 SIMBA består av geografiska områdena Ale, Kungälv, Stenungssund och Tjörn.

45 SAMLA består av de geografiska områdena Lerum och Alingsås.

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

47 www.vgregion.se/halsa-och-varld/varldgivarwebben/varldskiftet/vi-staller-om-sjukvarden/barnuppdraget/

Det är inte bara i samverkansforum som arbetet drivs vidare för att stötta processen mot en sammanhållen vård och sammanhållet stöd till unga. De avtal som styr verksamheterna är viktiga delar i hur arbetet med samverkan regleras, Hälso- och sjukvårdsavtalet och Krav och kvalitetsboken (KoK-boken) är de främsta dokumenten att förhålla sig till. Hälso- och sjukvårdsavtalet reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan de 49 kommunerna och Västra Götalandsregionen och styr därmed hur vård fördelas mellan kommun och region. Andra avtal och riktlinjer man kommit överens om är underställda detta avtal. KoK-boken är ett förfrågningsunderlag enligt lag om valfrihetssystem LOV och beskriver det uppdrag och krav som utförare ska uppfylla, de anvisningar som ska följas och hur uppföljning görs och redovisas i Västra Götalandsregionen. Här beskrivs inte specifikt samverkan mellan skola och primärvård mer än hur överlämning skall ske i de yngre åldrarna. Vad man kan konstatera är att samverkan mellan skola/ elevhälsö hälsovård inte heller i Hälso- och sjukvårdsavtalet regleras specifikt utan frågan om samverkan är underförstådd även här.

Risken är att när mycket annat är tydligt specificerat, även om man går mot att vara mindre detaljerad i KoK-boken och i högre grad arbeta med att hänvisa till andra aktuella dokument som regionala medicinska riktlinjer, så riskerar det som inte är tydligt uttryckt att inte prioriteras och man förlorar möjligheten till styrning av samverkan på ett systematiskt sätt.

Vi har tagit fram en del förslag på hur arbetet med att säkra att styrsystemen arbetar för att stötta samverkan och dessa förslag presenteras i nästa kapitel. Vi redogör där också för hur överlämning och överlappning med andra initiativ inom området är planerade/genomförda.

7 Vägen framåt

Vi har alltså konstaterat att förändring behöver ske på en rad områden för att stärka samverkan och skapa en mer sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa. En del av dessa områden är av mer strukturell karaktär medan andra handlar om mer konkreta åtgärder som i ett nästa steg behöver konceptualiseras/paketeras, beslutas, förverkligas och spridas runtom i verksamheterna inom både Västra Götalandsregionen och de 49 kommunerna.

För att säkerställa en fortsättning tror vi det finns vinningar att göra på att samorganisera några av de initiativ som behövs drivas vidare i gemensamma ”spår”. Det har i dialog med projektets styrgrupp även blivit tydligt att några av dessa spår direkt behöver drivas i en samorganiserad form med företrädare från både kommunala och regionala verksamheter – medan andra spår i ett första skede kan tas vidare inom endast Västra Götalandsregionen för att i förlängningen hitta rätt samstruktur för ett fortsatt förverkligande tillsammans med involverade kommunala aktörer.

I tabellen på följande sidor listas de förändringsbehov som framkommer som slutsatser i kapitel fyra, fem och sex, och där vi har kunnat identifiera möjliga nästa steg. Vi vill dock framhålla att det även finns övergripande slutsatser som behöver tas omhand och värnas – och hoppas att dessa genom att ha formulerats i denna rapport ger andra förändringsarbeten (så som såväl nationella som regionala) vägledning i sina vidare arbeten.

