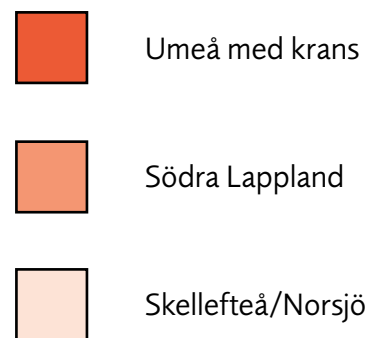


# Hälsa Lärande Trygghet i Västerbotten

Årsuppföljning 2020





## Innehåll

Inledning och sammanfattning	4
Barn i HLT	6
Samtycke och delaktighet	7
Samordnad individuell plan	8
Ålder	9
Kön	10
Barn och föräldrars upplevelse av HLT	11
Fler områden att följa upp	11
Framgångsfaktorer, hinder och möjligheter	12

# Inledning och sammanfattning

## Säkra tidig upptäckt och samordnade insatser

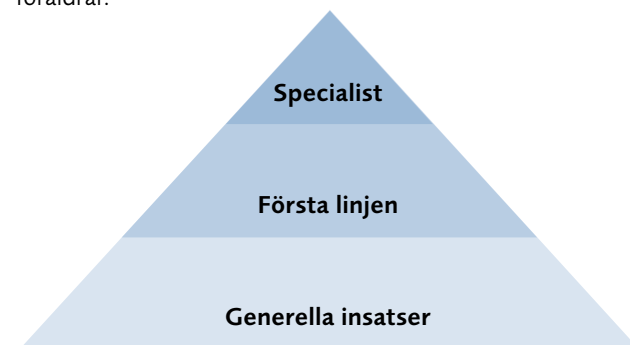
I Västerbotten finns en strukturerad samverkansmodell mellan förskola/skola, elevhälsa, socialtjänst hälsocentral/sjukstuga och Kompetenscentrum mödra- och barnhälsovård. Samverkansmodellen benämns HLT, Hälsa, Lärande Trygghet. Namnet symboliserar tre grundläggande rättigheter som barn har, rätten till hälsa, lärande och trygghet. Namnet står också som symbol för tre samverkande aktörer skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård. HLT-modellens kärna är att professionella med olika kompetenser från de tre samverkande aktörerna tillsammans bildar tvärprofessionella team.

Visionen från start har varit att

- alla barn ska uppnå bästa möjliga hälsa och ha tillgång till hälso- och sjukvård när de behöver det.
- alla barn och elever utifrån sina förutsättningar ska kunna utvecklas så långt som möjligt enligt förskolans och grundskolans mål.
- alla barn ska känna trygghet i hem, skola och på fritiden.

Målet med samverkansmodellen är att säkra tidig upptäckt så att barn får sina rättigheter tillgodosedda. Målet är också att förebygga mer omfattande svårigheter senare i barns liv.

Under 2000-talet har flera nationella satsningar gjorts för att bygga upp en första linje som kan ge förebyggande och tidiga insatser när ett barn eller en ungdom visar tecken på eller risk för psykisk ohälsa. Första linjen definieras nationellt som den eller de funktioner eller verksamheter som har i uppgift att först ta emot barn, ungdomar eller familjer som söker hjälp, oavsett om problemet har psykologiska, medicinska, sociala eller pedagogiska orsaker. Första linjen kan illustreras med hjälp av en pyramid. I pyramidens bas finns de generella insatser som erbjuds alla barn. Dessa insatser är framför allt av förebyggande karaktär. I toppen finns specialistinsatser som riktar sig till en mindre grupp barn som behöver mer specialiserad hjälp. Mitt emellan dessa nivåer finns första linjen. HLT utgör en gemensam Första linje mellan skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård i Västerbotten för barn 0-16 år och deras föräldrar.



## Vikten av fungerande samverkan

En väl utvecklad och fungerande samverkan är nödvändig för att barn ska få sina behov av tidiga och samordnade insatser tillgodosedda. Alla myndigheter har en allmän skyldighet att samverka. Det innebär att ansvaret för att skapa en ändamålsenlig samverkan är gemensam för aktörerna i HLT. HLT handlar om samordning av befintliga resurser genom en strukturerad modell för samverkan.

HLT började som ett utvecklingsarbete mellan Umeå kommun och Region Västerbotten, med stöd och uppbackning från SKR. De positiva erfarenheterna av samverkan skapade en efterfrågan i fler kommuner och tio år senare, 2020, finns HLT som samverkansmodell i samtliga femton kommuner i Västerbotten. Sammanlagt finns 48 HLT-team i länet. I samtliga kommuner finns minst en ledningsgrupp för HLT bestående av chef från skola, socialtjänst och hälsocentral. I Umeå och Skellefteå har man valt att ha flera operativa ledningsgrupper och en styrgrupp som håller samman HLT-samverkan i kommunen.

På regional nivå följer Beredningsgrupp barn och unga och Länsamverkan gruppen arbetet med HLT genom att efterfråga resultat och peka ut färdriktningen. Våren 2020 beslutade Länsamverkan gruppen att avsätta medel från de gemensamma samverkansmedlen inom ramen för Uppdrag psykisk hälsa och ge FoU Valfärd i uppdrag att samordna HLT-arbetet i länet samt tillsätta och stödja regionala och lokala processledare för HLT.

