

Hälsa Lärande och Trygghet

Ett pilotprojekt i Ovanåker med fokus på små barns hälsa



Ann Lyrberg

Hälsa Lärande och Trygghet

Ett pilotprojekt i Ovanåker med fokus på små
barns hälsa

Ann Lyrberg

FoU Rapport 2025:1

FoU Velfärd - Region Gävleborg

Layout & Form: Ann Lyrberg & Jofen Kihlström

Tryckeri: Gävle Offset

ISBN: 978-91-988641-3-7

Förord

Under 2023 fick FoU Valfärd i uppdrag att utvärdera ett samverkansprojekt mellan Ovanåkers kommun och Region Gävleborg. Projektet syftade till att utveckla en samverkansplattform för att tidigt identifiera, stödja och hjälpa små barn (0–5 år) som riskerar att utvecklas ogynnsamt. Projektet har genomförts i samverkan mellan socialtjänst, förskola, barnavårdscentral, mödravårdscentral och familjehälsa i Ovanåkers kommun.

Förebyggande arbete är en central aspekt inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvårdens verksamheter och dess lagrum. Forskning gällande barn och unga visar att förebyggande arbete är avgörande för att minska risken för negativ utveckling såsom psykisk ohälsa och skolmisslyckanden. Forskning visar vidare att tidiga insatser för barn och unga är avgörande för att förebygga och hantera problem innan de blir allvarliga

FoU Valfärd har under åren 2023–2024 följt projektet i Ovanåkers kommun genom en lärande utvärdering. Jag vill rikta ett stort tack till Ann Lyrberg, utredare vid FoU Valfärd, som ansvarat för att genomföra den lärande utvärderingen och författa rapporten. Jag vill även tacka Karin Tillberg Mattsson, forskningsledare vid FoU Valfärd, som har bidragit till arbetet genom att läsa och delge synpunkter på rapporten. Stort tack också till samtliga deltagare i projektet som har delat med sig av sina erfarenheter och upplevelser, och på så sätt bidragit i den lärande utvärderingen.

Med den här rapporten hoppas vi kunna inspirera andra kommuner i sitt arbete med att organisera samverkan med fokus på att tidigt identifiera, stödja och hjälpa barn som riskerar att utvecklas ogynnsamt.

Gävle 2025-05-05

Charlotte Roos, Avdelningschef FoU Valfärd, Region Gävleborg

Sammanfattning

Den här rapporten beskriver ett pilotprojekt som socialtjänst, förskola, BVC, MVC och familjehälsa genomförde tillsammans under åren 2023–2024 i Ovanåkers kommun. Syftet med projektet var att utveckla en samverkansplattform baserad på modellen Hälsa, Lärande och Trygghet (HLT) för att tidigt identifiera, stödja och hjälpa små barn (0–5 år) som riskerar att utvecklas ogynnsamt. Projektet initierades efter en kartläggning av hur samverkan kring barnfamiljer fungerade i Ovanåkers kommun och deras behov av samhällsstöd. Kartläggningen visade att det saknades en tydlig samverkansstruktur, att kontaktvägarna var otydliga och att familjerna ofta själva behövde samordna och knyta kontakter. Den visade också på oklara förväntningar och bristande kunskaper om lagrum och uppdrag bland de myndigheter som har till uppgift att stödja små barn och deras familjer.

Projektet har utvärderats genom en lärande utvärdering där analyser från observationer, intervjuer, dokumentstudier och verksamhetsuppföljning kontinuerligt återkopplats för att främja reflektion och lärande, och därmed styra mot projektets syfte och mål. Utvärderingen visar att projektet, med hjälp av HLT-modellen, lyckades skapa en plattform för samverkan kring de minsta barnen (0-5 år), vilket har förbättrat kontaktvägarna och ökat kunskapen om varandras verksamheter, lagstiftning och uppdrag. Dessa kunskaper har inte bara varit till nytta för familjer aktuella i HLT, utan även i kontakter med andra familjer. Upptäckten av barn som riskerar att utvecklas ogynnsamt har förbättrats, samordnade arbetssätt har utvecklats och insatser ges i ett tidigt skede. HLT-modellen har varit effektiv för familjer med specifika och avgränsade behov, medan det för familjer med komplexa behov är svårt att urskilja direkta resultat då behoven av stöd är långvariga. I dessa fall behöver utvecklingen av arbetssätt fortgå med en hög grad av samverkan. HLT-modellen skulle också kunna utvecklas genom ökad kunskap om små barns sätt att kommunicera ohälsa och ökad delaktighet.