STRUKTURELLA FÖRÄNDRINGSBEHOV

Identifierat förändringsbehov	Förslag till nästa steg	Förslag till ansvar för att få till stånd ett nästa steg	Möjlig finansieringsväg
<p>Viktigt att skolan (både elevhälso- och pedagogiskt perspektiv) blir representerad i alla delar av regional samverkan. Därför behövs skolans representation även finnas i Vårdsamverkan i Västra Götaland (VVG).</p>	<p>Slutrapport med förslag om skolans representation presenteras av VästKom i VVG samt i Västgruppen som förbereder ärenden för Beredningen för Hållbar Utveckling, (BUH). Steget efter det bör vara att inkludera detta i ”Gemensam färdplan för nära vård i Västra Götaland” och tydligare knyta samman arbetet med skolan även där.</p>	<p>VästKom med stöd av Regional utveckling (VGR)</p>	<p>Inom ramen för löpande verksamhet.</p>
<p>Hälso- och sjukvårdsavtalet har ursprungligen ej bäring på frågor som inte är sjukvård. Överenskommelsen för barns och ungas hälsa kan ses som ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet, men då borde även skola och elevhälsa nämnas i Hälso- och sjukvårdsavtalets kapitel om Omfattning.</p>	<p>Utred om Överenskommelsen för barns hälsa (som kan ses som ett underavtal till Hälso- och sjukvårdsavtalet – se kapitel 1.5 och 2.1 i Överenskommelsen) medför att kapitel 1.5 Omfattning i Hälso- och sjukvårdsavtalet behöver omformuleras – t.ex. genom att även nämna ”Skola och elevhälsa” såsom Socialtjänsten nämns.</p>	<p>KPH (VGR) och VästKom som utformat och förankrat Överenskommelsen för barns och ungas hälsa.</p>	<p>Inom ramen för löpande verksamhet.</p>
<p>Samverkansbehov kring barn och unga 6–18 år behöver nämnas och förtydligas i Krav- och Kvalitetsboken (KoK-boken) då detta helt och hållet saknas idag.</p>	<p>Formulera ett avsnitt om hur samverkan ska skötas av primärvården runt barn och unga mellan 6–18 år – dvs hur samarbetet med elevhälsa och socialtjänst ska nämnas i KoK-boken (jämför kapitel 2.5.7. om barnvårdscentralers (BVC) ansvar kring samverkan).</p> <p>När detta har arbetats fram delas underlaget med Enheten för (Primärvård) Vårdval och fördjupad uppföljning (VGR).</p> <p>Harmoniera med den nya RMR:en som nu arbetats fram – där samverkan blir tydligare kring barn och unga 6–18 år. KoK-boken ska hänvisa till RMR:er - men viktigt att kapitel struktureras lika så som föreslås.</p>	<p>KPH (VGR) i dialog med Enheten för Primärvård (VGR).</p>	<p>Inom ramen för löpande verksamhet.</p>

KONKRETA FÖRÄNDRINGSBEHOV

Identifierat förändringsbehov	Förslag till nästa steg	Förslag till ansvar för att få till stånd ett nästa steg	Möjlig finansieringsväg
Inför en kontaktgaranti för samverkan.	Undersök om detta kan skrivas in i KoK-boken för att i ett första steg införa inom Hälso- och sjukvården.	Initiativ inom Färdplan Nära vård (VästKom och VGR) och Handlingsplan psykisk hälsa – fokusområde barn och unga: mål 2.1 och 3.1 (VästKom och VGR). Ta ställning till om detta kan koordineras med reformen kring patientkontrakt.	Återstår att utreda om separat finansiering krävs.
	Ett arbete med att ta fram lokala avtal (kommunernas "kontaktgarantier") behöver i ett andra steg genomföras av respektive kommun.	Lokala vårdssamverkan (lokala avtal).	
Framtagande och införande av en struktur för gemensamma terminsmöten kring samverkan för medarbetarna i verksamheterna	I steg ett föreslår vi att dessa tre initiativ samordnas genom en gemensam kraftsamling med fokus på konceptualisering, paketering och spridning. (Namnet kan t.ex. knyta an till överenskommelsen och innehålla "...för barn och ungas hälsa", t.ex. "Terminsmöte för barns och ungas hälsa", Webb-utbildningen; "Samverkan för barns och ungas hälsa".) Där bör det även arbetas fram en systematik för hur arbetet sen också upprätthålls löpande, då förslagen inte handlar om en enskild insats utan om ett förändrat sätt att praktiskt arbeta med samverkan i verksamheterna.	Initiativ inom Handlingsplan psykisk hälsa – fokusområde barn och unga: mål 2.1 (VästKom och KPH).	Projektmedel i steg 1 – Fokusområde Barn och Unga - Handlingsplan för psykisk hälsa (mål 2:1)
Framtagande och implementering av en återkommande webbutbildning om samverkan för alla medarbetare		Komplettera genom att använda kompetens och resurs från GITs.	
Fortsatt stöd i utbildning och användandet av SIP		Tillvarata arbetet som gjorts i Skaraborg. Säkerställ att arbetet knyts samman inom både Närvårdssamverkan och regionala barnuppdraget.	
Inför en checkbox kring "samverkansinsatser" i dokumentationssystemen för att medvetandegöra medarbetarna om samverkan, och lätt tillgängliggöra uppgifter om pågående samverkan samt relevanta kontakter.	Ta med frågan till representanter för utvecklingen av Framtidens vårdinformativmiljö (FVM).	Medskick till representanter i FVM (från primärvård och KPH, VGR). Behov av att lyfta även från VästKoms håll.	Inom ramen för löpande verksamhet.