## Framgångsrik modell

HLT omnämns i förslaget till ny socialtjänstlag som exempel på en samverkansform där socialtjänsten, hälso- och sjukvården och skolan i samverkan åstadkommer bättre resultat än på egen hand. De olika professionerna hjälps åt över traditionella verksamhetsgränser för att möta barnets behov, vilket leder till ett bättre stöd för barn och deras familjer. Samarbetet har lett till en bättre helhetssyn på barnets behov vilket innebär en bättre möjlighet att sätta in rätt insatser i rätt tid för att hjälpa barnet på bästa sätt.

HLT är en strukturerad samverkansmodell där tvärprofessionella team med representanter från de samverkande verksamheterna arbetar utifrån en bestämd ärendeprocess som bl.a. består av HLT-möten och SIP-möten. Syftet med HLT-möten är att samordna vilka professioner som ska träffa barn och familj på SIP-mötet. Syftet med SIP-möten är att tillhandahålla ett samordnat stöd. Till SIP-mötet bjuds barn och föräldrar in som experter på sin livssituation och är delaktiga i beskrivningen av svårigheter, behov, resurser och val av insats.

Inom ramen för regeringsuppdraget Tidiga och samordnade insatser (TSI) stödjer Socialstyrelsen och Skolverket 35 utvecklingsarbeten på olika platser i landet. Syftet med TSI är att identifiera hinder och framgångsfaktorer för tidiga och samordnade insatser och sprida kunskap som kan vara till nytta för alla. TSI är inte en viss metod, utan bygger på att verksamheterna har en gemensam struktur för att åstadkomma den samordning som behövs mellan personal från skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst, för att skapa en helhet kring insatser för barn och unga som är i behov av stöd från flera aktörer. Västerbotten är representerad i det nationella utvecklingsarbetet med HLT-teamen från Vilhelmina, Vännäs och Åsele.

## Resultat 2020

Under 2020 har den övergripande målsättningen att det i alla kommuner i Västerbotten ska finnas en strukturerad samverkan mellan förskola, skola, socialtjänst och primärvård, uppnåtts. Målsättningen finns formulerad i "Plan för implementering av HLT i Västerbotten" som antogs av Länsgrupp barn och unga (LBU) hösten 2019. I Skellefteå omfattar HLT ännu inte hela kommunen, men det finns ett beslut att implementera HLT i alla områden och arbetet är påbörjat.

HLT följs upp med ett antal processmått. Varje HLT-team ansvarar för att två gånger per år rapportera in statistik över det arbete som utförts i teamet under de senaste sex månaderna. Under 2020 har nya HLT-team etablerats i Bjurholm, Malå, Sorsele, Dorotea, Vilhelmina och Robertsfors. Det innebär att det är första gången som helårsuppföljningen omfattar hela länet. Uppföljningen saknar därför helårsjämförelser med tidigare år. Hur årets resultat har påverkats av pandemin vet vi inte. Det rapporterar vi har fått från HLT-teamen är att omställningen från fysiska till digitala möten för de flesta fungerat bra, men HLT-teamen redogör också för samverkansmöten som ställts in på grund av tekniska svårigheter, eller att föräldrar valt att tacka nej till att delta digitalt. De beskriver också att pandemin inneburit ökad frånvaro på grund av sjukdom, egen eller barns eller på grund av omprioriteringar i verksamheten.

Sammantaget visar årsuppföljningen att totalt lyftes 690 barn i HLT samverkan, 458 barn där föräldrar/vårdnadshavare samtyckt till samverkansformen och 232 barn som aktualiserades till teamen anonymt. Målsättningen är att så många barn som möjligt ska aktualiseras till HLT med samtycke så att barn och föräldrar kan vara delaktiga och HLT-teamet kan samarbeta kring ett enskilt barn.

I Västerbotten bor drygt 51 000 barn i åldern 0-16 år, av dessa var det 2,6% som aktualiserades till HLT med samtycke under

2020. I relation till befolkningens mängd är det åldersspannen 0-5 år och 13-16 år som är mest representerade. I åldersgruppen 0-5 år är det en övervikt på pojkar i alla närsjukvårdsområden och i åldersgruppen 13-16 år är det en övervikt på flickor i alla närsjukvårdsområden.

Majoriteten av de barn och familjer som tackat ja till HLT samverkan under 2020 erhöll inte en samordnad individuell plan och det finns stora geografiska skillnader när det gäller antalet upprättade samordnade individuella planer mellan närsjukvårdsområdena.

Deltagande professioner i HLT-teamen beskriver att de kompletterar varandra och att samverkan gynnar barn och familjer. De beskriver också att samverkan påverkar den egna arbetssituationen positivt genom att det blir tydligt att flera verksamheter kan vara ett stöd för barn och familjer. HLT samverkan har ökat kunskapen om och tilliten till varandras verksamheter. Det har lett till att fler samverkansytor har skapats, för t.ex. rådgivning och konsultation, vid sidan av samverkansmodellens mötesarenor. När professionella från de samverkande verksamheterna förmår samordna bedömningar och insatser på ett sätt som blir till konkret hjälp för barn och föräldrar, ökar också deras förtroende för de samverkande verksamheterna.

En viktig grundbult i HLT har sedan starten för tio år sedan varit att arbeta tillsammans med barn och föräldrar. Att göra dem delaktiga i arbetsprocessen och involvera dem i valet av insats. De senaste tio åren har kunskapen om barn som rättighetsbärande ökat i samhället och barnrättsperspektivet förstärks i lagstiftningen. Om och hur det har påverkat HLT-teamens arbete och vad som återstår för att säkra barnrättsperspektivet ytterligare i HLT är angelägna frågor. En forskningsansökan är formulerad i samarbete med Umeå universitet och FoU Valfärd.

