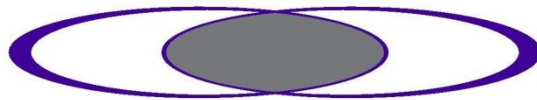


DELRAPPORT

Projekt Tidig Upptäckt, Tidiga Insatser

Närvårdskontoret



Närvårdssamverkan
Södra Älvsborg

Projektledare Karin Berg
Diarienummer: 2019/SKF008
Beslut styrgrupp närvård: 2019-11-01

Innehållsförteckning

1. Om projektet	
1.1 Bakgrund	sid. 3
1.2 Projektledning	sid. 5
2. Syfte och mål med projektet	
2.1 Syfte	sid. 7
2.2 Övergripande mål och projektmål	sid. 7
2.3 Målgrupp	sid. 8
3. Resultat	
3.1 Hur nås resultaten, vad har gjorts?	sid. 8
3.2 Uppföljning av pilotverksamhet	sid. 14
3.3 Analys	sid. 19
4. Slutord	sid. 27
5. Lärdomar, erfarenheter och förslag	sid. 28
6. Referenslista	sid. 29

1. Om projektet

1.1 Bakgrund

Under 2017 gav Södra Hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag åt Närvårdssamverkan Södra Älvsborg att påbörja ett förberedande arbete rörande möjligheterna att starta ett utvecklingsarbete i Södra Älvsborg riktat mot små barn med utvecklingsrelaterade svårigheter. I det förberedande arbetet konstaterades att en modell med nya arbetssätt för mer sammanhållen vård för barn med utvecklingsmässiga och neuropsykiatriska svårigheter behöver utvecklas. Modellen behöver vara anpassad till förhållanden och förutsättningar i Södra Älvsborg och hela kedjan från upptäckt till insatser behöver tas i beaktande. Projektet "Tidig upptäckt, tidiga insatser" är en följd av detta.

Rutinerna för upptäckt och insatser för små barn med utvecklingsmässiga och neuropsykiatriska svårigheter ser olika ut nationellt och regionalt. I Södra Älvsborg tillämpas idag ett flödesschema vid upptäckt och utredning av frågeställningar som rör små barn med neuropsykiatriska och/eller andra utvecklingsmässiga svårigheter¹. Barn 0-5 år med dessa svårigheter upptäcks som regel antingen i samband med födelsen, via barnhälsovårdens kontroller eller genom att förskola eller föräldrar uppmärksammar avvikande inläring/beteende. Av den anledningen görs i många fall en första bedömning inom barnhälsovården. Syftet med denna är att konstatera om det föreligger en avvikelse, eller om barnets svårigheter ryms inom ramen för normalvariationen.

Barnhälsovårdssjuksköterskan kan, då hon misstänker utvecklingsrelaterade svårigheter hos barnet, konsultera och/eller koppla in olika professioner som barnet och dess föräldrar behöver hjälp och stöd ifrån. Det kan till exempel röra sig om barnläkarbesök, remiss till barnlogopedmottagning, hörselmottagning, mödra- och barnhälsovårdpsykolog, samverkan med specialpedagog inom förskola etc. Det är inte ovanligt att barnen och deras föräldrar får kontakt med många olika instanser. En samverkan kan ske genom samverkansmöten och telefonkontakter mellan professionella, men ingen *samlad* tvärprofessionell bedömning görs som regel innan barnet eventuellt får kontakt med specialistsjukvården.

För att barnet skall få kontakt med specialistsjukvård såsom barn- och ungdomspsykiatri och/eller barn- och ungdomshabilitering krävs det för de flesta barn idag att barnhälsovården sammanställer anamnes samt aktuell bedömning av barnets beteende, basal bedömning av barnläkare eller erfaren barnhälsovårdsläkare, utvecklingsbedömning av generell utvecklingsnivå hos mödra- och barnhälsovårdpsykolog samt pedagogisk kartläggning inom förskoleverksamhet². Dessa olika insatser tar tid och ibland önskas en insats innan en annan påbörjas (t ex kan mödra- och barnhälsovårdpsykolog önska att logoped gör bedömning av språklig förmåga innan psykolog gör bedömning av mer generell utvecklingsnivå). Varje profession genomför självständigt sin egen bedömning och rekommenderar utifrån den bedömningen olika typer av fortsatta insatser. För barn med blandade utvecklingsrelaterade svårigheter kan det av den anledningen dröja alltför lång tid innan de får den typ av *helhetsbedömning och samordnad hjälp* som de behöver. Kedjan från att ett barns svårigheter uppmärksammas och till att barnet får korrekt hjälp är idag för omständig för många barn. Processgången medför risk för glapp, tidstapp och dubbelarbete. När olika typer av utvecklingsrelaterade svårigheter utreds separat hos olika professioner medför det även att helhetsperspektivet och de prognostiska implikationerna kan missas³. Många familjer utsätts för en

¹ Västra Götalandsregionen (senast reviderad 2018-09-24), *Flödesschema för utvecklingsmässiga och neuropsykiatriska frågeställningar Älvsborg*.

² Ibid

³ Gillberg, Christoffer (2018). *ESSENCE Om ADHD, autism och andra utvecklingsavvikelser*. Natur & Kultur.

lång och slitsam period av oro, väntetider och upprepande av information vid olika instanser. Familjer kan ha svårt att förstå vårdkedjan och sammanhanget runt familjen kan upplevas som otydligt.

Genom åren har olika perspektiv och trender influerat kommunens och hälso- och sjukvårdens synsätt och arbetssätt med barn med utvecklingsmässiga och neuropsykiatriska svårigheter. Under senare år har begreppet "ESSENCE" (Early Symptomatic Syndromes Eliciting Neurodevelopmental Clinical Examinations) blivit allt mer uppmärksammat för att belysa att det finns (utan att ta ställning mellan neuropsykiatri och utvecklingsneurologi) symptomgivande tillstånd tidigt i livet som får som följd att barnet bör genomgå en klinisk bedömning⁴. Exempel på symptomområden är språksvårigheter, motoriska svårigheter, perceptionsstörningar, svår mat- och/eller sömnstörning, hög grad av impulsivitet, koncentrationssvårigheter och sociala samspelssvårigheter. Man menar att symptomen på den ena eller andra diagnoskategorin inom det neuropsykiatriska området mycket väl kan vara desamma i början av barnets liv och att det inte alltid är möjligt att tidigt bestämma vilken diagnos som är den korrekta. Trots detta behöver barnets svårigheter uppmärksammas och behovsorienterade insatser behöver erbjudas så tidigt som möjligt för att, om möjligt, förebygga tilläggsproblematik och gynna en positiv utveckling för barnet. Som tidigare nämnts är barnhälsovårdens kontroller centrala i upptäckten av barn med utvecklingsrelaterade svårigheter. Även förskolan har en viktig uppgift i detta då förskolan ser barnet i miljöer tillsammans med flera andra barn och vuxna många timmar i veckan. De följer och utvärderar också kontinuerligt barnets utveckling och lärande. Ett gott samarbete mellan barnhälsovård och förskoleverksamhet förefaller därför vara av stor vikt. Vidare behöver dessa instanser kunna samarbeta med andra funktioner inom kommun och hälso- och sjukvård som kan erbjuda fortsatta kartläggningar och insatser på ett sammanhållet vis.

En tydlig målsättning med folkhälsoarbete är att bidra till en positiv utveckling för människor genom att försöka påverka frisk-, risk- och skyddsfaktorer samt förhållanden i struktur och miljö⁵. Ur ett folkhälsoperspektiv bidrar främjande av folkhälsa till hela samhällets uppbyggnad och välmående. Centralt inom folkhälsa är att insatser tidigt bör riktas mot de mest sårbara barnen och deras nätverk. Genom att göra så kan vi förebygga att inte nya problem och risker uppstår som ytterligare förvärrar barnens hälsa och utveckling. Små barn med utvecklingsrelaterade svårigheter utgör en sårbar grupp i samhället. Vi vet att personer med funktionsnedsättning i högre grad upplever fysisk och psykisk ohälsa jämfört med befolkningen i övrigt⁶. Vi vet också att vårdnadshavare till barn med funktionsnedsättning rapporterar sämre livsvillkor än vårdnadshavare till barn utan funktionsnedsättning⁷. Vårdnadshavare till barn med måttlig till svår funktionsnedsättning uppger i högre utsträckning att de har en dålig eller mycket dåligt självskattad hälsa jämfört med vårdnadshavare som lever med barn utan funktionsnedsättning⁸. Studier har visat att stöd till en mer hållbar livssituation för föräldrar till barn med funktionsnedsättning, medför att föräldrarna då får mer ork och energi att fokusera på föräldraskapet⁹. Detta, i sin tur,

⁴ Ibid

⁵ Risholm Mothander, Pia och Broberg, Anders (2018). *Att möta små barn och deras föräldrar i vården. Om anknytning, utveckling och samspel*. Natur & Kultur.

⁶ Folkhälsomyndigheten (2016), *Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderpolitiken 2011-2016"*. Dnr 00599/2014.

⁷ Ibid

⁸ Ibid

⁹ Broberg, Malin, Norlin, David, Nowak, Herawati och Starke, Mikaela (2014). *Riktat föräldrastöd. RiFS-projektets slutrapport. En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning*.

kan minska riskerna för en negativ utveckling och ohälsa hos deras barn. Ibland antas felaktigt att det är sorgen över att få ett barn med en annorlunda utveckling som är orsaken till att många föräldrar till barn med utvecklingsmässiga svårigheter lever med stressrelaterade symptom och psykisk ohälsa. Många föräldrar beskriver emellertid att det ur ett långsiktigt perspektiv är kärleken till och värmen från barnet som håller föräldern uppe och ger energi och att det snarare är brister i stödsystemen som dränerar på kraft¹⁰.

Således har barn med utvecklingsrelaterade svårigheter och deras föräldrar, såväl som samhället i stort, mycket att vinna på en god och sammanhållen vård för denna grupp barn. Deras föräldrar behöver få kunskap och redskap för att understödja barnets utveckling, men även stöd i de utmaningar som föräldraskapet till ett barn med särskilda behov innebär. Kunskap om barnets styrkor och svårigheter kan också leda till bättre anpassningar och tillrättalägganden i förskola och på kommande skola. Möjlighet att få en god start i skolan och anpassningar som ökar möjligheterna för fullföljda studier är en central faktor för god hälsa och utveckling. Andelen elever som fullföljer sin studiegång med godkända betyg har minskat i Västra Götaland och man gör idag en stor satsning för att stimulera och utveckla samverkan med aktörer som tillsammans ska arbeta för att fler elever lämnar grund- och gymnasieskolan med godkända betyg¹¹. Ett led i att skapa goda förutsättningar för att barn med utvecklingsrelaterade svårigheter skall trivas i skolan och fullfölja sin skolgång kan tänkas vara att tidigt kartlägga deras behov utifrån ett helhetsperspektiv och erbjuda insatser med utgångspunkt i detta. Om barns svårigheter kan hanteras på rätt sätt tidigt skapar det bättre förutsättningar för både hälsa och utveckling under uppväxtåren. Det kan också antas ge möjligheter till ökad livskvalitet, minskad sjuklighet och ett gott föräldraskap.

1.2 Projektledning

Projektägare

Delregionala Politiska Samrådet (DPS) har beslutat att Styrgruppen för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg är ägare av projektet. De har också uppgiften att vara ett forum för diskussioner om organisation med mera. Styrgruppen för Närvårdssamverkan har utsett en mindre styrgrupp som har ansvar för den direkta styrningen och ledningen av projektet. Deltagarna i den lilla styrgruppen är socialchef Svenljunga kommun, vårdutvecklare barn- och ungdomspsykiatriska kliniken Södra Älvsborgs Sjukhus, enhetschef barn- och elevhälsa Svenljunga kommun, verksamhetschef Närhälsan Ulricehamn samt verksamhetschef Individ- och familjeomsorgen Borås stad. Hösten 2019 har ytterligare personer bjudits in till den mindre styrgruppen, då man bedömt dessa som centrala i styrgruppsarbetet vid en fortsättning av projektet efter 190930. Följande personer ansluter till den mindre styrgruppen hösten 2019: områdeschef Psykologenhetererna för mödra- och barnhälsovård i Västra Götalandsregionen, verksamhetschef Barn- och ungdomspsykiatri, verksamhetschef Neuro- och rehabiliteringskliniken samt processansvarig södra hälso- och sjukvårdsnämnden Koncernstab beställning och produktionsstyrning av hälso- och sjukvård Koncernkontoret.