Identifierat förändringsbehov	Förslag till nästa steg	Förslag till ansvar för att få till stånd ett nästa steg	Möjlig finansieringsväg
Utveckla lokala närvårdssamverkans-webbplatserna.	Omarbeta plattformarna till att tillhandahålla uppdaterad kontaktinformation och en användarvänlig struktur för samverkan kring barn och unga, samt se till att kännedomen om att de finns sprids och når ut till alla berörda.	Närvårdssamverkan (via VästKom) samt initiativ inom Handlingsplan psykisk hälsa – fokusområde barn och unga (VästKom och VGR).	Förslagsvis särskild satsning (t.ex. ett år) via Handlingsplan Psykisk hälsa.
Utveckla UPH-konsultationer	Projektledningen för UPH arbetar redan för att tydliggöra samverkan som en del av UPH:s uppdrag. Möjligheten att erbjuda digitala konsultationer till samverkansparter bör fortsätta att testas och utvecklas, för att på sikt bli en gängse del av UPH:s arbets sätt (eventuellt som krav i KoK-boken).	KPH – projektledning UPH (VGR).	Inom ramen för framtida UPH-satsning.
Utveckla 1177 (regionalt)	Arbete pågår för att göra det enklare att hitta utbud och tjänster runt psykisk hälsa på 1177.	KPH (VGR).	Inom ramen för löpande verksamhet.

8 Avslutande ord

I kapitel fyra, Övergripande slutsatser, går vi igenom det som vi finner är de mest angelägna slutsatserna som kommer ur detta projekt:

1. Att hantera samverkan behöver i större utsträckning än idag vara en del av varje medarbetares arbetsuppgifter och uppdrag – i samtliga berörda verksamheter.
2. Förutsättningarna för att medarbetarna konkret i vardagen ska kunna samverka över gränser behöver förbättras.
3. Ökad kännedom om varandras uppdrag är essentiellt för samverkan - särskilt behövs en ökad kännedom om vad primärvården ska erbjuda barn och unga med psykisk ohälsa. Detta behöver ges både brett till allmänheten och till alla medarbetare inom vård, skola och socialtjänst som arbetar med målgruppen.
4. Arbetet med att stärka samverkan kring barn och unga bör i större grad drivas i befintliga strukturer – så som t.ex. Närvårdssamverkan. För att höja kvaliteten på samverkansarbetet i Närvårdssamverkan bör skolan finnas med i hela samverkanskedjan.

Med utgångspunkt i dessa presenteras en rad mer handgripliga förslag, ett antal konkreta initiativ som tillsammans skulle kunna bidra till att stärka samverkan.

I kapitel sex och sju diskuteras hur styrmodeller påverkar samverkan, hur förändringar bärs och hur man kan förändra i de styrmodeller och samverkansforum som vi har för våra verksamheter.

På italienska finns uttrycket *Tra dire e fare ce di mezzo il mare* (mellan att prata och göra finns havet). Vår nordiska variant på slutsats är att vägarna behöver rösas bättre och att enkla insatser kan göra stor skillnad. Att det sedan inte alltid är enkelt att genomföra förändringar i samverkansarbetet framgår med önskvärd tydlighet av genomgången av vägar vidare i kapitel sju. Vår övertygelse är dock att det är fullt möjligt och engagemanget vi mött tyder på att det finns en stark önskan att ta samverkan vidare till nya nivåer i vårt område.

Vi har gått igenom och varit i nära kontakt med flera liknande projekt/initiativ och det kunde konstateras att insikterna om vad som behövs för att få en fungerande samverkan över gränserna liknade varandra i flera av dessa pågående initiativ och arbeten, till exempel SIP-arbetet i GITS och Sambu– och att det som här presenteras som detta projekts slutsatser också går i linje med vad man kommit fram till på flera andra håll. Det tycker vi känns tryggt och vi har utgått från att samla in och föra ihop resonemang som konvergerar. En del saker ser ut som att vi landar lite annorlunda än liknande initiativ men när man ser närmre på projekten finns olikheter som väl kan förklara detta, som avgränsning, målgrupp och finansiering. När vi har tagit del av slutrapporter och haft dialoger med företrädare för verksamheter som arbetar med en tredje part som ska samordna medarbetare från olika verksamheter kan det låta som när vi intervjuade en medarbetare i ett primärvårdprojekt med koordinatörer. ”Man skapar otydlighet med lotsar. Man måste ta resurser av de insatser som ges. Det vore bättre om de som skulle göra sitt jobb gjorde det, nu får man istället lägga mycket tid på att förstå vad som gjorts och vad som planeras”. Insikter som manar till försiktighet att lösa alla problem med samma medicin.