Resultaten av intervjuer med familjer tyder på att de upplever att HLT fyller en viktig funktion genom att erbjuda stöd och hjälp när de som nyblivna föräldrar eller småbarnsföräldrar känner oro och osäkerhet. De uppskattar att kunna få råd och information snabbt, vilket skapar trygghet. HLT-modellen synliggör glapp i välfärdssystemen och kan med fördel, förutom att verka på indikerad nivå, också utvecklas till andra preventivnivåer, såsom selektiv och universell nivå.

Framgångsfaktorer för implementeringen och utvecklingen av samverkansplattformen inkluderar regelbundna möten med hög närvaro, kontinuitet, engagemang, en tydlig modell för hur arbetet ska genomföras, en samordnarfunktion som håller ihop arbetet samt att parterna i samverkan genomför gemensamma aktiviteter.

Innehåll

Sammanfattning	4
Inledning	6
Små barns hälsa	6
Barns rättigheter	6
Behov av samverkan i ett komplext samhälle	7
Utmaningar med samverkan	7
Samverkan – en process	7
Hälsa, Lärande och Trygghet – ett pilotprojekt i Ovanåker	8
Lärande utvärderingens syfte och frågeställningar	12
Metod	13
Datainsamling	13
Analys	14
Resultat	15
Uppstart	15
Styrgruppens struktur och process	15
HLT-teamets struktur och process	16
En samverkansplattform tar form	19
Betydelsen av en samordnare	21
HLT- Modellen	21
Delaktighet	23
HLT synliggör brister i välfärdssystemen	23
Implementering av HLT: variationer i aktörernas förutsättningar, utmaningar och framgångar	24
Familjerna som fått stöd av HLT-teamet	26
Familjers upplevelse av HLT	27
Slutsatser och förslag till utveckling	31
Referenser	34
Bilagor	36

Inledning

Den här rapporten handlar om ett pilotprojekt i Ovanåkers kommun där en samverkansplattform byggts för att tidigt upptäcka, stödja och hjälpa små barn som riskerar att utvecklas ogynnsamt. Med inspiration från Västerbotten har Region Gävleborg och Ovanåkers kommun tillsammans utvecklat sin egen Hälsa, Lärande och Trygghetsmodell (HLT-modell). Projektet har utvärderats genom en lärande utvärdering där jag som utvärderare har följt projektet under två års tid och återkopplat mina synpunkter och tankar under resans gång. I rapporten beskriver jag Ovanåkers HLT-modell, bakgrunden till projektet, utvecklingsprocessen, erfarenheter och betydelsen av samverkan för små barn samt förslag på hur modellen kan utvecklas.

Små barns hälsa

De flesta barn i Sverige har goda förutsättningar för hälsa, men inte alla. Folkhälsomyndigheten har i rapporten "Hur mår små barn i Sverige?" (2024) undersökt små barns hälsa och funnit att en betydande andel barn i åldern 0–5 år har hälsoutmaningar. Minst 2 av 10 små barn behöver under ett kalenderår sjukhusvård, specialiserad öppenvård eller läkemedelsbehandling för infektioner. Dessutom behöver minst 1 av 10 barn behandling för astmasymtom. Lika många barn lider av övervikt eller har stora språksvårigheter. Resultaten visar också att 1 av 20 små barn behöver behandlas för olycksskador, förstoppning eller karies, och lika många barn remitteras till psykolog, logoped eller barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

Folkhälsomyndighetens rapport (2024) visar vidare att vart femte barn i åldern 0–5 år har minst en förälder som behöver vård eller läkemedelsbehandling för ett psykiatriskt tillstånd. Den konstaterar också att små barns hälsa är ojämlikt fördelad. Sannolikheten för fysiska och psykiska tillstånd samt ogynnsamma livsvillkor är dubbelt så stor bland barn till utlandsfödda föräldrar. Föräldrarnas utbildningsnivå har också ett samband med ojämlikheter; barn till föräldrar med låg utbildningsnivå har sämre hälsa och sämre förutsättningar för hälsa.