Sedan maj 2019 har projektet "Tidig upptäckt, tidiga insatser" också samarbetat med det Regionala barnuppdraget (RBU) och ingår nu som en lärandepilot i deras arbete. RBU startade i oktober 2017 med uppdraget från Hälso- och sjukvårdsstyrelsen att ta fram en utvecklingsplan för hela hälso- och sjukvården för barn och unga. RBU skall tillförsäkra barnkompetens, barns delaktighet och

¹⁰ Risholm Mothander, Pia och Broberg, Anders (2018). *Att möta små barn och deras föräldrar i vården. Om anknytning, utveckling och samspel*. Natur & Kultur.

¹¹ Avdelning folkhälsa, Västra Götalandsregionen 2016-11-17. *Handlingsplan fullföljda studier, 2017-2020*.

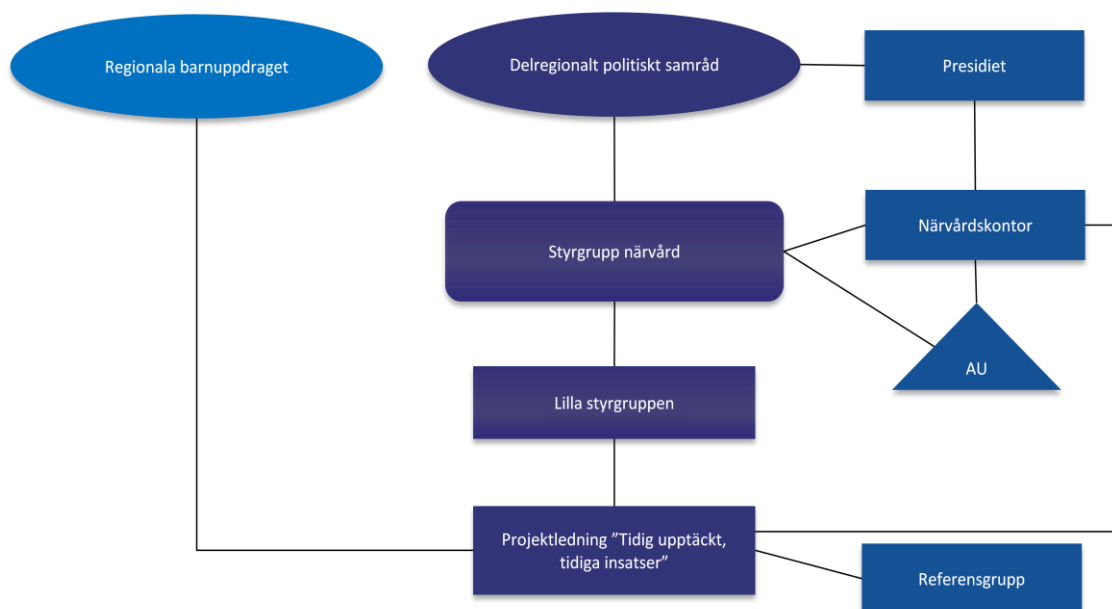
barnrättsperspektivet i omställningens fyra områden och arbetar med programkontoret som hemvist¹². RBU har uppmärksammat ett antal prioriterade områden för barn med komplexa behov som stämmer väl överens med de identifierade problemområden som utgör bakgrunden till projektet. RBU skall rigga, följa, utvärdera piloter och summera på helheten, det vill säga systemet, för att styra utvecklingen mot en god och sammanhållen hälso- och sjukvård för barn och unga.

Projektledning

Projektet leddes initialt av två projektledare, vardera 50 % tjänstgöring. Projektledarnas grundprofessioner var då sjuksköterska och psykolog. From 180901 har projektet fortsatt att ledas av en projektledare med grundprofession psykolog 50 % tjänstgöring. Projektledaren har i sin roll som ensam projektledare stöd från koordinator på Närvårdskontoret samt har erhållit visst processtöd från logistiker i Primärvården samt utvecklingsledare i Utvecklingsstaben Södra Älvsborgs Sjukhus.

Referensgrupp

Projektledningen har en referensgrupp som rådgivare och bollplank bestående av representanter från Marks kommun (elevhälsochef samt verksamhetsutvecklare), Central barnhälsovård (barnhälsovårdsöverläkare), Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård (enhetschef), Barn- och ungdomsmedicin (vårdenhetschef), Barn- och ungdomspsykiatri (vårdenhetschefer samt vårdutvecklare) och Barn- och ungdomshabilitering (habiliteringschef). Representanter från Barnlogopedmottagningen samt Barnneurologiskt utredningsteam bjöds in och har deltagit vid några referensgruppsträffar hösten 2018. Under våren 2019 har enhetschefen för central arbets- och fysioterapienhet bjudits in, men har av olika skäl inte kunnat delta. Hösten 2019 kommer ytterligare personer att bjudas in till referensgruppen.



¹² Koncernstab Hälso- och sjukvård, Västra Götalandsregionen 2018-11-21. *Barn och unga- komplexa behov och vägar framåt. Årsrapport 2018, Regional utvecklingsplan- Hälso- och sjukvård för barn och unga i Västra Götalandsregionen.*

2. Syfte och mål med projektet

2.1 Syfte

Syftet med projektet "Tidig upptäckt, tidiga insatser" är att utveckla och börja pröva en modell där små barn med utvecklingsmässiga svårigheter erbjuds insatser utifrån behov i en sammanhållen organisatorisk struktur. Det gäller både utredande och behandlande/habiliterande insatser.

Utredning och insatser för dessa barn ligger idag inom de berörda verksamheternas ordinarie uppdrag. Södra hälso- och sjukvårdsnämnden har tillskjutit medel för att projektledare initialt ska stödja arbetet med rutiner och nya arbetssätt.

2.2 Övergripande mål och projektmål

Övergripande mål

Projektets övergripande mål har varit att skapa bättre förutsättningar för att barn 0-5 år med utvecklingsrelaterade svårigheter inom minst två områden upptäcks och får effektiva och väl anpassade insatser så tidigt som möjligt. Barnen skall inte behöva slussas runt och ha väntetider mellan olika vårdgivare i den omfattning som de har idag. Väl etablerade samarbetsformer för samordning av insatser mellan kommun och landsting för dessa barn skall finnas efter projektets utgång. Insatserna ska utgå från en jämlik ansats, oavsett bostadsort inom Södra Älvsborg. Projektet ska förbättra samverkan runt individen och verksamheterna ska samlas kring barnet med familj.

Projektmål

Uppdraget till projektledare har varit att utveckla, förankra och pröva en modell för arbetsformer och samarbetsformer mellan berörda verksamheter för utredning och samordning av insatser för barn tillhörande målgruppen. Modellen skall ligga till grund för utformningen av en organisation som bidrar till att barn tillhörande målgruppen får ett väl samordnat omhändertagande. Ett helhets- och tvärprofessionellt perspektiv skall tidigt präglade bedömningar och planerade insatser för barnet.

Målet är att skapa former för:

- Förenklad informationsöverföring mellan förskoleverksamhet och barnhälsovård avseende barn 0-5 år med misstänkta utvecklingsavvikelser, för ökad möjlighet till tidig upptäckt och mer tidiga samordnade insatser.
- Ett omhändertagande inom vården med arbetsmetoder för en första kartläggning, följd av samordnade insatser för barn tillhörande målgruppen. Insatserna skall präglas av ett tvärprofessionellt perspektiv med tätt samarbete mellan kommun och hälso- och sjukvård.

2.3 Målgrupp

Eftersom projektet bedrivs inom ramen för Närvårdssamverkan Södra Älvsborg blir dess målgrupp samtliga barn 0-5 år inom det aktuella upptagningsområdet med utvecklingsrelaterade svårigheter inom *minst två* områden. De utvecklingsrelaterade problemområdena är följande:

- Språklig utveckling
- Motorisk utveckling
- Förväntade kunskaper för åldern
- Koncentration/uppmärksamhet
- Hypo- eller hyperaktivitet
- Socialt samspel
- Omfattande mat- och/eller sömnstörning som varat under större delen av barnets liv
- Tydlig överkänslighet för sinnesintryck inom något/några av områdena hörsel, känsel, smak och syn
- Impulsivitet och/eller mycket kraftiga vredesutbrott som varit återkommande under lång tid

Pilotverksamheten inkluderar de verksamheter som möter barn tillhörande målgruppen i Marks kommun. De förslag och modeller som tas fram ämnar dock vara applicerbara i hela Södra Älvsborg, även om vissa lokala justeringar kan komma att behöva göras. Folkmängd i Marks kommun den 1 juli 2018 var 34 592. Under hösten 2019 kommer Svenljunga kommun att ansluta till pilotverksamheten. Svenljunga kommun hade den 1 juli 2018 en folkmängd på 10 695 invånare. Sammantaget blir alltså invånarantalet i pilotens geografiska område framöver 45 287, men har legat runt 34 592 under den del som redovisas i denna delrapport.

3. Resultat

3.1 Hur nås resultat- vad har gjorts?

Tidplan med tillhörande aktiviteter

Delrapporten utgår från projekttiden 180328 till och med 190930. Projektet har erhållit ytterligare medel som möjliggör en fortsatt prövning av pilotverksamhet under tidsperioden 191001 till och med 200630. En ny aktivitets- och tidplan kommer att skapas för denna tidsperiod.

Projekttiden 180328 till och med 190930 har varit indelad i följande faser:

1. Nulägesbeskrivning och omvärldsanalys
2. Utveckling av nya arbetssätt och förberedelser inför prövning i pilotverksamhet
3. Prövning av nya arbetssätt i pilotverksamhet
4. Utvärdering av pilotverksamhet

Följande tidplan har varit styrande under projekttid 180328 till och med 190930

Tid	Fas	Aktivitet
180328-181130	Nulägesbeskrivning och omvärldsanalys	<ul style="list-style-type: none"> - Inhämta info från referensgrupp - Inhämtande av info från professionella i berörda verksamheter - Inhämtande av info från liknande projekt och verksamheter i Sverige
180410-190228	Utveckling av nya arbetsätt och förberedelser inför implementering i pilot	<ul style="list-style-type: none"> - Utveckling och anpassning av modell till förutsättningar i Södra Älvsborg i dialog med berörda verksamheter - Förankring och överenskommelser - Praktiska förberedelser inför uppstart av specialist-BVC i team samt "Projektteam Mark" - Riskanalys utifrån patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv inför uppstart av "Projektteam Mark"
181001-181231 190101-190705 (Verksamheten "Projektteam Mark" påbörjades 190301)	Prövning av nya arbetsätt i pilot	<ul style="list-style-type: none"> - Kompetensutveckling riktad till förskola och barnhälsovård - Utveckling av skriftligt material till stöd vid samarbete förskola/barnhälsovård - Prövning av ny arbetsmetod för första kartläggning (specialist-BVC i team) - Prövning av tvärprofessionellt teamarbete tidigt i vårdkedjan nära familjen ("Projektteam Mark") - Prövning av Primus föräldrakurs som tidig insats inom ramen för "Projektteam Mark"
181001-190831	Utvärdering av pilot	<ul style="list-style-type: none"> - Successiv utvärdering vid varje delmoment

Nulägesbeskrivning och omvärldsanalys

Projektet inleddes med att nuläge och vision från de ingående verksamheterna undersöktes. I nulägesorienteringen satte projektledare sig in i ordinarie processgång. Vidare förde projektledare samtal med de ingående verksamheterna för inhämtande av varje parts perspektiv. Inhämtande av information skedde via referensgruppsmöten samt enskilda samtal med de olika referensgruppsdeltagarna. Projektledare inhämtade även information från andra professionella som möter barnet i processen från upptäckt till insats i Södra Älvsborg. Det innebar kontakt med personal från såväl kommun som landsting. I omvärldsanalyserarbetet identifierade projektledare angränsande genomförda projekt/utvecklingsarbeten i Sverige och tog kontakt med de verksamheter som synes kunna inbringa kunskap, erfarenheter och strukturer användbara för projektet. Efter ett flertal intervjuer med olika verksamheter i landet identifierades en verksamhet, OPTIMUS-teamet/Akademiska barnsjukhuset i Uppsala, som särskilt intressant. OPTIMUS-teamets arbetsätt visade sig i hög grad likna de planer för nya arbetsätt som redan börjat att utvecklas i projektet. Projektledare gjorde ytterligare intervjuer och studiebesök hos OPTIMUS-teamet för utbyte av information och för att lära av den verksamhet som finns där.