Vi menar också att det finns ett stort värde i att arbeta mer för att knyta ihop vården/insatserna i en starkare kedja som tar hänsyn till de olika slags kontinuiteter som vi tar upp inledningsvis, nämligen *Relationskontinuitet*, *Verksamhetskontinuitet* och *Informationskontinuitet*⁴⁸ (se kapitlet om bakgrund). Vi har redan tidigare hänvisat till att patientkontakt är en sådan reform och arbe-

48 SBU (maj 2020), *Vetenskap och praxis*

tet med SIP är en annan men att allt arbete kring våra patienter/brukare behöver genomsyras av tankar kring kontinuiteter - något som inspirerat oss när vi sammanställt förslagen i kapitel fyra och fem.

Begreppen första linjen och primärvård diskuteras livligt i dag något som vi tar upp i inledningen av denna rapport. Regeringens tidigare utredare kring en långsiktig hållbar styrning av området psykisk hälsa, Kerstin Evelius, kritiserar i olika sammanhang begreppet första linjen för att vara missvisande och tyda på att man ska få ett första omhändertagande där och sedan ska man vidare till nästa steg medan de allra flesta ska få hela sitt omhändertagande inom denna verksamhet. De militäriska konnotationerna stör henne och andra. En annan invändning som vi har är att begreppen är inifrån drivna och inte talar till den som ska stå i fokus för vårdinsatser. För att förbättra samhällets vårdinsatser och stöd i framtiden kommer insatser att behöva vara kommunikativt utformade med ett större fokus på dem som insatserna är till för och inte utgå från organisationerna som är satta att hantera området. Bara på detta sätt kan vi komma närmre en nära god vård som också kan vara personcentrerad och bara så tror vi att våra brukare kommer att känna sig ansvariggjorda, lyssnade på och avlastade vilket är det som kan skapa en grund för goda hälsoförbättringsprocesser.

Deltagarna i projektet har fått veta mer om varandras verksamheter och detta har också påverkat hur de samverkar med varandra framåt. Även om detta inte var det uttryckliga syftet så är det glädjande att kontakter som gjorts som en del av att skapa ett underlag för att ta fram förslag på ett baspaket för *En sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa* också landat i mer samverkan. Det har gett hopp till oss om att det går att skapa förändring!

Slutordet i rapporten hämtas från Bertrand Russel (1872–1970), walesisk filosof och matematiker;

”There’s no use talking about the problem unless you talk about the solution”

Vi hoppas att vi gett utrymme till våra deltagare på olika nivåer och till dig som läsare att reflektera över svårigheter kring samverkan och kring att skapa en sammanhållen vård och samhället stöd till unga med psykisk ohälsa i vårt område men också att vi gett utrymme att reflektera kring lösningar och kommit med förslag som kan tas vidare och som kan vara en del av the solution! Nu återstår bara att *Rösa lederna!*

Efterord

Projektet En sammanhållen barn-, elev- och ungdomshälsa har varit ett socialt investeringsmedelsprojekt med det övergripande syftet var att hitta vägar till förbättrad samverkan för målgruppen unga med psykisk ohälsa och behov av sammanhållen vård och insatser i ett första skede. Projektet har drivits gemensamt av VästKom och Västra Götalandsregionen, och kommit till efter ett initiativ från Kraftsamling Fullföljda studier.

Projektet pågick från april 2019 till november 2020 med finansiering av Regionala utvecklingsnämnden, Västra Götalandsregionen.

Projektet har drivits av representanter från de ovannämnda verksamheterna formerade i en styrgrupp:

Elisabeth Rahmberg, ledningsstrateg, Koncernkontoret, VGR

Ylva Bryngelsson, regionutvecklare, Koncernstab Regional utveckling, VGR

Lise-Lotte Risö Bergerlind, enhetschef, Kunskapsstöd för psykisk hälsa, VGR

Ann-Charlotte Järnström, verkställande direktör, VästKom

Projektet har fått stöd av en arbetsgrupp med deltagare från dessa verksamheter:

Charlotta Wilhelmsson, strateg kunskapsstyrning, VästKom

Evelina Stranne, regionutvecklare, Kunskapsstöd för psykisk hälsa, VGR

Elisabeth Rahmberg, ledningsstrateg, Koncernkontoret, VGR

Ylva Bryngelsson, regionutvecklare, Koncernstab Regional utveckling, VGR

Projektledningen har bestått av:

Jenny Lindström Beijar, projektledarstöd

Maria Sjöblom Hyllstam, projektledare

Referenser

Bowlby, J. (1988).