Nu vill vi välkomna dig att ta del av årsuppföljningen.

### Nanna Forsgren

Samordnar barn och unga FoU Valfärd

### Ulrika Granskog

Regional processledare HLT

### Jessika Nyström

Regional processledare HLT

Mer information om HLT finns att ta del av på Region Västerbottens hemsida <https://www.regionvasterbotten.se/folk-halsa/psykisk-halsa/hlt-halsa-larande-och-trygghet>



## Barn i HLT

Målet med HLT är att alla barn i Västerbotten i åldern 0–16 år ska få sina rättigheter tillgodosedda genom ett tidigt och samordnat stöd. Med tidigt stöd avses i ett tidigt skede av en ogynnsam utveckling. Med samordnat stöd avses att verksamheterna samarbetar för att uppnå ett helhetsperspektiv på barnets behov och hur allas insatser tillsammans ska bidra till att hjälpa barnet och familjen och förhindra att barn "faller mellan stolarna" eller "bollas" mellan verksamheter utan att någon riktigt tar ansvar.

Vi vet inte hur många barn i Västerbotten som är i behov av tidigt stöd. Beräkningar från SKR gör gällande att ungefär 20–30% av alla barn någon gång under sin uppväxt är i behov av stöd från första linjen, t.ex. särskilt stöd i skolan eller av första linjens hälso- och sjukvård. Översatt till Västerbotten skulle det innebära ungefär 10.000–15.500 barn som någon gång under sin uppväxt är i behov av särskilt stöd från första linjen. En del av dessa barn är också i behov av samordnade insatser mellan skola, socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård.

För att ett barn ska aktualiseras till HLT behöver någon av de tre samverkande aktörerna uppmärksamma ett barn i behov av tidigt och samordnat stöd. Det är framför allt förskola och skola som aktualiserar barn till HLT-teamen. Tillsammans står de för den allra största andelen aktualiseringar. De är också de verksamheter som träffar barnen i störst omfattning.

År 2020 har präglats av den pandemi som drabbat Sverige och världen. En pandemi som förutom mänskliga tragedier också medfört stora utmaningar för hälso- och sjukvården, skolan och socialtjänsten. Omställningen från fysiska till digitala möten har i de flesta HLT-team fungerat bra, men teamen berättar också att samverkansmöten ställts in p.g.a tekniska utmaningar, att föräldrar tackat nej till att delta digitalt och att pandemin medfört ökad frånvaro p.g.a. sjukdom, vård av barn eller omprioriteringar i verksamheten.

Hur de förändrade livsvillkor som pandemin medfört påverkat barn i Västerbotten vet vi inte. Nationella sammanställningar pekar på ökad psykisk ohälsa både hos barn och vuxna och ökad risk för våld i hemmet som en konsekvens av pandemin.

Om vi jämför statistiken mellan vårterminen 2020 och höstterminen 2020 ser vi en minskning av det totala antalet barn som aktualiserats till HLT från 383 barn under vårterminen till 307 barn under höstterminen. Pandemin kan vara en orsak till minskat antal barn. Ett annat antagande är att det kan finnas ett samband mellan antal barn som aktualiseras och tid på skolåret. Höstterminen innebär för många barn och pedagoger en nystart, då pedagogens fokus riktas mot att lära känna barnet och att hitta lösningar i skolan, vilket skulle kunna förklara att färre barn aktualiseras till HLT under hösten.

	Totalt antal barn (Barn och anonyma barn)	Barn	Anonyma barn	Samordnad individuell plan (SIP)
Vt 2020	383	249	134	90
Ht 2020	307	209	98	73
Helår 2020	690	458	232	163

## Samtycke och delaktighet

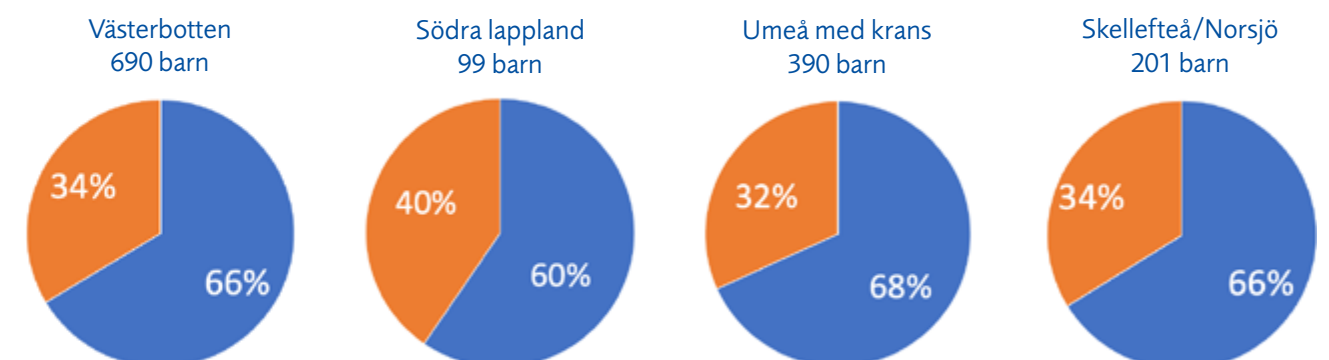
Barn kan aktualiseras till HLT-teamen anonymt eller med samtycke från vårdnadshavaren. När barn aktualiseras anonymt innebär det att barn och föräldrar inte blir delaktiga i HLT och att aktörerna från skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst inte kan nå målet att tillhandahålla barn och deras familjer ett samordnat stöd. För att barn och föräldrar ska kunna vara delaktiga och HLT teamet ska kunna samarbeta kring ett enskilt barn, fordras att vårdnadshavarna samtycker till att skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten får utbyta information i syfte att samordna sitt arbete kring ett enskilt barn.