Utveckling av nya arbetsätt och prövning i pilotverksamhet

Ökade förutsättningar för tidig upptäckt

Samtal har förts i referens- och styrgrupp kring hur vi bäst gynnar tidig upptäckt av utvecklingsrelaterade svårigheter hos små barn. Redan innan projektets början fanns ett beslut från Delregionalt politiskt samråd om att projektledning och styrgrupp inte skall arbeta för införandet av en allmän screening för små barn med autism. Med utgångspunkt i resultatet från omvärldsanalysen och förslag i referens- och styrgrupp beslutades det att istället pröva en gemensam kunskapshöjande insats riktad mot personal inom förskola och barnhälsovård. Det beslutades också att projektledare skulle ta fram skriftlig information med rutiner för vidare kartläggningar inom förskolan och samarbetet med BVC. Vidare fick projektledare i uppdrag att anpassa en frågefölder som BVC kan använda vid inhämtande av information från förskola inför besök på specialist-BVC.

- Två utbildningstillfällen (med möjlighet att välja mellan fyra olika datum) riktade mot personal inom barnhälsovård och förskoleverksamhet har genomförts i Skene och Kinna under oktober och november 2018. Personal från Barn- och ungdomspsykiatrins Neuropsykiatriska mottagning i Borås föreläste under temat "Barn med utvecklingsrelaterade svårigheter- hur identifierar vi och hur hjälper vi?". Majoriteten av de som deltog i utbildningsinsatsen kom från förskoleverksamhet, men några få barnhälsovårdssjuksköterskor deltog också. Även några mödra- och barnhälsovårdpsykologer samt specialpedagoger och chefer från kommunal verksamhet närvarade. Cirka 100 personer deltog vid varje utbildningstillfälle.

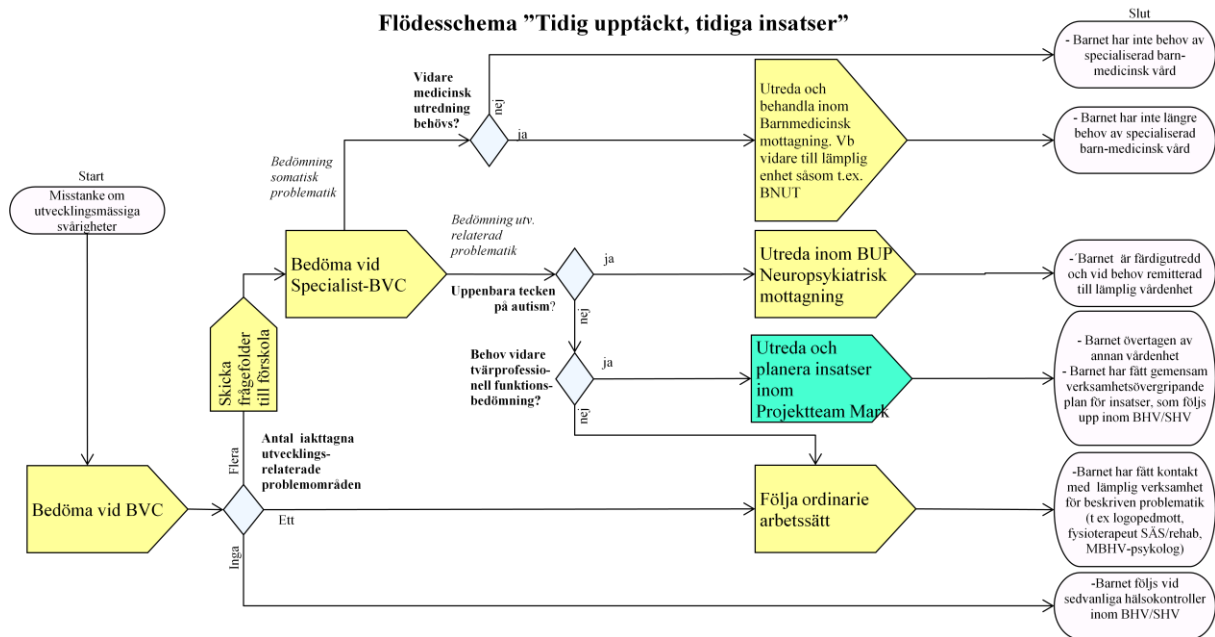
- Broschyren "Vid oro för ett barns beteende och utveckling- Vägledning för personal inom förskola/pedagogisk omsorg inför vidare kartläggning och samarbete med specialpedagog samt BVC" har tagits fram i samarbete med specialpedagoger och förskolechefer i Marks kommun. I broschyren tydliggörs processgången inom förskola/pedagogisk omsorg vid oro för ett barns beteende och utveckling. Förhoppningen är att materialet skall leda till ett mer likvärdigt bemötande inom pedagogisk verksamhet vid misstanke om utvecklingsrelaterade svårigheter hos barn samt bidra till en ännu högre grad av samverkan med BVC.
- I samarbete med referensgrupp och Central Barnhälsovård (CBHV) har frågefoldern "Frågor inför att barnet besöker specialist-BVC" tagits fram för att på ett mer strukturerat sätt kunna inhämta information om barnets fungerande i förskolemiljön. Frågorna i foldern är hämtade från en frågefolder som utvecklats i ett samarbetsprojekt mellan CBHV och Tranemo kommun och berör områdena vardagsrutiner, lek och samspel, känslor, språk/kommunikation samt motorik/rörelse. I projektet "Tidig upptäckt, tidiga insatser" används frågefoldern *på indikation* för de barn där BVC känner så pass mycket oro för barnets utveckling att man bokar in barnet för bedömning på specialist-BVC. Foldern kan skickas till förskola/pedagogisk omsorg inför besöket på specialist-BVC. Förskolepersonalen svarar tillsammans med föräldrarna på frågorna och skickar sedan tillbaka ifyllt formulär till aktuell barnhälsovårdssjuksköterska. Barnhälsovårdssjuksköterska, barnläkare, mödra- och barnhälsovårdsspsykolog och föräldrar går sedan tillsammans igenom svaren i samband med att barnet kommer till specialist-BVC.

Nya arbetssätt för mer sammanhållna insatser vid vidare kartläggning

Liksom i ordinarie processgång fyller barnhälsovården en central funktion även i pilotverksamheten för att identifiera utvecklingsrelaterade svårigheter hos barnet. I projektet har man beslutat att bygga vidare på den struktur för specialist-BVC som redan finns i Västra Götalandsregionen genom att låta mödra- och barnhälsovårdsspsykolog medverka vid specialist-BVC-besöket tillsammans med aktuell barnhälsovårdssjuksköterska och barnläkare. Med specialist-BVC avses barnmedicinsk konsult på BVC då BVC inte har specialistläkare i barn- och ungdomsmedicin som ordinarie BVC-läkare. Specialist-BVC är en insats som redan skall finnas i enlighet med Krav- och kvalitetsbok Vårdval VG Primärvård¹³. Barnläkaren skall, enligt Krav – och kvalitetsboken, komma ut till BVC två till tre gånger per termin beroende på behov.

I projektets pilotverksamhet utgör specialist-BVC-besöket en första fördjupad kartläggning efter att svårigheter inom minst två utvecklingsrelaterade områden uppmärksammats på BVC. Kartläggningen genomförs under ett teambesök där barnläkare, mödra- och barnhälsovårdsspsykolog samt barnhälsovårdssjuksköterska medverkar. Vid specialist-BVC-besöket gör barnläkaren en medicinsk bedömning i kombination med att ett antal utvecklingsparametrar utforskas ytterligare (se bilagedel). Vid besöket fattas beslut kring vidare insatser för barnet enligt flödesschema nedan.

¹³ Krav- och kvalitetsbok Vårdval vårdcentral 2019.



Sammanlagt har 12 specialist-BVC-besök i team genomförts i piloten under slutet av 2018 och början av 2019. Vid varje besök på specialist-BVC har den barnhälsovårdssjuksköterska och den mödra- och barnhälsovårdpsykolog som är knuten till det specifika barnets BVC medverkat. Nya specialist-BVC-besök i team skall framöver genomföras löpande i kommunerna Mark och Svenljunga.

För att möta behovet av mer sammanhållna insatser för de barn som enligt flödesschemat inte har direkt tillgång till specialistsjukvården efter specialist-BVC (men är i behov av vidare tvärprofessionell bedömning utifrån utvecklingsrelaterade svårigheter inom flera områden) beslutades att pröva ett nytt sätt att arbeta med denna grupp barn. Resultatet är verksamheten som hittills fått namnet "Projektteam Mark". Flödesschemat ovan visar var i vårdkedjan denna nya verksamhet kommer in (se grönfärgad ruta i flödesschemat).

Grundtanken med "Projektteam Mark" är att olika professioner, som barnet högst troligt förr eller senare kan behöva få kontakt med, arbetar tillsammans kring barnet i ett team. Detta arbetssätt är förenligt med Västra Götalandsregionens avsikt med integrerat arbete. I "Projektteam Mark" görs en gemensam bedömning kring barnets styrkor, svårigheter och behov följt av en gemensam plan för insatser. Den tvärprofessionella bedömningen skall präglas av ett funktionsperspektiv och den gemensamma planen för fortsatta insatser skall vara bred i sitt perspektiv. Vid planering av fortsatta insatser skall hänsyn tas till såväl barnets som föräldrarnas behov av stöd.

De olika professionerna i "Projektteam Mark" behåller sin ursprungliga anställning, men lånas ut till verksamheten en dag i veckan (eller i vissa fall mindre än så). I teamet möts kompetenser utifrån olika professionella perspektiv, från kommun och landsting och från primär- och specialistsjukvård. Barn- och ungdomspsykiatrin bidrar med kompetens genom konsultativa insatser vid teamkonferenser och kan vid behov göra kompletterande bedömningar i samma lokaler som projektteamet arbetar.