Developmental psychiatry comes of age. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 1–10

God och Nära vård (SOU 2016:2)

Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2019:29)

Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2020:19)

MIND (2018),

Unga mår allt sämre eller? Kunskapsöversikt om ungas psykiska hälsa i Sverige

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2016),

Samordnad vård och omsorg - en analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem,

NSPHiG (2017/2018),

Brukarinflytande inom området psykisk ohälsa på kommun- och vårdssamverkansnivå i Västra Götaland

IVO (2017),

Tillsyn och tillståndsprövning från Inspektionen för vård och omsorg

Salomonsson, S. (2018),

CBT in primary care, effects on symptoms and sickleave, implementation of stepped care and predictors of outcome

SBU (maj 2020),

Vetenskap och praxis

Skaraborgs Kommunalförbund (2020),

Slutrapport - En skola för alla

SKL (2017),

Helhetsperspektiv på barns och ungas hälsa

SKR (2020),

Att stärka samverkan med hjälp av SIP

SKR (arbetsmaterial; 2018),

En samordnad eller samlad barn- och ungdomshälsa – en idéskrift om hur vi ska möta ökad psykisk ohälsa hos barn och unga

SKR (2019),

God samverkan i komplexa situationer; Hur lyckas vi

SKR (jan 2018)

Patientkontrakt - Slutrapport Samarbetsprojekt i tre landsting/regioner (Dnr: S2017/02482/FS)

Slutrapport - RUN-rapporten

Socialdepartementet, kommittédirektiv,

”En sammanhållen god och nära vård för barn och unga” (dir 2019:93)

Socialstyrelsen (2017),

Vägar till förbättrad samordning av insatser för barn med funktionsnedsättning

Västra Götalandsregionen (2020)

Intervjuundersökning - tilläggsuppdrag till SIM-projektet Sammanhållen barn-elev och ungdomshälsa, (HS 2020-01039-1)

Västra Götalandsregionen, Avdelningen Social hållbarhet (2020),

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

Västra Götalandsregionen, Regionala utvecklingsnämnden (2020), Slutrapport SIM-projekt

En Sammanhållen barn-, elev och ungdomshälsa (DNR RUN 2018-00720)

Västra Götalandsregionen och VästKom (2020) reviderade

Riktlinje för Samordnad individuell plan för kommunerna i Västra Götaland och

Västra Götalandsregionen och Samverkan för barn och ungas hälsa - överenskommelse mellan kommunerna i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen som träder i kraft 1 januari 2021

Västra Götalandsregionen (2020)

Ungas psykiska hälsa – förstärkt första linje i primärvården, Slutrapport – pilotprojekt år 2017-2019

Överenskommelser mellan staten och SKR, (2020)

Insatser inom området psykisk ohälsa

Förkortningar

Förkortningar i texten förklaras när de används för första gången men återfinns också i denna tabell.

BHU	Beredningen för Hållbar Utveckling
BVC	Barnvårdscentraler
DIGG	Myndigheten för digital förvaltning
ESF	Europeiska socialfonden
FVM	Framtidens vårdinformationsmiljö
GITS	Gemensam Information och TjänsteSamordning
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
KoK-boken	Krav och kvalitetsboken
KPH	Enheten för kunskapsstöd för psykisk hälsa
LOV	Lagen om valfrihetssystem
NSPHiG	Nationell samverkan för psykisk hälsa i Göteborg
RMR	Regional medicinsk riktlinje
RUN	Regionala utvecklingsnämnden
SAGA	Samarbete och gemensamt ansvar
SBU	Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
SDK	Säker digital kommunikation
SIM	Sociala investeringsmedel
SIP	Samordnad individuell plan
SKL	Sveriges kommuner och landsting
SKR	Sveriges kommuner och regioner
SOSFS	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd
SOU	Statens offentliga utredningar
SPSM	Specialpedagogiska skolmyndigheten
SRO	Politiska samverkansorganet
UPH	Ungas psykiska hälsa
VC	Vårdcentraler
VGR	Västra Götalandsregionen
VIP	Vård och insatsprogram
VVG	Vårdsamverkan i Västra Götaland
VästKom	Västsvenska kommunalförbundens samorganisation