För att föräldrar ska samtycka till att sekretessen bryts behöver de tryggas med vad HLT är och vad HLT syftar till. Det förutsätter att professionella vet vad HLT är och på ett enkelt och lättbegripligt sätt kan beskriva syftet med samverkan - att barn och föräldrar ska få rätt stöd. Ibland vill föräldrar undvika att involvera fler professionella i sin situation, medan andra föräldrar känner sig lättade över att professionella från olika verksamheter samarbetar kring hur de och deras barn ska få den allra bästa hjälpen. För föräldrar som tidigare upplevt att de fått springa mellan olika möten för att deras barn ska få rätt hjälp, utgör HLT ofta en påtaglig avlastning. Erfarenheter från nystartade HLT-team visar att de till en början har en högre andel anonyma barn, men att antalet barn med samtycke ökar i takt med att arbetssättet blir mer inarbetat och känt hos professionella, barn och föräldrar.

Målsättningen är att så många barn som möjligt ska aktualiseras till HLT med samtycke, så att barn och föräldrar kan vara delaktiga. Ett första målvärde är satt till att 75% av alla barn som aktualiseras till HLT ska aktualiseras med samtycke. Resultatet för år 2020 visar att majoriteten 66% av alla barn aktualiseras till HLT med samtycke. Målvärdet 75% är dock inte uppnått

Bilderna visar antal barn som aktualiserats till HLT team med samtycke respektive anonymt under 2020.

■ Samtycke ■ Anonyma



## Samordnad individuell plan

När föräldrar/vårdnadshavare och barn (utifrån egen önskan och mognadsnivå), tackat ja till HLT, godkänner de att HLT-teamet möts kring det enskilda barnet. Vid HLT-mötet delar professionerna i HLT-teamet med sig av sin kompetens. Därefter beslutar HLT-teamet vilka verksamhetsrepresentanter som ska träffa familjen.

Nästa steg i samverkan är att bjuda in familjen som expert på sin livssituation till ett SIP-möte. Vid dessa möten planeras insatser tillsammans med familjen. Exempel på insatser som erbjuds är föräldrastöd, familjesamtal, föräldra- och barngrupper, nätverksarbete, kartläggning, individuella behandlingar, gemensamma uppföljningar m.m.

I både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen finns en bestämmelse om att kommunen och regionen ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när de bedömer att insatser behöver samordnas. Planen ska säkra samordnade insatser och tydliggöra vem som ska göra vad för att barnet ska få sin rättigheter tillgodosedda, genom att svara på frågan vem gör vad och när. Planen ska utgå från barnets behov och alltid upprättas tillsammans med barn och föräldrar. Planen är inte ett mål i sig, men ett sätt att säkra att individen får de insatser och det stöd hen behöver.

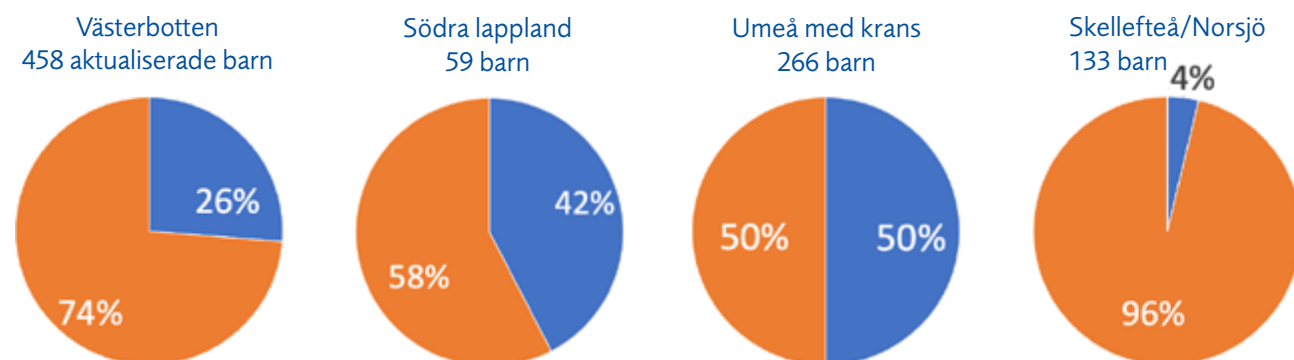
Det kan både handla om att HLT-teamen inte prioriterar att upprätta en samordnad individuell plan, trots att familjen erbjuds samordnade insatser från flera huvudmän. Det kan också handla om att man tillsammans med familjen kommer fram till att insatser från en huvudman är det som är till bäst nytta för barn och familj och att det därför inte är aktuellt med samordnade insatser. En annan möjlig orsak är att familjen är i behov av insatser på en annan vårdnivå än första linjen och

att samordning av insatser av HLT-teamet därför inte är aktuellt. En annan förklaring kan vara att deltagarna i HLT-teamen av vana väljer att arbeta med barnet och familjen var för sig och underutnyttjar möjligheten att samordna insatserna. Vad som är förklaringen behöver vi i dialog med teamen undersöka närmare.