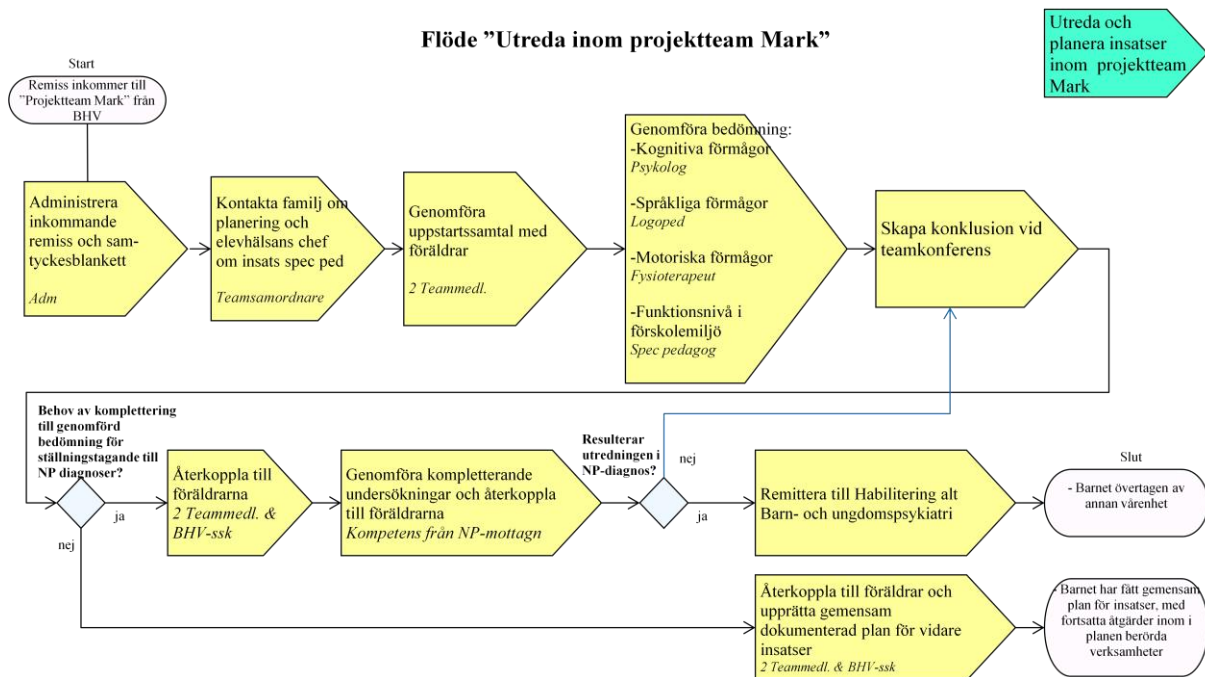
"Projektteam Mark" startade upp sitt arbete i början av mars 2019 och har tagit emot nio barn under tidsperioden 190304 till och med 190603. Varje profession i teamet fick en individuell presentation av projektet. Utöver det träffades projektteamet under en förmiddag innan patientarbetet

påbörjades. I teamet arbetar följande professioner (inom parentes anges vilken verksamhet professionen kommer ifrån):

- Psykolog 22,5 % (Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård)
- Logoped 22,5 % (Barn- och ungdomspsykiatri Neuropsykiatrisk mottagning)
- Specialpedagog 22,5 % (Elevhälsan, Marks kommun)
- Fysioterapeut 15 % (Central arbets- och fysioterapienhet)
- Barnläkare 5 % (Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning Skene)
- Teamledare 10 % (chef, Specialistcentrum för barn och unga i Skene)
- Teamadministratör 10 % (medicinsk sekreterare, Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning Skene)
- Teamsamordnare 10 % (specialpedagog, elevhälsan Marks kommun)
- Konsult specialistsjukvård 5 % (Barn- och ungdomspsykiatri Neuropsykiatrisk mottagning)

Risicanalys inför uppstarten av "Projektteam Mark"

"Projektteam Mark" har inneburit stora förändringar i arbetssätt för berörda verksamheter och av den anledningen genomfördes en riskanalys inför uppstarten av pilotverksamheten. I riskanalysen deltog föräldrar till barn med funktionsnedsättning samt representanter för de yrkeskategorier som ingår i teamet. Riskanalysen utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv visade inga riskpoäng över 6, vilket inte fordrade åtgärder men gav många goda uppslag för förbättringsarbete. Riskanalysen utifrån ett arbetsmiljöperspektiv visade heller inga röda markeringar som fordrade åtgärder, men gav många givande förslag på åtgärder som kan användas i det kontinuerliga förbättringsarbetet för en god arbetsmiljö. Riskanalysen utgick från arbetsprocessen i "Projektteam Mark" enligt flödesschemat nedan. För att läsa slutrapporterna från riskanalysen i sin helhet, se bilagedelen.



Överenskommelser kring verksamhetens deltagande

För att möjliggöra en prövning av "Projektteam Mark" i pilotverksamhet har överenskommelser kring varje berörd verksamhets deltagande behövt formuleras. Dialog har förts mellan projektledning/styrgrupp och Marks kommun, Barnhälsovård, Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård, Central barnhälsovård, Barn- och ungdomspsykiatri, Barn- och ungdomsmedicin, Barnlogopedmottagningen, Barn- och ungdomshabiliteringen med flera för att få till stånd ett samarbete. Överenskommelser kring vilka verksamheter som skall bidra med kompetens till projektets pilot under 2019 har nåtts. Det finns emellertid ett fortsatt stort behov av dialog, vidareutveckling och nya överenskommelser kring hur verksamheter skall bidra vid ett mer långsiktigt arbete och vid en eventuell spridning av modellen till större delar av Södra Älvsborg.

PRIMUS- Tidig föräldraskapsstödande insats i "Projektteam Mark"

PRIMUS föräldrakurs har tagits fram av beteendevetare Agneta Hellström i samarbete med verksamheten Bryggan i Sandvikens kommun. Den riktar sig till föräldrar vars barn har utvecklingsneurologiska svårigheter och syftar till att ge ett tidigt stöd i föräldraskapet med utgångspunkt i detta. Efter samråd i styr- och referensgrupp beslutades att inkludera en prövning av PRIMUS i projektets pilotverksamhet. Föräldrar vars barn erhållit hjälp via "Projektteam Mark" våren 2019 har därför erbjudits möjlighet att gå kursen.

Fem föräldrar deltog i den första kursomgången. Denna hölls under juni och juli 2019, fem tillfällen à tre timmar. Ledare för kursen var projektledare samt metodutvecklare i Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård. Om kursen skall fortsätta att erbjudas via "Projektteam Mark" kommer en resursökning för två professioner i teamet om ytterligare 20-25 timmar/termin krävas för att kunna genomföra en kursomgång per termin.

3.2 Uppföljning av pilotverksamhet

Uppföljningar har gjorts för att få en bild av hur de nya arbetssätt och insatser som prövas i projektets pilotverksamhet hittills har fungerat. Beslut kring typ av uppföljningsförfarande för de olika ingående momenten har diskuterats med referens- och styrgrupp. Styrgruppen har valt att i dagsläget inte ta hjälp av högskola/universitet i utvärderingsförfarandet, utan låta uppföljningen vara av enklare form. Uppföljningen syftar till att få en första bild av hur den nya modellen fungerar, för att utifrån detta kunna fortsätta att utveckla och pröva modellen.

Kunskapshöjande insats

Den digitala enkät som skickades ut i december 2018 för att utvärdera utbildningsinsatsen riktad till personal inom barnhälsovård och förskoleverksamhet hade mellan 71 och 73 svarande på de olika frågorna. Såväl positiva som negativa åsikter kring tema, nivå på innehållet i föreläsningarna och upplevd användbarhet i arbetsvardagen framfördes. Flera önskade mer fördjupning och bredd i innehåll. En del upplevde att de lärde sig mycket nytt, medan ytterligare andra uttryckte att de upplevde nivån på föreläsningarna som för låg.

Framtagning av material

Broschyren "Vid oro för ett barns beteende och utveckling- Vägledning för personal inom förskola/pedagogisk omsorg inför vidare kartläggning och samarbete med specialpedagog samt BVC" blev färdigtryckt och började att spridas i förskoleverksamheterna i Marks kommun mot slutet av våren 2019. Desamma gäller den frågefolder som BVC kan använda inför specialist-BVC-besök. Hur användbara personalen upplever att materialen är kommer att redovisas i projektets slutrapport.

Specialist-BVC i team

Föräldrars upplevelse av specialist-BVC-besöken som genomförts i team har utforskats i de intervjuer som gjorts med föräldrar vars barn erhållit hjälp via "Projektteam Mark". Fyra föräldrar har slumpmässigt valts ut för intervju. Samtliga berättar om ett bra bemötande från personalen på specialist-BVC. Flera föräldrar fick insatser redan där, bland annat för att stabilisera sömnen hos barnet och började redan då uppleva en förbättring hos barnet. I samband med detta besök kom man som förälder också i kontakt med "Projektteam Mark". Som exempel på ett gott bemötande säger föräldrarna bland annat; *"det var ett öppet förhållningssätt", "de lyssnade till våra behov", "det var skönt att bli tagen på allvar", "inget var rätt eller fel", "vi kände oss stärkta i att vi redan gjorde det bra", "vi fick konkreta råd om hur vi skulle göra", "kommunikationen med skolan/förskolan blev mycket bättre"*.

I intervjuerna beskriver två föräldrar en viss förvirring kring kontakten med specialist-BVC och hade svårt att se skillnaden mellan specialist-BVC och vanliga hälsokontroller på BVC. Det fanns även föräldrar som såg behov av förändring. De tog bland annat upp; *"vi kände oss lite vilsna i hur vi skulle bemöta vårt barn och hade gärna fått mer konkreta råd i vad vi ska göra och när", "vi hade hoppats på att man skulle hjälpa oss redan där", "vi önskade medicinering"*.

En uppföljning av hur professionella upplevt arbetssättet med specialist-BVC i team kommer att genomföras inför slutrapporten. Specialist-BVC i team, som en del av flödesschemat i piloten, analyseras och problematiseras också i delrapportens analysdel.

"Projektteam Mark"- processmått

Genomsnittlig väntetid för de nio barn som remitterats från BVC till "Projektteam Mark" under de första månadernas pilotverksamhet har varit 4,5 veckor. Den genomsnittliga utredningstiden för varje barn i "Projektteam Mark" (från att tvärprofessionell bedömning påbörjats via uppstartsamtalen till att konklusion skapats under teamkonferens och bedömningen återkopplats till föräldrarna samt en gemensam plan för insatser dokumenterats) har därefter varit 5 veckor. Fem av de nio barn som erhållit insatser från "Projektteam Mark" under tidsperioden mars till och med början av juni 2019 har fått en kompletterande bedömning genomförd på plats i Skene av personal från Barn- och ungdomspsykiatriens Neuropsykiatriska mottagning (BUP NP-mottagning). Den sammantagna genomsnittliga utredningstiden för de barn som också erhållit en kompletterande bedömning är 9,4 veckor.

I genomsnitt har psykolog, logoped och specialpedagog lagt 13 timmar vardera per barn i "Projektteam Mark" inklusive tid för teamkonferens, administration, resor till och från Skene samt

lunch- och fikaraster. Fysioterapeuten i teamet har lagt 8,5 timmar per barn inkl ovan nämnda parametrar. Barnläkaren 2,7 timmar per barn. Konsulten från BUP NP-mottagning har lagt 12 timmar på deltagande vid teamkonferenser (inklusive restid till och från Skene samt fika- och lunchrast), det vill säga 1,3 timmar per barn inkl nämnda parametrar. Därefter har konsulten från BUP NP-mottagning lagt i genomsnitt 2,4 timmar per barn vid kompletterande bedömning (inklusive restid till och från Skene). För de fem barn som fått en kompletterande bedömning har den kompletterande bedömningen i tre av fallen resulterat i en neuropsykiatrisk diagnos. Konsulten från BUP NP-mottagning har i dessa fall då ansvarat för att skriva remiss till Barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårdsmottagning alternativt Barn- och ungdomshabiliteringen för fortsatt omhändertagande där. Tiden för remisskrivande i dessa fall är inte inräknad i ovan nämnda siffror.

Av de fyra barn som inte fick en kompletterande bedömning via konsult från BUP NP-mottagning bedömdes ett av barnen behöva en fördjupad bedömning inom det Barnneurologiska utredningsteamet (BNUT). Resterande tre barn bedömdes behöva uppföljande tvärprofessionell bedömning om ett år i "Projektteam Mark".

För åtta av de nio barnen har den tvärprofessionella bedömningen i "Projektteam Mark" resulterat i en gemensam plan för insatser framåt. Ett av nio barn erhöll inte en plan för fortsatta insatser i vår delregion då barnets familj skulle flytta till en annan region i Sverige inom en snar framtid. För sju av de åtta barnen inkluderade den gemensamma planen för insatser fortsatt stöd från såväl kommunal verksamhet som hälso- och sjukvård.