Andra kända riskfaktorer för barns hälsa och ogynnsam utveckling är barnfattigdom. Ekonomiskt svaga familjer har mer begränsade tillgångar till bra bostäder, hälsosam mat, vård och medicin liksom att ekonomiska problem skapar stress och oro (Fernqvist et al., 2020; Rädda Barnen, 2021). Studier visar också att ju fler riskfaktorer barn har desto större risk är det att barn utvecklas ogynnsamt (Andershed & Andershed, 2015; Wille et al., 2008).

Skyddsfaktorer till att utvecklas ogynnsamt är barnet själv, dess familj och omgivning (Buchanan, 2014). Barnets individuella skyddsfaktorer, exekutiva funktioner, så som självreglering, problemlösning och planering utvecklas igenom anknytning till förälder, i språket och i samspel med andra (Tonér & Gerholm, 2021; Wennerberg, 2014). En stödjande omgivning som kan kompensera för riskfaktorer och främja lärande kan utgöra ett skydd för barnet.

Barns rättigheter

En viktig utgångspunkt för tidiga insatser till små barn är FN:s konvention om barnets rättigheter, som antogs 1989 (*Barnkonventionen*, 1989). Denna konvention betonar grundläggande principer som icke-diskriminering av barn, barnets bästa, deras rätt till liv,

överlevnad och utveckling samt rätten till delaktighet. Detta innebär att även små barn har rätt att uttrycka sina åsikter och vara delaktiga, oavsett ålder och trots deras begränsningar i att förstå och använda det "vuxna" verbala språket.

För att uppfylla dessa rättigheter behövs kunskap om spädbarns och små barns olika uttryckssätt, såsom icke-verbal kommunikation, ansiktsuttryck, samspel med förälder, kroppsspråk, lek och tecknande (Percy-Smith & Thomas, 2009). Delaktighet innebär inte bara att lyssna på barns önskemål, utan också att beakta dessa önskemål med hänsyn till barnets mognad (*Barnkonventionen*, 1989).

Behov av samverkan i ett komplext samhälle

I ett alltmer komplext samhälle har organiseringen av välfärden fragmenterats och specialiserats för att möta människors behov. Detta har dock lett till en uppsplittring av ansvar, dubbelarbete, slöseri med resurser och gråzoner där individer som är i behov av välfärd "faller mellan stolarna" när ingen bland välfärdsaktörerna känner ansvar för helheten (Axelsson et al., 2014). Behovet av olika samverkansformer för att motverka differentieringens negativa effekter har därmed ökat.

Samverkan kan betraktas som en övergripande term för olika former av interaktion mellan organisationer. Grell m.fl.(2016) beskriver samverkansformer som ett kontinuum, där specialisering ligger i ena änden, följt av koordination, kollaboration och slutligen integrering i den andra änden. Vid specialisering arbetar organisationerna sida vid sida med gemensamma målgrupper utan någon egentlig interaktion – ett slags icke-samarbete. Koordination innebär att insatser samordnas, exempelvis genom att de utförs i en viss ordning eller genom att parterna informerar varandra. Vid en högre grad av samverkan, kollaboration, bidrar parterna med sina specialkompetenser för att lösa uppgiften, och gränserna mellan de olika aktörerna blir mer flytande. I kontinuumets slut har en organisatorisk integrering skett, där aktörerna tillsammans bildar ett flerdimensionellt stöd- och behandlingsalternativ. Målet med integrering är att det gemensamma arbetet ska skapa ett större värde än att, som vid koordination, bara addera ett antal insatser.

Utmaningar med samverkan

Samverkan över professions- och organisatoriska gränser upplevs av många som utmanande. Enligt samverkansforskningen beror svårigheterna ofta på strukturella och kulturella hinder. Strukturella hinder handlar om olikheter i lagstiftning, regler, föreskrifter och ekonomiska restriktioner, och anses kunna hanteras genom undantag från regler – om viljan finns. De kulturella hindren däremot är ofta svårare att hantera eftersom de lätt leder till brister i kommunikation, bristande tillit mellan involverade individer och revirtänkande (Andersson et al., 2011). Det sistnämnda anses utgöra det svåraste hindret och är vanligt bland chefer som är ansvariga för ett avgränsat område och bland professionella som försvarar sina yrkesroller, kunskaper och synsätt (Abbott, 1988).