När föräldrar väljer att tacka ja till HLT finns det förväntningar från dem att de och deras barn ska få konkret och samordnad hjälp. Därför är det ett angeläget mål för HLT samverkan att de flesta barnen får en samordnad individuell plan. Ett första målvärde är satt till att 50% av de barn som aktualiseras för HLT med samtycke ska erhålla en samordnad individuell plan. Det målvärdet är inte uppnått för Västerbotten som helhet. Antalet barn med samordnad individuell plan har minskat under hösten i relation till vårens resultat. Minskningen går stick i stäv med önskad utveckling. I Västerbotten fick 26% av alla barn som aktualiserades till HLT med samtycke en samordnad individuell plan. Vi är medvetna om att detta är ett utvecklingsområde oavsett en pandemi eller ej, men tror att pandemin har försvårat önskvärd utveckling. Den digitala mötesformen har inneburit nya utmaningar, föräldrar har ibland valt att tacka nej till digitala möten och om mötet har genomförts digitalt har ändå arbetet med att upprätta samordnade individuella planer fått stå tillbaka.

Som bilderna visar finns också stora geografiska skillnader när det gäller antalet upprättade samordnade individuella planer mellan närsjukvårdsområdena. Flertalet HLT-team uttrycker att fler barn borde få samordnade insatser. Processledarna har tagit fram en utbildning i SIP för att öka kompetensen och tryggheten i att använda samordnad individuell plan i HLT. Utbildningen erbjuds HLT-teamen hösten 2020 och våren 2021.

■ SIP ■ Ingen samordnad insats



## Ålder

Målet med HLT är att erbjuda barn ett tidigt stöd för att förebygga mer omfattande svårigheter senare i barns liv. Med tidigt stöd avses i ett tidigt skede av en ogynnsam utveckling. Uppföljningen av ålder delar upp redovisningen i åldersspannen 0-5 år, 6-12 år samt 13-16 år, d.v.s. för- och grundskolans indelning av barns olika åldrar. Från uppstarten av HLT 2012 och framåt, har statistik visat på en förskjutning nedåt i åldrarna när det gäller att identifiera barn med behov av samordnade insatser. De första åren identifierade HLT-teamen behov av samordnat stöd främst i åldersspannet 13-16 år. Succesivt har HLT-teamen blivit bättre på att identifiera barn i behov av samordnade insatser tidigare. Idag är övervägande del av de barn som tas upp i HLT teamen i åldersspannen 0-5 år och 6-12 år. I vissa mindre kommuner erbjuder man HLT samverkan till barn till och med 17 år. I statistiken redovisas dessa i åldersspannet 13-16 år.

Statistiken för 2020 visar att 77% av de barn som aktualiseras till HLT är under 13 år. De allra flesta barn är i åldersspannet 6-12 år 40%, tätt följt av åldersspannet 0-5 år, 37%.

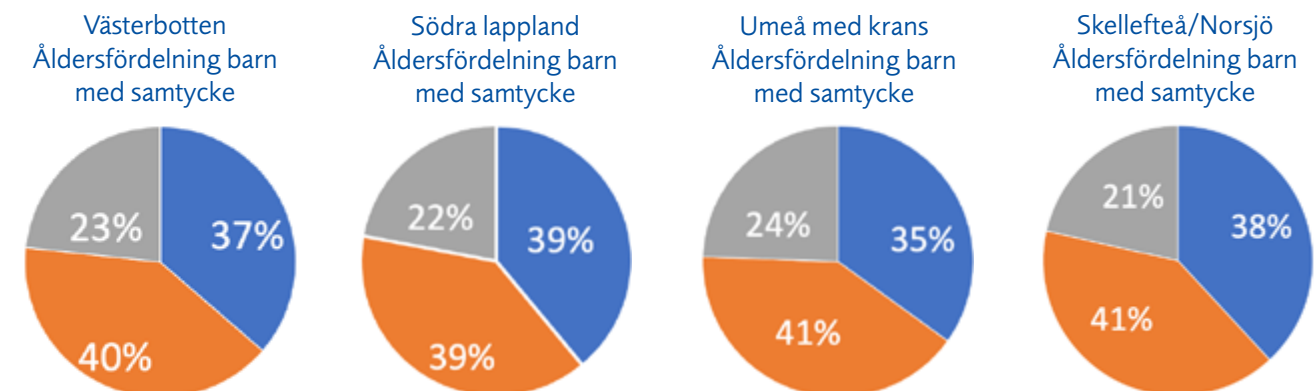
Om vi korrelerar samtycke till HLT och åldersspannen 0-5 år, 6-12 år, 13-16 år med befolkningsstatistik för Västerbotten får vi syn på andelen barn i de olika åldersspannen som aktualiseras för samverkan i HLT i förhållande till befolkningen. För Västerbotten som helhet har under 2020 2,6 % av alla barn i åldern 0-16 år aktualiseras till HLT med samtycke. I relation till befolkningsmängd är det åldersspannen 0-5 år och 13-16 år som är mest representerade. Se tabell.

Andel barn med samtycke som aktualiseras för HLT samverkan i förhållande till befolkningsmängd i ålderskategorier

	0-5år	6-12år	13-16år
<b>Västerbotten</b>	0,9%	0,8%	0,9%
<b>Södra Lappland</b>	1%	0,8%	0,9%
<b>Umeå med krans</b>	0,8%	0,8%	1%
<b>Skellefteå/Norsjö</b>	1%	0,8%	0,8%

Bilden visar åldersfördelningen för barn som aktualiserats till HLT teamen med samtycke.