"Projektteam Mark"- föräldrars upplevelse

Enkät svar från föräldrar

Föräldrars upplevelse av kontakten med "Projektteam Mark" har utvärderats genom en enkät som lämnats till samtliga föräldrar vars barn erhållit insatser från "Projektteam Mark". Ett föräldrapar fick tyvärr inte möjlighet att besvara enkäten, då deras tolk meddelade på plats att tolkförmedlingen inte kunde bistå med att översätta. Enkäten har hämtats från OPTIMUS-teamet i Uppsala och har i princip utgått från samma frågor som de använt då de utvärderat sin verksamhet där (se bilagedel för att läsa enkätfrågorna). Nio enkäter har besvarats. I de flesta fall har föräldrarna till ett och samma barn valt att fylla i en enkät gemensamt. I ett fall valde föräldrarna att fylla i var sin enkät. Nedan redovisas kortfattat föräldrarnas svar. En mer grundlig redovisning av svaren kommer att ges i projektets slutrapport, då underlaget blivit större.

Samtliga föräldrar svarar att kontakten med "Projektteam Mark" varit mycket tillfredsställande som helhet. Alla uppfattar också att processen med barnets utredning varit tydlig. Majoriteten av de svarande har vetat vem de ska kontakta vid frågor och samtliga har känt sig delaktiga i utredningsprocessen. Alla upplever också att det varit ganska eller mycket tydligt vilka roller de olika professionerna haft i utredningen av deras barn och samtliga svarar att de har känt sig mycket trygga i hur information kring barnet har hanterats mellan professionella.

Alla utom en förälder svarar att de fått en god hjälp att förstå sitt barns styrkor, svårigheter och behov genom kontakten med "Projektteam Mark". En förälder svarar att hen delvis fått hjälp att

förstå detta. Majoriteten av alla föräldrar svarar att de upplever att det finns en tydlig plan för vilka insatser barnet behöver efter avslutad insats i "Projektteam Mark".

Föräldraintervjuer

Fyra olika familjer har slumpmässigt valts ut för intervjuer. Målsättningen var att genomföra minst fem intervjuer, men flera avböjde. Samtliga föräldrar i intervjumaterialet har varit med från uppstartssamtal till återkopplingsamtal i "Projektteam Mark". Intervjuerna har genomförts av PTP-psykolog som också sammanställt materialet. Här ges en summering av föräldrarnas svar. Intervjufrågor samt en utförligare beskrivning av föräldrarnas kommentarer kring varje delmoment i "Projektteam Mark" finns att läsa i delrapportens bilagedel.

Utav de fyra familjer som intervjuades hade samtliga en övervägande positiv upplevelse av att vara en del av projektteamet. Samtliga föräldrar tar upp att det var positivt att allt var under samma tak, att det fanns ett tätt samarbete mellan professionerna och att processen var snabb. En negativ del av den snabba processen var att det kunde vara ansträngande för barnet, men för de som upplevde detta övervägde ändå det positiva. Samtliga föräldrar tar upp att de har fått ett bra och respektfullt bemötande, men flera önskar att man hade fått mer stödjande insatser direkt och säger att man hade velat ha mer konkreta råd redan från början. En viktig del som flera föräldrar tar upp är att samarbete och kommunikation med skola/förskola har blivit bättre i samband med kontakt med projektteamet. Många föräldrar tar också upp att det kändes bra att bli sedda och bekräftade i att de har det svårt. Att det inte är något fel på dem som föräldrar utan att de gör sitt bästa för sitt barn. Att projektteamet kunde se samma problem som deras barn har varje dag.

Samtliga föräldrar berättade att det var skönt att få återkopplingen från bedömningen på papper och att man kunde läsa denna och sätta sig in i den när man kom hem. En del föräldrar kände att de hade fått de redskap som krävdes för att hjälpa sitt barn. Andra hade gärna sett mer och tätare insatser från vården efter avslutad bedömning i "Projektteam Mark". Att diskutera förväntningar med föräldrarna och ge råd kring vart man kan vända sig i vårdkedjan för fortsatt stöd kan vara tänkvärt. De allra flesta föräldrarna upplevde föräldrakursen som en viktig insats, men hade också gärna sett mer konkreta åtgärder.

"Projektteam Mark"- professionellas upplevelse

Under de första månadernas arbete i "Projektteam Mark" har projektledningen haft återkommande avstämningar med de som arbetar i teamet. Kontinuerligt förbättringsarbete har genomförts i enlighet med PDSA-baserat arbetssätt (PDSA = Plan Do Study Act). Initialt upplevdes arbetsbelastningen som hög av flera i teamet, men efter två veckors arbete upplevde samtliga i teamet arbetsbelastningen som rimlig och det har fortsatt så under resten av våren 2019. Anpassningar för att underlätta i teamarbetet har, i samråd med teamledare och berörda chefer, gjorts kontinuerligt utifrån problem som uppstått under resans gång. Vissa större förändringar som rör schematekniska lösningar har projektledningen i samråd med styr- och referensgrupp dock avsiktligt valt att avvakta med. Närvaron i teamet har varit god och alla har fullföljt sina uppdrag i "Projektteam Mark". Det har inte skett något personalbyte i teamet under tidsperioden. Närvaron vid teamkonferenserna i "Projektteam Mark" har varit 100 %, men vid ett tillfälle deltog en profession via högtalartelefon.

Under augusti och september 2019 har projektledare via telefonintervjuer följt upp hur de som arbetat i "Projektteam Mark" upplevt de första månadernas arbete. Följande teman framträder i samtalen (för att läsa intervjufrågorna, se delrapportens bilagedel):

- *Yrkesutvecklande och gynnsam arbetsmiljö.* Samtliga i teamet beskriver arbets sättet i "Projektteam Mark" som både lärorikt och professionellt utvecklande. Flera nämner att de i vanliga fall aldrig får den direkta feedback från andra professioner som de fått i och med samarbetet i "Projektteam Mark" och beskriver att de lärt sig mycket genom att få höra de andras beskrivningar av barnet. Att teammedlemmarna kommer från olika verksamheter beskrivs som övervägande positivt och lärorikt. Någon tillägger att det ibland kan vara utmanande, då det är lättare att ta diskussioner på ordinarie arbetsplats "där alla är invaggade i samma verksamhetskultur och man oftast ser lika på vad barnet behöver och förklaringsmodeller kring problematiken". Samtidigt upplevs arbetsmiljön som mer gynnsam, då man som team kan bära komplexa ärenden och det finns ett samarbete kring barnet i alla led.
- *Arbets sättet ger en bred bild av barnet.* Flera i teamet återkommer till att de tycker arbets sättet gett en helhetsbild av barnet som de inte får i sin ordinarie verksamhet. Någon säger att samarbetet "gett en överblick på alla fronter" och en annan säger "strålande arbets sätt. Ju bredare man tittar på ett barn, desto mer får man. Det säkrar upp att bedömningen blir bättre". Alla i teamet svarar att de upplever att deras professions perspektiv har respekterats och lyssnats till. Majoriteten av de svarande uttrycker att de utan tvekan tycker att teamet bejakat ett brett perspektiv i diskussionerna kring barnet och vid planering av fortsatta insatser. Ett fåtal i teamet uttrycker att det varit ett för stort fokus på huruvida barnet har neuropsykiatriska svårigheter eller inte. Någon föreslår att man fortsättningsvis skall ha med en konsult från Barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningen under teamkonferenserna, då kompletterande bedömningar också kan behöva göras av andra anledningar än utifrån misstanke om neuropsykiatri.
- *Givande med nära koppling till barnets förskola.* Flera betonar särskilt hur gynnsamt det är att specialpedagogen som arbetar mot barnets förskola är en del av teamet. Det medför en mer levande, verklighetsförankrad beskrivning av barnet i bedömningarna. En specialpedagog uttrycker även att hen upplever att kopplingen till "Projektteam Mark" lett till snabbare resultat på förskolan eftersom förskolepersonalen, genom specialpedagogens relation till teamet, snabbt kunnat få hjälp och vägledning kring barnet.
- *Arbetsglädje och gemenskap.* Ord som "roligt", "spännande" och "förmånligt" återkommer i samtliga intervjuer. Man betonar att det varit en god sammanhållning i teamet, nya trevliga arbetskamrater, roliga personer och mestadels positivt klimat. "Superbra! Så mycket bättre än att arbeta själv!".
- *Tillgång till och användning av nya digitala system.* Svårigheter har uppstått då två olika huvudmän ingår i samma verksamhet. Som exempel kan nämnas att kommunens specialpedagoger inte kunnat få journalsystemet som teamet journalför i på sina datorer då datorerna inte tillhör hälso- och sjukvården.

- *Oklarhet kring struktur vid kompletterande bedömningar.* Samtliga svarar att grundidén med att konsult från Barn- och ungdomspsykiatrins Neuropsykiatriska mottagning (BUP NP-mottagning) deltar vid teamkonferenser och kan genomföra kompletterande bedömningar på plats är mycket god. De uppskattar arbetssättet och flera tar upp att det har tillfört kunskap till teamet. Man uttrycker dock en önskan om mer diskussionstid för varje barn. Under teamkonferenserna har det beslutats om genomförande av fler kompletterande bedömningar än det funnits plats för i schemat. Detta har medfört en stor tidspress för den personal från BUP NP-mottagning som skall göra de kompletterande bedömningarna och för lite diskussionstid på teamkonferenser. Flera lyfter också frågor kring "Projektteam Marks" uppdrag i relation till BUP NP-mottagnings uppdrag. Vad kring de kompletterande bedömningarna skall teamet förmedla till föräldrarna och vad skall konsulten från BUP NP-mottagning själv förmedla? Flera i teamet betonar att det är viktigt att konsulten från BUP NP-mottagning informerar föräldrarna om eventuell diagnos och ger fördjupad diagnosinformation.
- *Tillgång till rätt lokal och material.* Eftersom arbetssättet i "Projektteam Mark" bygger på att teamet sammanstrålar en dag i veckan har det varit svårt att anpassa alla teamets lokaler optimalt. Lokaler för att genomföra bedömningar och för teamkonferens beskrivs som väl anpassade, men den lokal där teamet huvudsakligen sitter och genomför sin administration har inte upplevts som optimalt anpassad till teamets behov. Flera uttrycker att det blir ett störande moment under arbetsdagen att behöva gå till en annan lokal för att hämta utskriften och önskar en skrivare i lokalen etc.

PRIMUS föräldrakurs

Det föreligger i dagsläget osäkerhet kring om PRIMUS skall fortsätta att prövas i projektets pilotverksamhet och några resultat från första kursomgångens utvärderingsenkäter redovisas inte i delrapporten. En diskussion kring vilken typ av föräldraskapsstödande insatser som lämpar sig bäst under fortsatt prövning i pilot kommer att ske i den lilla styrgruppen under hösten 2019.

3.3 Analys

Leder den nya modellen dit vi vill?

Hur vet vi att den modell med nya arbetssätt som utvecklats under projekttiden är verksam och utgör ett bättre alternativ för små barn med utvecklingsmässiga och neuropsykiatriska svårigheter än den ordinarie processgång som tillämpats i Södra Älvsborg under en längre tid? Ger den nya modellen en ökad patientkvalitet (rätt insatser)? Upplever de barn och föräldrar som erhåller insatser via projektet att de får en helhetsbedömning och möts av en begriplig organisation som leder vidare till sammanhållna insatser till hjälp för barnet med familj (klientnöjdhet)? Är det nya flödesschemat hållbart och vilka kritiska steg finns (process)? Leder modellen till att dubbelarbete försvinner, till färre besök utspridda på olika verksamheter och en mer smidig organisation (resurser)? Prioriteras arbetssättet av ingående verksamheter (resurser)?