Samverkan – en process

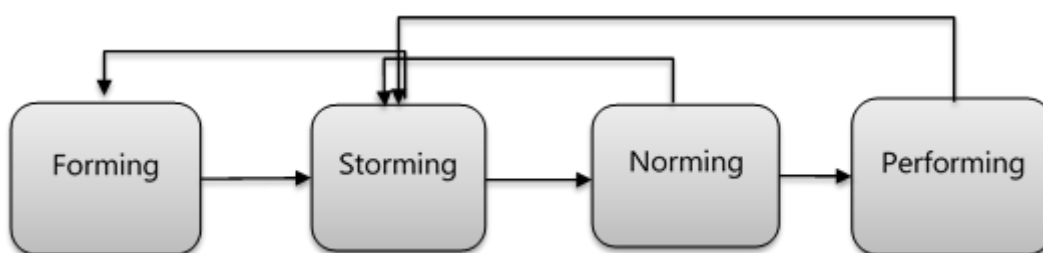
Att utveckla samverkan och vända hinder till framgång innebär att värderingar, attityder och beteenden påverkas (Axelsson et al., 2014). Processen liknar den vid grupputveckling. Tuckman (1965) beskriver processen i fyra faser: *forming*, *storming*, *norming* och *performing*.

I den första fasen, *forming*, formas gruppen. Medlemmar rekryteras och utses av respektive organisation. Gruppen börjar ta form och lära känna varandra, och mål identifieras. Denna fas innebär ofta osäkerhet och förvirring kring vem som ska göra vad. Det är svårt att hitta konkreta lösningar, och problem skylls ofta på organisationen och ledningen.

I den andra fasen, *storming*, är konflikter och oenigheter vanliga, ofta på grund av professionella olikheter, bakgrunder och uppdrag (Axelsson et al., 2014). Konflikterna handlar ofta om vem som ska göra vad och varför. Individens personliga och professionella mognad påverkar hur länge *storming*-fasen varar. Om gruppen slutar att skylla ifrån sig och några medlemmar öppnar upp, delar med sig och börjar ta ansvar, kan gruppen utvecklas.

I nästa fas, *norming*, börjar medlemmarna lösa konflikter och hitta konstruktiva lösningar. Gruppen blir mer sammansvetsad, lugnare och tar mer ansvar för att arbeta mot målet. Tilliten till varandra ökar och man börjar se styrkan i alla olikheter.

I den fjärde fasen, *performing*, är gruppens medlemmar mer trygga med varandra och fokuserar på mål och förväntade resultat, vilket påverkar prestationen positivt. De fyra faserna utgör dock inte en linjär process. Konflikter kan leda till avhopp, eller avhopp av andra anledningar kan leda till att processen börjar om. Om gruppen inte är överens om målen i den tredje fasen eller inte tycker att prestationerna är tillräckligt bra i den fjärde fasen, kan det leda till konflikter och gruppen går tillbaka till den andra fasen.



Figur 1. Faser i utveckling av samverkan. Källa: Axelsson et al., 2011.

Hälsa, Lärande och Trygghet – ett pilotprojekt i Ovanåker

Projektet Hälsa, lärande och trygghet i Ovanåker har föregåtts av fleråriga diskussioner om att etablera en familjecentral, liknande de som startats i samverkan mellan kommun och Region Gävleborg på flera andra håll i länet, bland annat i grannkommunen Bollnäs. Men för Ovanåkers kommun, med sina drygt 11 000 invånare, två huvudorter och omgivande landsbygd på ett geografiskt stort område, blev både placering och ekonomi svårlösta frågor.

En arbetsgrupp, utsedd av verksamhetschefer för Region Gävleborg och Ovanåkers kommun, fick i stället i uppdrag att kartlägga hur samverkan runt barnfamiljer fungerade över lag i Ovanåker och deras behov av stöd från samhället. Arbetsgruppen skulle också undersöka hur samverkan fungerade bland de myndigheter som hade till uppgift att stödja dessa familjer, samt möjligheterna att på ett tidigt stadium upptäcka barn i riskzonen för ogynnsam utveckling.