■ 0-5 år ■ 6-12 år ■ 13-16 år



## Kön

Alla barn, oavsett kön ska få sina rättigheter tillgodosedda. Flickor och pojkar ska erhålla ett jämställt stöd, d.v.s. de ska i lika stor utsträckning få vård utifrån sina behov. Könsfördelningen för de barn som aktualiserats till HLT visar att det är fler pojkar 58% än flickor 42%, en skillnad mellan könen på 16%.

Om vi korrelerar kön med barnets ålder framträder en tydlig bild av att det är främst i åldersgruppen 0-5 år som skillnaden mellan könen är påtaglig. I den åldersgruppen är 70% av de barn som aktualiseras till HLT pojkar och endast 29% flickor.

Om vi tittar på befolkningsstatistiken ur ett könsperspektiv, kan man se att det fötts fler pojkar i samtliga ålderskategorier. Detta är dock inte en förklaring till varför fler pojkar än flickor aktualiseras till HLT i de yngre åldrarna, eftersom skillnaderna i befolkningsmängd mellan könen är betydligt mindre än könsfördelningen för de barn som aktualiserats till HLT.

### Befolkningsmängd ur ett könsperspektiv

Ålder	0-5 år	6-12 år	13-16 år
Flickor	8757 (48%)	10546 (49%)	5648 (48%)
Pojkar	9416 (52%)	11191 (51%)	6016 (52%)

### Andelen flickor och pojkar i HLT i åldersspannen i förhållande till befolkningsstatistik

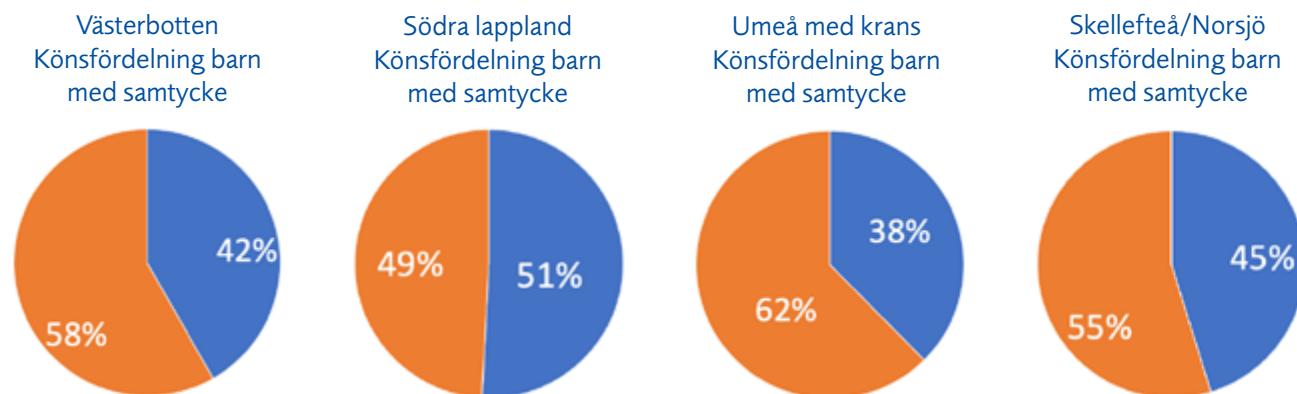
	Ålder	0-5	6-12	13-16
Västerbotten	Flickor	0,6%	0,7%	1%
	Pojkar	1,2%	0,9%	0,8%
Södra lappland	Flickor	0,7%	1%	1,4%
	Pojkar	1,4%	0,7%	0,4%
Umeå med krans	Flickor	0,5%	0,6%	1,0%
	Pojkar	1,1%	1%	0,9%
Skellefteå/Norsjö	Flickor	0,6%	0,9%	1%
	Pojkar	1,3%	0,8%	0,6%

Om vi tittar på andelen flickor och pojkar med samtycke i relation till befolkningsstatistiken för åldersspannen blir det tydligt att HLT samverkan omfattar en större andel pojkar och att skillnaderna är störst i åldersgruppen 0-5 år. I den åldersgruppen är det en övervikt på pojkar i alla närsjukvårdsområden, medan det i åldersgruppen 13-16 år är en övervikt på flickor i alla närsjukvårdsområden.

I flera rapporter bl.a. från Socialstyrelsen<sup>1</sup> och folkhälsomyndigheten<sup>2</sup>, rapporteras om en ökning av psykisk ohälsa både hos pojkar och flickor. Rapporterna visar en tydlig skillnad mellan flickor och pojkar, där flickor upplever en större upplevelse av psykisk ohälsa än pojkar framför allt i tonåren. Det finns också forskning som visar att de symtom som flickor med autism och ADHD visar ofta blir feltolkade eller bagatellisera- de och att skola och vård riskerar att uppmärksamma deras behov för sent.

1. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2017-12-29.pdf>  
 2. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/statistik-psykisk-halsa/barns-psykiska-halsa/>

■ Flickor ■ Pojkar



## Barn och föräldrars upplevelse av HLT

HLT-teamen beskriver att de upplever att den tvärprofessionella samverkan gynnar barn och föräldrar och leder till konkret stöd. För att samla in barn och föräldrars upplevelse av om HLT samverkan är till hjälp, har en barn- och föräldraenkät utformats i samarbete med FoU Valfärd. Enkäten lanserades oktober 2021 och enkätuppföljningen är planerad att pågå till och med maj 2021. Enkäten innehåller nedanstående frågor om barn och föräldrars upplevelse av delaktighet och stödet från HLT teamet.