Långsiktiga mål

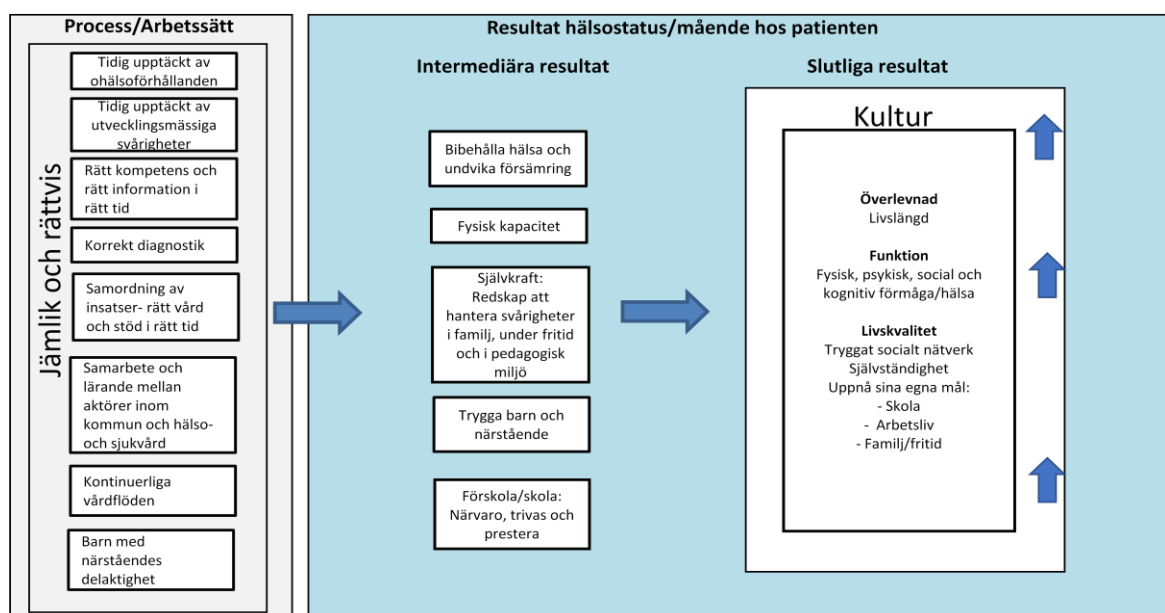
Vårdens uppgift är att arbeta för att uppnå största möjliga hälsa för patienter utifrån tillgängliga resurser. Allt utvecklingsarbete inom vård och omsorg strävar på ett övergripande plan mot detta. Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition av hälsa innefattar:

- Ett stadium av total fysisk, psykisk och social hälsa
- Inte bara närvaro eller frånvaro av symptom
- Definitionen innefattar exempelvis livskvalitet, funktion (fysisk, psykisk och social) samt överlevnad

De långsiktiga målen för projektet rör därför folkhälsa. Förhoppningen är att förändrade arbetsätt skall bidra till att barn tillhörande målgruppen och deras familjer på lång sikt skall uppleva en förbättrad livskvalitet samt fysisk, psykisk och social hälsa som följd.

För att sätta in de långsiktiga målen i ett sammanhang visas nedan en sambandskarta för medicinsk och patientupplevd kvalitet. Denna kan bidra med en struktur i projektet för att stegvis nå de långsiktiga målen.

Sambandskarta för medicinsk kvalitet och patientupplevd kvalitet

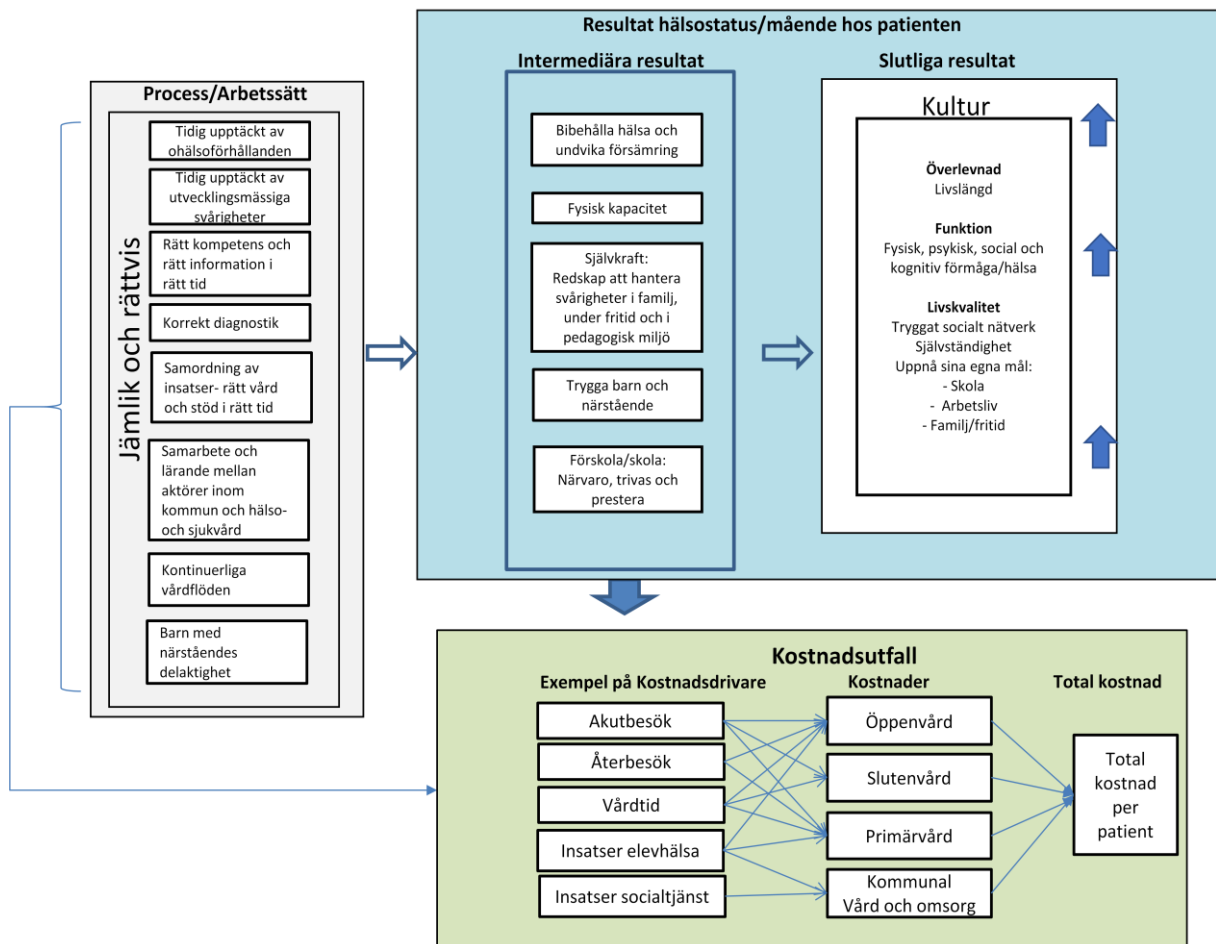


En ny processgång och nya arbetsätt med fokus på exempelvis rätt kompetens och rätt information i rätt tid, samordning av insatser, samarbete och lärande mellan aktörer inom kommun och hälso- och sjukvård samt kontinuerliga vårdflöden prövas i projektets pilotverksamhet. Förhoppningen är att dessa i sin tur skall påverka de intermediära och i förlängningen slutliga resultaten för barnet och dess familj.

Som tidigare beskrivits ingår projektet som en lärandepilot i det Regionala barnuppdraget (RBU) och arbetar således utifrån samma strävan. Vården skall vara enkel, nära, trygg och kunnig.

Omställningen till en mer nära vård pågår idag på lokal, regional och nationell nivå. Med nära vård menas inte bara geografisk närhet, utan även närhet i relationen mellan patient och professionella och med aktörer i civilsamhället samt närhet i form av kontinuitet, trygghet och samordning. Olika aspekter av tillgänglighet kan även räknas in här. Att genomföra förändringar i vår delregion avseende process/arbetsätt som ligger i linje med omställningen har varit och är centralt i projektet.

Påverkansvariabler som driver förbättrade kliniska utfall och förbättrad patientupplevd kvalitet driver dessutom också ofta förbättrade kostnadsutfall. Det kan exempelvis innebära att förändrade processer/arbetsätt för målgruppen leder till färre akutbesök, färre återbesök inom primär- och öppenvård samt behov av färre insatser från socialtjänsten. Detta minskar då i sin tur kostnaderna som bidrar till den totala kostnaden per patient. Se bild nedan.



Projektets fokusområden

I uppdragsbeskrivningen för projektet "Tidig upptäckt, tidiga insatser" står att hela kedjan från upptäckt till utredning till behandlande/habiliterande insatser för målgruppen skall beaktas. I samråd med referens- och styrgrupp började projektledningen med att rikta fokus mot de två första delarna i kedjan, det vill säga organisationen för upptäckt och vidare kartläggningar av barnets förmågor och behov. Process/arbetsätt för att uppnå en mer sammanhållen vård har kommit alltmer i fokus i projektet. Detta har bedömts som högst prioriterat av styrgruppen och stämmer väl med identifierade problemområden inom det Regionala Barnuppdraget (RBU).

Den behandlande/habiliterande delen av kedjan har hittills berörts i projektet genom prövningen av gemensam plan för insatser efter kontakt med "Projektteam Mark". Även prövningen av föräldrakursen PRIMUS kan ses som en del i den tidiga behandlande/habiliterande delen. Förhoppningen är att på sikt kunna bidra med ytterligare nya arbetsätt för tidiga insatser och en

mer sammanhållen verksamhet för den behandlande/habiliterande delen. Detta är dock avhängigt involverade verksamheters möjlighet att pröva nya arbetsätt och öppenhet för att förändra de avgränsningar mellan verksamheter som idag råder.

Har möjligheten till tidig upptäckt stärkts genom projektet?

Det material för att underlätta informationsöverföring mellan förskoleverksamhet och barnhälsovård som har tagits fram under projekttiden finns nu tryckt och kan börja att användas av personal. Materialen kan utvärderas framöver i form av uppföljning kring upplevd användbarhet. Frågan om materialen verkligen leder till att fler barn med utvecklingsrelaterade svårigheter upptäcks tidigt kvarstår dock.

Inte heller enkätsvaren från utbildningsinsatsen riktad mot förskole- och barnhälsovårdspersonal kan sägas besvara frågan huruvida tidig upptäckt stärkts genom insatsen. Drygt hälften av de deltagande i utbildningsinsatsen svarar att de fått en ökad kunskap och förståelse för barn med utvecklingsmässiga svårigheter. Drygt 60 procent svarar att de i medel till hög grad upplever att föreläsningarna påverkat hur de bemöter barn med utvecklingsrelaterade svårigheter i sitt arbete. Detta gynnar sannolikt barn med utvecklingsmässiga svårigheter, men vi vet fortfarande inte om fler barn kommer att upptäckas i Marks kommun framöver på grund av utbildningsinsatsen. Enkätsvaren indikerar att grundidén med en gemensam kunskapshöjande insats för förskole- och barnhälsovårdspersonal är god (99 % svarar att det var positivt med gemensam föreläsning). Svaren är emellertid inte helt tillfredsställande vad gäller nöjdhet med innehåll och upplevd användbarhet i arbetet. Vid en eventuell initiering av ny fortbildningsinsats under pågående pilot behöver upplägg och innehåll ses över för att bättre matcha behov och efterfrågan inom verksamheterna.

I sammanhanget behöver även frågan kring själva behovet av vidare insatser för att gynna tidig upptäckt lyftas. Är det så att för få barn upptäckts innan projektstart? Kan det vara så att barnen fångats upp även tidigare via barnhälsovården, men att processen till hjälp i många fall varit för lång och organisationen för splittrad, vilket i sin tur medfört att vården ”tappat” barn på vägen? De digitala system vi har att tillgå möjliggör tyvärr inte en analys av detta i dagsläget, men frågan bör ändå lyftas. Diskussioner pågår inom Västra Götalandsregionen, där det finns de som förespråkar tydligare redskap och strukturer för tidig upptäckt av neuropsykiatriska svårigheter (genom exempelvis införande av allmän screening inom barnhälsovården) och de som lyfter att det skett en negativ inflation i mängden neuropsykiatriska diagnoser bland barn och att en allmän screening skall undvikas. En fortsatt dialog i frågan behövs.