Arbetsgruppen kom att bestå av vårdnadschefen för Familjehälsa Södra Hälsingland, vårdnadschefen för Alfta och Edsbyn Din Hälsocentral, Individ- och familjeomsorgschefen vid socialförvaltningen, Arbetsmarknadschefen,

kvalitetsutvecklaren vid Barn- och Utbildningsförvaltningen, chefen för Kultur- och Fritidsförvaltningen samt projektledare vid Alfta och Edsbyn Din Hälsocentral.

Resultaten från kartläggningen visade att det saknades en tydlig strukturell samverkan kring barnfamiljer i behov av stöd. Utbudet och kontaktvägarna var otydliga, och familjerna fick oftast själva samordna och knyta kontakter. Behovet av samverkan var störst kring små barn i åldern 0–5 år. Liksom i övriga länet hade denna åldersgrupp få anmälningar till socialtjänsten och, jämfört med andra åldersgrupper, också få genomförda Samordnade Individuella Planer (SIP) (se Överenskommelse bilaga 1).

Kartläggningen visade även på oklara förväntningar och bristande kunskaper om varandras uppdrag och lagrum. Arbetsgruppens slutsatser var att det behövdes en mer strukturerad samverkan kring de yngsta barnen och att nya arbetssätt för upptäckt och insatser till barn i riskzonen behövde utvecklas. På så vis skulle ogynnsamma förhållanden minska för barn, och omfattande och kostsamma insatser längre fram i familjernas liv undvikas.

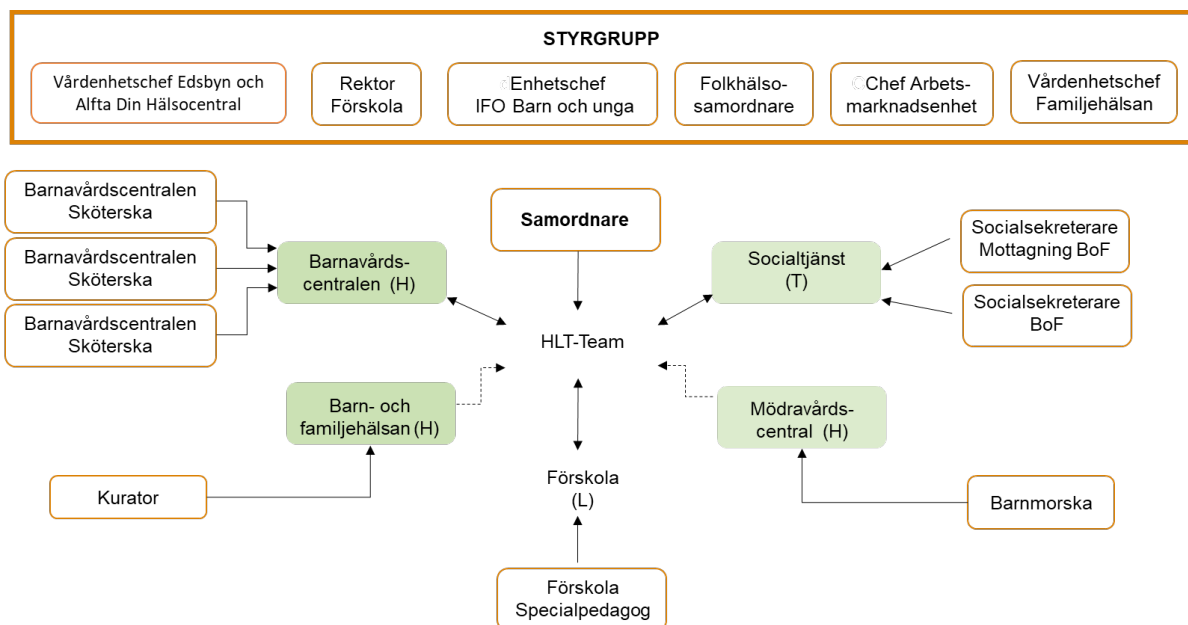
Idén till Hälsa, Lärande och Trygghet hämtade arbetsgruppen från Västerbotten, där modellen utvecklades 2010 av Umeå kommun och Region Västerbotten och implementerades i Västerbottens alla 15 kommuner (Forsgren, 2023). Grundkomponenterna i Västerbottens modell – hälsa, lärande och trygghet – utgår från Barnkonventionen (1989) om barns rättigheter och innefattar tre aktörer: hälso- och sjukvård, skola/förskola och socialtjänst. Målet är att tidigt upptäcka barn i riskzon för ogynnsam utveckling och tillhandahålla ett lättillgängligt stöd. Tanken var att samverkansmodellen skulle bidra till ett bättre helhetsperspektiv gällande familjernas problem och att resurser samordnas när familjer behöver insatser från flera aktörer.