- Jag upplever att jag blev lyssnad på vid mötet.
- Jag tycker att vi pratar om det som är viktigt för mig/ min familj.
- Jag får vara med och bestämma vilken hjälp jag/ min familj ska få.
- Jag tycker det är tydligt vad som ska göras och vem som ska göra vad.
- Hur har din/familjens situation förändrats sedan hjälpen från oss påbörjades?
- Om din/familjens situation har förbättrats, vilken betydelse har hjälpen från oss haft?
- Är du nöjd eller missnöjd med den hjälp du fått från oss?
- Vad kan vi göra bättre?

Enkätresultatet blir en viktig återkoppling på det arbete som utförs inom ramen för HLT och ska användas för att utveckla HLT i samklang med barn och föräldrars önskemål. Hittills har få enkäter besvarats. Det är alltid svårt att implementera nya arbetssätt och pandemin har inte underlättat. Responsen från HLT-teamen är att det har varit svårt att komma igång att introducera enkäten, när de samtidigt har övergått från fysiska till digitala möten. Enkätperioden sträcker sig till och med maj och vi hoppas att vi då ska ha ett resultat att presentera.

## Fler områden att följa upp

Befintlig uppföljning ger oss viss kunskap om länets HLT samverkan, men väcker också nya frågor. Vilka symtom/svårigheter föranleder att barn aktualiseras till HLT? Vilka samordnade insatser resulterar HLT i? Säkerställer samverkan att barn får sina rättigheter, i form av hälsa, lärande och trygghet, tillgodosedda? Vilket mervärde åstadkommer HLT utanför de strukturerade mötena?

Inom ramen för utvecklingsarbetet Tidiga och samordnade insatser (TSI) erbjuder Socialstyrelsen och Skolverket stöd i arbetet med uppföljning. Den uppföljning som utformats inom ramen för TSI är mer omfattande. Den innehåller både frågor om organisation och arbetssätt, frågor om uppföljning av insats och den barn- och föräldraenkät som FoU Valfärd har utformat. De som deltar i TSI föreslås att använda SUIreg som är ett verktyg för systematisk uppföljning som finns tillgängligt på Socialstyrelsens utbildningsportal. Västerbotten följer TSI arbetet med särskilt fokus på att undersöka hur vi ytterligare kan utveckla uppföljningen av HLT i Västerbotten.

En viktig grundbult i HLT har sedan starten för tio år sedan varit att arbeta tillsammans med barn och föräldrar. Att göra dem delaktiga i arbetsprocessen och involvera dem i valet av insats. De senaste tio åren har kunskapen om barn som rättighetsbärare ökat i samhället och barnrättsperspektivet förstärks i lagstiftningen. Om och hur det har påverkat HLT-teamens arbete och vad som återstår för att säkra barnrättsperspektivet ytterligare i HLT är angelägna frågor. En forskningsansökan är formulerad i samarbete med Umeå universitet och FoU Valfärd. Ambitionen är att tillsammans med några HLT-team studera och utveckla barnrättsperspektivet i HLT samverkan. Forskningsansökan har skickats till Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Forte och har rubriken "Barn som kompetenta medaktörer i beslut som rör dem – hur kan barnrättsperspektivet realiseras i välfärdsorganisationers befintliga Hälsa-Lärande-Trygghets-team?" Beslut om medelstilldelning sker maj 2021.

# Framgångsfaktorer, hinder och utmaningar

Det finns många både regionala och nationella exempel på att det är svårt att utveckla och implementera hållbara modeller för samverkan över etablerade organisations- och verksamhetsgränser. Inom ramen för TSI, det nationella utvecklingsarbete som Socialstyrelsen och Skolverket bedriver, har man formulerat några insikter i form av framgångsfaktorer, hinder och utmaningar för tidiga och samordnade insatser. Se blå ruta. Innehållet överensstämmer väl med framgångsfaktorer, hinder och utmaningar för HLT som samverkansmodell och visar därför både på vad som har varit framgångsrikt för HLT och som vi fortsatt behöver värna om, och vilka hinder och utmaningar som vi behöver ta höjd för i det fortsatta arbetet.

## Framgångsfaktorer

- Politisk förankring över mandatperioder
- Gemensam problembild, samsyn och vilja i de tre verksamheterna
- Testa i liten skala – följa upp – och ta sedan nästa steg
- Ta reda på resultatet för barn, unga och föräldrar

## Hinder och utmaningar

- Det tar tid att bygga upp hållbara strukturer för samverkan och samordning
- Organisatoriska glapp uppstår då verksamheterna främst är organiserade för att arbeta inom gränser inte över gränser
- Verksamhetsgemensam uppföljning försvåras av rättslig reglering kring behandling av personuppgifter.

Insikter från TSI-arbetet september 2020

Vi vill bredda beskrivningen av framgångsfaktorer, hinder och utmaningar genom att göra några kompletteringar med utgångspunkt från de erfarenheter som gjorts i Västerbotten.

## Framgångsfaktorer

Kunskap om implementering och kunskap om de i forskningen beskrivna komponenterna för framgångsrik samverkan; styrning, struktur och samsyn (Danemark m.fl.) har varit vägledande och centrala framgångsfaktorer för utvecklandet av HLT i Västerbotten. När det gäller styrning har det handlat om att den gemensamma ledningen för HLT legitimerat och förankrat samverkan som en del av verksamheternas kärnuppdrag, formulerat mål och efterfrågat resultat av samverkan.