Process och resurser

För att bedöma ordinarie processgång med flödet i den nya modell som prövas i pilotverksamheten har en jämförelse av dessa båda processer gjorts med hjälp av dataanalytiker i det Regionala barnuppdraget (RBU). Det är svårt att mäta skillnaderna på grund av en spretighet i ordinarie processgång, men också för att systemen inte är utformade för att kunna göra dessa jämförelser på ett smidigt sätt. Utifrån vikten av att få en övergripande bild av de olika utredningsprocesserna har en jämförelse ändå gjorts där tidstapp i väntetid mellan vårdinstanser analyserats. Ett verklighetsnära exempel för ett barn med svårigheter inom det neuropsykiatriska området har fått ligga till grund för jämförelsen. I delrapporten delges ett exempel på hur leddiderna kan se ut i respektive process. I bilagedelen går att läsa en längre fiktiv berättelse för den som önskar en utförligare beskrivning.

Ett fall exempel

Vid hälsobesök inom barnhälsovården uppmärksammas utvecklingsrelaterade svårigheter hos barnet som kommer för bedömning. Det föreligger en försening i språklig utveckling, men omfattande regleringssvårigheter och sömnproblem beskrivs även vara påtagliga i vardagen och har varit så sedan en längre tid tillbaka.

Process i ordinarie processgång:

- Barnhälsovårdssjuksköterskan börjar med att skriva remiss till Barnlogopedmottagningen. Föräldrarna får besked om att det är sju månaders väntetid för ett första besök där.
- Bedömning genomförs på Barnlogopedmottagningen. Remissvar från Barnlogopedmottagningen skickas till barnhälsovårdssjuksköterskan efter slutförd bedömning. I remissvaret rekommenderas en vidare utvecklingsbedömning hos mödra- och barnhälsovårdpsykolog.
- Barnhälsovårdssjuksköterskan tar upp ärendet i konsultation med mödra- och barnhälsovårdpsykolog två veckor senare.
- Därefter bokas barnet in för barnläkarbedömning vid specialist-BVC och det är tre månaders väntetid för detta.
- Vid specialist-BVC beslutas om remiss till mödra- och barnhälsovårdpsykolog för utvecklingsbedömning. Barnhälsovårdssjuksköterskan skriver remissen.
- Remissen mottas och familjen får meddelande om att det är fyra månaders väntetid tills en utvecklingsbedömning kan påbörjas.
- Utvecklingsbedömningen genomförs hos mödra- och barnhälsovårdpsykologen som därefter rekommenderar remiss till Barn- och ungdomspsykiatri för fördjupad neuropsykiatrisk utredning.
- Barnhälsovårdssjuksköterskan skriver remissen till Barn- och ungdomspsykiatri. Det är åtta månaders väntetid tills den fördjupade neuropsykiatriska utredningen kan påbörjas.
- Barnet erhåller därefter en neuropsykiatrisk diagnos som berättigar till kontakt med Barn- och ungdomshabiliteringen. Det är tre månaders väntetid för ett första besök på Barn- och ungdomshabiliteringen.

Denna resa medför ett **värdeslöseri för familjen på åtminstone 2 år och 2,5 månader**. Detta är den sammanlagda tid som föräldrar och barn *väntat mellan olika vårdinstanser*. Värdeslöseriet kan förväntas bli högre än i exemplet ovan för en hel del barn, då beräkningen inte inkluderar några uteblivanden, återbud eller att remisser fördröjs. Under resans gång har professionella (i synnerhet barnhälsovårdssjuksköterskan) lagt tid på att skriva ett flertal olika remisser till olika vårdinstanser, remisserna har där hanterats och kallelser skickats. Föräldrarna har haft kontakt med en mängd olika professionella inom såväl kommun som landsting och på olika geografiska platser. De har tagit emot olika professionellas bedömningar och erhållit råd, men inte utifrån en samlad bedömning.

Processgång i pilot:

- Barnhälsovårdssjuksköterskan tar upp ärendet i konsultation med mödra- och barnhälsovårdpsykolog två veckor efter hälsokontrollen på BVC.
- Vid konsultationen beslutas att gå vidare med en teambedömning på specialist-BVC. Det är tre månaders väntetid till specialist-BVC.

- Vid specialist-BVC bedömer man att det skulle gynna barnet med en bred tvärprofessionell bedömning. Barnhälsovårdssjuksköterskan skriver remiss till "Projektteam Mark". Det är två månaders väntetid innan bedömningen kan påbörjas.
- Tvärprofessionell bedömning utförs i "Projektteam Mark" och vid teamkonferensen fattas i samråd med konsult från Barn- och ungdomspsykiatrien beslut om att Barn- och ungdomspsykiatrien skall genomföra en kompletterande neuropsykiatrisk bedömning i samband med kontakten med "Projektteam Mark". Denna genomförs på plats en vecka senare.
- Barnet erhåller en neuropsykiatrisk diagnos i samband med den kompletterande bedömningen som berättigar till kontakt med Barn- och ungdomshabiliteringen. Det är tre månaders väntetid för ett första besök på Barn- och ungdomshabiliteringen.

Processgången medför ett **värdeslöseri för familjen på 8,5 månader**. Detta är den sammanlagda tid som föräldrar och barn *väntat mellan olika vårdinstanser*. Värdeslöseriet kan tänkas bli något högre då beräkningen inte inkluderar några uteblivanden, återbud eller att remisser fördröjs, men risken får anses vara mindre jämfört med i ordinarie processgång med tanke på att fler moment genomförs på en och samma plats. Processen innebär också färre remisser än i ordinarie processgång. Föräldrarna har haft kontakt med flera olika professionella, men på ett mer samordnat vis. Barnet har fått en samlad bedömning och en gemensam plan för fortsatta insatser har skapats utifrån ett bredare perspektiv.

Som går att utläsa av exemplen ovan minskar värdeslöseriet i form av väntetid mellan olika vårdinstanser väsentligt vid den nya processgången. Även med en längre väntetid till "Projektteam Mark" än det som är fallet under en pilotverksamhet, förefaller familjen få en betydligt snabbare och tydligare process. Arbets sättet leder till färre besök utspridda på olika vårdinstanser. Arbets sättet medför mer resande för personal och teamarbetet kring patienten kräver en del tid. Samtidigt drar man nytta av varandras bedömningar i teamet och dubbelarbete försvinner i form av att exempelvis bakgrunds information inte inhämtas vid flera olika tillfällen vid besök på olika mottagningar. Verksamheterna kan också tänkas spara sammantagen tid på att färre remisser, kallelser och telefonsamtal krävs i och med en mer sammanhållen organisation. Föräldrarna sparar restid och får sannolikt en något lägre frånvaro från arbetet i och med den nya processgången. Det kan också hända att vissa föräldrar söker annan vård i lägre grad då processen blir mer sammanhållen i tid och som verksamhet.

Kritiska steg i den nya processgången

Vilka kritiska moment kan då skönjas redan nu i det övergripande flödesschemat (se modell sid. 12) och i delprocess "Projektteam Mark" (se modell sid. 13)?

Specialist-BVC i team

Som kan utläsas av flödesschemat på sid 12 möjliggörs genom att typisera en variant av specialist-BVC-besök i team fler vägar vidare i vårdkedjan efter specialist-BVC-besöket. Samtidigt görs en första bred sammanhållen tvärprofessionell bedömning. Genom att mödra- och barnhälsovårdsspsykolog deltar vid besöket tillsammans med barnläkare och barnhälsovårdssjuksköterska möjliggörs att barn med mycket uppenbara neuropsykiatriska svårigheter (i synnerhet autism) snabbt kan föras vidare direkt till specialistsjukvården. Även i ordinarie processgång har man i vår delregion alltmer börjat att

pröva detta arbetssätt i ett samarbete mellan barnhälsovården, psykologer från Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård och barnläkare vid specialist-BVC. För de barn som har mycket uttalade neuropsykiatriska svårigheter ges i och med detta arbetssätt tillgång till en snabbare utredning på specialistnivå, diagnosticering samt specialiserade insatser för de barn där detta är befogat. Det avlastar även resten av vårdkedjan.

Specialist-BVC kan emellertid utgöra både en möjlighet och ett hinder. Specialist-BVC får i denna modell funktionen av att vara en "sluss" vidare i vårdapparaten och det finns en risk att specialist-BVC då stoppar upp processen eftersom barnläkare bara kan delta vid specialist-BVC två till tre gånger per termin (på vissa platser mindre än så). Samtidigt är behovet av vidare bedömningar stort. Bristen på barnläkare ute på de barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna i Södra Älvsborg är påtaglig och det kan medföra svårigheter att få till strukturen med specialist-BVC. När besöken genomförs i team med mödra- och barnhälsovårdspsykolog ställs även ökade krav på samordning. Oavsett ordinarie processgång eller processgång i pilotverksamhet är det mycket viktigt att resurser till specialist-BVC prioriteras. Konsekvenserna om specialist-BVC inte fungerar behöver fortsätta att belysas och en medvetenhet kring vad det kan få för följder behöver spridas.

Leder specialist-BVC till rätt väg vidare för barnet?

Det kan inte nog betonas att den typ av verksamhet som "Projektteam Mark" utgör inte skall ses som en ny *enda* väg vidare i vårdapparaten efter specialist-BVC. Projektet "Tidig upptäckt, tidiga insatser" skall nå de barn med utvecklingsrelaterade svårigheter som har komplexa behov och som inte enkelt får en sammanhållen vård inom den befintliga vårdorganisationen. Fångar specialist-BVC upp de barn som verkligen ska till "Projektteam Mark" och får barnen i annat fall hjälp vidare till korrekt vårdinstans? Hur säkerställer vi detta? De siffror som redovisas under rubrik "Projektteam Mark-processmått" visar att en förhållandevis stor del av barnen som kommit till "Projektteam Mark" under de första månadernas verksamhet bedömts ha en neuropsykiatrisk problematik. Bör fler barn kunna gå vidare direkt till Barn- och ungdomspsykiatri efter bedömning vid specialist-BVC i de fall där (neuro-)psykiatrisk problematik misstänks?

Kritiska steg i "Projektteam Marks" arbetssätt

"Projektteam Mark" är en verksamhet som har skapats för att möta behovet av en mer sammanhållen bedömning och planering av insatser för målgruppen. Det finns vissa kritiska steg i arbetsprocessen (se Flöde "Utreda inom projektteam Mark" sid 13) som behöver fortsätta att bevakas för att upprätthålla detta. Ett sådant kritiskt steg är att teamet behöver få fortsätta att sammanstråla på en plats. Eventuellt kan digitala resurser användas mer, men det är ändå centralt att upplevelsen av en nära, sammanhållen vård för familjen bevakas och bevaras. I detta sammanhang blir även teamets gemensamma konferenser centrala. Hittills har närvaron varit mycket god vid teamkonferenserna, vilket säkrar upp att alla professionella perspektiv belyses. Skulle teamkonferenserna börja att bortprioriteras äventyras hela grundtanken med verksamheten "Projektteam Mark".

Det finns också ett behov av att vidareutveckla arbetssätten i "Projektteam Mark". Processmått från prövningen i pilotverksamhet indikerar hittills att barn som inte erhåller en neuropsykiatrisk diagnos via "Projektteam Mark" ändå har stora behov av fortsatt tvärprofessionell hjälp och uppföljning. En verksamhet som kan fortsätta att arbeta sammanhållet med och följa dessa barn vore önskvärt. Eftersom projektets målgrupp utgör små barn som är i ständig utveckling är det av stor vikt att en del barn följs under en längre tid innan eventuella diagnoser ställs. En utveckling av "Projektteam Mark"

skulle här kunna utgöra en möjlighet, men ställer också ökade krav på verksamheten med risk för ökad köbildning på sikt.

Den traditionella medicinska modellen där en utredning görs först för att därefter följas av behandlande/habiliterande insatser och diagnos kan vara en effektiv modell vid tydliga symptom och orsakssamband. Vid mer komplexa problem krävs emellertid ett mer interaktivt förhållningssätt, där utredning och behandling följer på varandra utifrån ett cirkulärt snarare än linjärt perspektiv. Det vill säga, insatserna utgår från de presenterade behoven varvid de första åtgärderna riktas mot dessa. Därefter avtäcks nya behov och insatserna kompletteras eller ändras. Hur kan vi uppnå ett sådant arbetssätt när rådande strukturer och överenskommelser med involverade verksamheter begränsar möjligheten till detta? Kan en utveckling av samarbetet i "Projektteam Mark" utgöra en lösning?

Rätt insatser och klientnöjdhet

De första enkät- och intervjuvarn från föräldrar vars barn erhållit hjälp via "Projektteam Mark" indikerar att det finns en hög klientnöjdhet bland föräldrarna och att insatserna upplevs som rätta. Flera föräldrar önskar dock att de kunde fått en fortsatt kontakt med projektteamet för stödjande, rådgivande och behandlande insatser. Detta kan tyvärr inte erbjudas i dagsläget. Istället är förhoppningen att den gemensamma planen för insatser skall hjälpa barnet med familj till fortsatt stöd inom olika verksamheter i kommun och landsting. Föräldrarnas svar pekar på att arbetssättet i "Projektteam Mark" upplevs som nära, enkelt, tryggt och kunnigt. Genom att ha skapat en verksamhet som utgår från Skene, istället för att familjen skall resa till Borås, har också den geografiska närheten beaktats och verksamheten kommer närmare medborgarna.

De professionellas upplevelse är att arbetssättet i "Projektteam Mark" bidragit till en bättre helhetsbild av barnet. Det finns tecken på att anpassningar i pedagogisk miljö som gynnar barnets utveckling kan genomföras snabbare. Överlag förefaller det nya arbetssättet upplevas som yrkesutvecklande, gynnsamt och roligt. Följsamheten med nya arbetssätt i "Projektteam Mark" har också varit stor.

Formerna för hur specialistsjukvården bäst kan fungera som konsult i verksamheten "Projektteam Mark" behöver ses över och utvecklas ytterligare, men grundtanken förefaller god. Olika verksamhetskulturer, som bärare av både olika kunskap och perspektiv på barnets svårigheter, utgör alla en viktig del. Ibland kan yrkesmässiga perspektiv krocka. En mer sammanhållen organisation synes skapa förutsättningar som medför att föräldrarna slipper vara informationsbärare mellan olika verksamheter och mottagare av ibland dubbla och motstridiga budskap. Det är bättre att diskussioner med utgångspunkt i skilda synsätt får hanteras av professionella i ett team, snarare än att föräldrarna själva skall hantera detta. En ödmjuk inställning behöver prägla mötet med både barn, föräldrar och kollegor.

En kostnadseffektiv modell?

Sambandskartan för medicinsk kvalitet och patientupplevd kvalitet belyser att förändrade processer/arbetssätt kan påverka intermediära och slutliga hälsoresultat, vilka i sin tur kan ge lägre kostnadsutfall på sikt. Tyvärr krävs en betydligt längre och mer omfattande prövning av modellen för att verkligen kunna bevisa att så är fallet även här. Antaganden kan göras såsom att timmarna som läggs på resor och teamarbete i den nya modellen är värda sitt pris, då arbetssättet till exempel skapar en ökad trygghet för familjen och ger minskade resor och frånvaro från arbetet för föräldrarna. Kanske vinner också exempelvis logopeden i längden på teamarbetet, jämfört med om

patienter som egentligen är i behov av annan vård istället återkommer till barnlogopedmottagningen? Sjukvårdens sammantagna kostnader kan tänkas minska genom att färre barn och anhöriga söker akutsjukvård och primärvård för egna hälsoproblem relaterade till en slitsam process och brister i stödsystemen.

Vissa schematekniska lösningar och detaljer kring arbetssätt i "Projektteam Mark" kan redan nu ses över ytterligare för att försöka skapa en ännu mer effektiv organisation, men en medvetenhet behöver också finnas kring att teamarbete kostar. Förhoppningsvis får vi ändå en mer effektiv vårdkedja som alla vinner på i längden. Beslut behöver fattas utifrån ett övergripande perspektiv där vi ser till patientnyttan, kvaliteten och vad verksamheterna sammantaget kan vinna på det nya arbetssättet långsiktigt.

4. Slutord

Pilotverksamhet pågår och underlaget för analyserna är hittills litet. Således behöver modellen fortsätta att prövas för att få ett större underlag till grund för analys och slutsatser. En längre och väl genomförd pilotverksamhet utgör en bättre grund inför en spridning av arbetssätt till större geografiska områden, än en förhastad uppskalning av arbetssätt. Identifierade kritiska punkter behöver hanteras och en riskanalys rekommenderas inför en eventuell spridning av modellen till större delar av vår delregion. För att en spridning av modellen skall vara möjlig behöver även de barnkliniska verksamheter som nu står utanför pilotverksamheten engageras. Verksamheters fortsatta engagemang och prioritering av att pröva nya arbetssätt för målgruppen är centralt för det fortsatta utvecklingsarbetet.

Det vore önskvärt om modellen kan få modifieras och anpassas i samarbete med involverade verksamheter för att ytterligare stärka möjligheten till behandlande/habiliterande interventioner tidigt. Skall insatserna knytas till en specifik verksamhet eller kan man förankra insatserna ännu mer ute i berörda verksamheter? Det är av stor vikt att "Projektteam Mark" inte blir ett isolerat utredningsteam. Själva syftet med den tvärprofessionella kartläggningen i teamet är till syvende och sist att den, utifrån ett brett perspektiv och individuella behov, skall leda till en sammanhållen plan för insatser som gagnar barnets fortsatta utveckling. Det utgör en kritisk punkt i flödet att få planen att verkställas så att barnets plan efter avslutad bedömning i "Projektteam Mark" verkligen leder till de insatser barnet behöver och inte tappas bort då kontakten med "Projektteam Mark" har avslutats. Här blir uppföljningen via barnhälsovårdssjuksköterskan alternativt skolsköterskan central.

Inledningsvis i rapporten beskrivs hur projektet är en del av ett större folkhälsoarbete. Som sambandskartan för medicinsk kvalitet och patientupplevd kvalitet visar, strävar vi genom nya arbetssätt och processer mot att kunna påverka de intermediära faktorer som långsiktigt påverkar individens hälsa. I detta folkhälsoarbete är hela kedjan från det förebyggande arbetet, till upptäckt av svårigheter, till kartläggning som följs av individanpassade insatser viktig. Eftersom barnet aldrig fungerar i ett vakuum är det även centralt att identifiera de system runt barnet som är i behov av stöd. Vikten av det nära samarbetet i modellen mellan kommunal- och hälso- och sjukvårdspersonal kan inte nog betonas. Nya arbetssätt behöver vara nätverksbaserade och prioritering av insatser behöver göras utifrån ett brett perspektiv. Slutligen, att identifiera svårigheter är centralt för att kunna hjälpa, men vi får inte glömma att uppmärksamma barnets styrkor och de glädjefyllda sidorna av föräldraskapet. Insatserna skall gynna barnets utveckling och inte leda till stigmatisering.

5. Lärdomar, erfarenheter och förslag

- Vissa justeringar av arbetssätt i "Projektteam Mark" bör övervägas framöver, men utan att äventyra de kritiskt viktiga momenten i verksamheten. Ska till exempel alla ingående professioner i "Projektteam Mark" träffa alla barn som remitteras dit? Går det att uppnå en ännu mer effektiv organisation med bibehållen kvalitet?
- Ytterligare utveckling och anpassning av den konsultationsmodell som prövas mellan "Projektteam Mark" och specialistsjukvården rekommenderas.
- Arbetet med digitala resurser kan utvecklas mer. Till exempel skulle man kunna arbeta för att i högre grad tillämpa digitala resurser i samband med konsultationsmodellen mellan "Projektteam Mark" och specialistsjukvården. Det kan också tänkas vara möjligt att utveckla en digital plattform för insatser.
- Fortsatt utvecklingsarbete kring behandlande/habiliterande insatser för målgruppen (inklusive föräldraskapsstöd) rekommenderas.
- Vad gäller uppdraget i projektet att stärka möjligheterna till informationsöverföring mellan förskoleverksamhet och barnhälsovård föreslås att man under fortsatt pilotverksamhet fortsätter att pröva de skriftliga material som redan tagits fram. Kontinuerliga anpassningar kommer dock inte att göras innan juni 2020.
- En modifierad form av utbildningsinsats riktad mot personal inom förskola och barnhälsovård i Svenljunga kommun skulle kunna prövas under våren 2020. Ett nytt upplägg rekommenderas i sådana fall, där personalen kan välja olika nivå på föreläsningar med utgångspunkt i om man är ny eller mer erfaren i yrket. Föreläsare från olika involverade verksamheter skulle förslagsvis kunna bidra med kortare föreläsningar utifrån flera perspektiv, vilka sätts samman till ett gemensamt program.
- Det är önskvärt om någon typ av jämförelse kring vårdkonsumtion genomförs på sikt. Minskar vårdkonsumtionen i och med de nya arbetssätten så att kostnader och kostnadsutfall per patient förändras? Projektledningen har tyvärr inte tillgång till system som möjliggör detta idag och familjerna behöver i sådana fall följas under en längre tid än projekttiden. Kanske finns istället möjlighet att göra en sådan analys på en mer övergripande nivå i Västra Götalandsregionen?

6. Referenslista

Broberg, M., Norlin, D., Nowak, H. & Starke, M. (2014). *Riktat föräldrastöd. RiFS-projektets slutrapport. En aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning*. FoU i Väst/GR.

Folkhälsomyndigheten (2016). *Slutrapportering av regeringsuppdrag inom ramen för "En strategi för genomförande av funktionshinderpolitiken 2011-2016"*. Dnr 00599/2014.

Hämtat från:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/a9f9f81fd47c40ecb2241b5d2658bfe2/slutrapport-funktionshindersuppdraget-2011-2016.pdf>

Gillberg, C. (2018). *ESSENCE Om ADHD, autism och andra utvecklingsavvikelser*. Stockholm: Natur & Kultur.

Krav- och kvalitetsbok Vårdval vårdcentral 2019.

Hämtat från:

[https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/488e32bb-7255-4ebf-9bf7-2262a8ffbf1/Krav-%20och%20kvalitetsbok%20Vårdval%20Vårdcentral%202019%20\(Vårdgivarwebben\).pdf?a=false&guest=true](https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/488e32bb-7255-4ebf-9bf7-2262a8ffbf1/Krav-%20och%20kvalitetsbok%20Vårdval%20Vårdcentral%202019%20(Vårdgivarwebben).pdf?a=false&guest=true)

Risholm Mothander, P. & Broberg, A. (2018). *Att möta små barn och deras föräldrar i vården. Om anknytning, utveckling och samspel*. Stockholm: Natur & Kultur.

Västra Götalandsregionen. *Flödesschema för utvecklingsmässiga och neuropsykiatriska frågeställningar*. Älvsborg; senast reviderad 2018-09-24.

Västra Götalandsregionen (2018). *Barn och unga- komplexa behov och vägar framåt. Årsrapport 2018 Regional utvecklingsplan- Hälso- och sjukvård för barn och unga i Västra Götalandsregionen*. Dnr HS 2018-00358.

Västra Götalandsregionen (2016). *Handlingsplan fullföljda studier, 2017-2020*. Hämtat från: <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/2030615e-5eb0-482a-b216-cdfcd2750543/Handlingsplan%20fullföljda%20studier%2C%202017-2020.pdf?a=false&guest=true>