När det gäller struktur har det handlat om framtagandet av en tydlig och enkel samverkansmodell. Strukturen består av tvärprofessionella HLT team med särskilt utsedda nyckelpersoner från de samverkande verksamheterna, ett avgränsat geografiskt område och en repetitiv ärendeprocess med fasta mötestider. Strukturen har visat sig hållbar över tid och passa såväl stora kommuner som små glesbygdskommuner.

När det gäller samsyn har det handlat om att lära känna varandras uppdrag och bygga en gemensam problemförståelse och ett gemensamt språk. För att olikheterna som är själva grunden för och styrkan i samverkan inte ska bli ett hinder behövs respekt och tillit till varandras olika kompetenser.

Ytterligare en central framgångsfaktor för HLT i Västerbotten har varit processtödet med god kunskap om och förankring i kommunen respektive regionen och samtidigt med god kännedom om det utvecklingsarbete som bedrivs nationellt för att åstadkomma tidiga och samordnade insatser för barn och unga. Processtödet omfattar två regionala processledare och sex lokala processledare, totalt tjänstetrymme 2,0 åa. Innehållet i processtödet anpassas utifrån de önskemål som uttrycks i varje kommun. Processledarna är tydliga bärare av samverkansmodellens kärnkomponenter. De medverkar i samband med uppstart av nya ledningsgrupper och HLT-team, de bjuder in till HLT konferenser, sprider aktuell information till alla som arbetar med HLT och erbjuder stöd och är en resurs när frågor eller svårigheter uppstår i samverkan. Processtödet har sedan starten finansierats av statliga stimulansmedel. Senast från de läns-gemensamma samverkansmedlen inom ramen för Uppdrag psykisk hälsa.

Ytterligare en framgångsfaktor för HLT i Västerbotten är att samverkansmodellen inte bärs av en eller två eldsjälur. Istället är det vår uppfattning att samverkansmodellen genom att praktisera komponenterna Styrning, struktur och samsyn, klarat av att ge såväl ledningsgrupper som HLT-team rätt förutsättningar för samverkan. Med rätt förutsättningar har det visat sig att det i de samverkande verksamheterna i Västerbottens kommuner och regioner finns väldigt många eldsjälur besjälade av att arbeta för tidiga och samordnade insatser för barn och unga.

## Utmaningar framåt

Under 2020 har den övergripande målsättningen att det i alla kommuner i Västerbotten ska finnas en strukturerad samverkan mellan förskola, skola, socialtjänst och primärvård, uppnåtts, vilket är mycket glädjande. Under 2021 återstår ett arbete med att bygga upp HLT-samverkan på fler områden i Skellefteå. I hela länet återstår ett fortsatt arbete mot de uppsatta målbeskrivningarna för HLT: att nå fler barn, i ett tidigare skede, med samordnade insatser, och säkerställa jämlikhet mellan könen.

För att bygga, bevara och utveckla HLT som samverkansmodell behöver vi både värna om det som visat sig framgångsrikt och ta oss an nya utmaningar. Med utgångspunkt från barn och föräldrars erfarenhet av HLT-samverkan vill vi fortsätta att utveckla samverkansmodellen. Vi hoppas att forskningsansökan till Forte ska ge oss möjlighet att rikta särskilt fokus på barnrättsperspektivet i HLT.

Vi kommer att följa förslaget till ny socialtjänstlag för att kunna stötta socialtjänstens medarbetare i HLT. I Västerbotten liksom i övriga landet varierar socialtjänstens uppdrag på första linjen stort, något som förslaget till ny socialtjänstlag har uppmärksammat. I förslaget till ny socialtjänstlag betonas det föregående perspektivet och en lätt tillgänglig socialtjänst, med möjlighet för socialnämnden att tillhandahålla insatser utan föregående individuell behovsprövning. Vi kommer också att följa Peter Almgrens utredningsuppdrag "En sammanhållen god och nära vård för barn och unga" liksom Socialstyrelsens och Skolverkets arbete med TSI. Vi kommer också delta i nationella erfarenhetsutbyten kring Första linjen och SIP.

Vi önskar att Beredningsgrupp barn och unga och Länsamverkansgruppen ska peka ut en långsiktig färdriktning för HLT fram till år 2025 genom att:

- Legitimera målbeskrivningarna som relevanta och angelägna mål, se blå ruta.
- Finansiera fortsatt processtödet med 2,0 åa.
- Uppdra till Barn- och ungdomspsykiatri och Barnhabiliteringen att säkerställa att även barn som är i behov av insatser från specialistnivån kan erbjudas ett lättillgängligt och samordnat stöd.

## Målbeskrivningar för HLT samverkan

- Att det i alla kommuner i Västerbotten ska finnas en strukturerad samverkan mellan förskola, skola, socialtjänst och primärvård som förmår tillhandahålla ett lättillgängligt och samordnat stöd för barn och unga
- Att barn och föräldrar är nöjda med hjälpen de får från HLT-teamen
- Att HLT samverkan förbättrar situationen för barn och föräldrar
- Att barn i hög grad aktualiseras till HLT med samtycke från vårdnadshavarna, målvärde 75%.
- Att barn i hög grad aktualiseras till HLT i ett tidigt skede av en ogynnsam utveckling
- Att barn i hög grad får en samordnad individuell plan, målvärde 50%
- Att barn oavsett kön får likvärdigt stöd utifrån sina behov