Förutom barns rättigheter till hälsa, lärande och trygghet utgick arbetsgruppen i Ovanåker från intentionerna i God och nära vård: rätt insatser i rätt tid med barnets behov i centrum. Arbetet i HLT skulle ske personcentrerat utifrån varje barns unika förutsättningar och delaktighet. Risk- och skyddsfaktorer skulle identifieras och en plan upprättas för familjen som tydligt angav vad varje part skulle göra och när. Förhållningssättet utgick från att betrakta barn som våra gemensamma barn, att ingen part ensam kan lösa allt i ett barns liv och att region och kommun därför behöver samverka. Parterna i Ovanåker ville erbjuda målgruppen ett tvärprofessionellt stöd utifrån en modell som utgick från befintliga resurser och inte krävde några lokalkostnader. Utifrån dessa tankar tecknades en överenskommelse om att anpassa och prova HLT-modellen utifrån Ovanåkers förutsättningar i ett pilotprojekt som pågick mellan september 2022 och december 2024 (bilaga 1). Målsättningen var att utveckla en plattform för samverkan och tidiga insatser till barn i åldersgruppen 0–5 år samt till blivande föräldrar.

Organisation

Hälsa, Lärande och Trygghet i Ovanåker är organiserat i ett operativt team, en styrgrupp och en samordnare. Styrgruppen har till uppgift att stödja teamet med arbetsledning och prioriteringar, fungera som ett bollplank samt fatta beslut i olika frågor. Teamet arbetar operativt och självständigt utifrån HLT-modellen och är nyckelpersoner för HLT i sina verksamheter. En schematisk beskrivning av teamets och styrgruppens sammansättning ges i figur 2.

Under projekttiden har en samordnare haft till uppgift att sammankalla och leda möten samt fungera som en brygga mellan teamet och styrgruppen. Regionen ansvarar för 10 % av samordnarens tid, medan HLT-arbetet i övrigt bedrivs inom ramen för ordinarie verksamhet med befintliga medel.



Figur 2. Organisation Hälsa, Lärande och Trygghet i Ovanåker.

HLT:s arbetsmodell

Hur arbetet med Hälsa, Lärande och Trygghet i Ovanåkers är tänkt att fungera illustreras i figur 3 (Rudman Palm, 2022). HLT-arbetet börjar med att respektive verksamhet identifierar barn och familjer som behöver stöd och hjälp. Verksamhetens fasta teammedlem förbereder och motiverar familjen, inhämtar samtycke samt formulerar tillsammans med familjen en frågeställning till teamet. Teammedlemmen aviserar familjens frågeställning via ett SKYPE-möte en vecka före HLT-teammöte. Teamet träffas och identifierar barnets risk- och skyddsfaktorer, ser över vilka resurser i form av stöd och hjälp som finns samt behovet av samordning. Teamet arbetar fram ett förslag till åtgärder med en plan för uppföljning som återkopplas till familjen. Efter en tid görs en uppföljning med familjen av den teammedlem som har den huvudsakliga kontakten med familjen. Respektive part ansvarar sedan för planerade åtgärder och insatser. Det innebär att det inte nödvändigtvis är HLT-teammedlemmen som utför insatsen, det kan vara någon annan inom t.ex. socialtjänsten eller familjehälsan.



Figur 3. Flödesschema för HLT-arbetet.

Lärande utvärderingens syfte och frågeställningar

Syftet med lärande utvärdering av HLT i Ovanåker har varit att kontinuerligt följa upp och ge löpande återkoppling i form av analyser som kan användas för att styra projektet mot de uppsatta målen. Utvärderingen har också syftat till att främja reflektion och lärande bland de involverade parterna som ett stöd i utvecklingsprocessen. Denna rapport beskriver den lärande utvärderingens resultat.

Frågeställningar:

- Hur har samverkan utvecklats?
- Har HLT bidragit till upptäckt av barn 0–5 år i riskzon och till tidiga insatser?
- Vilka arbetssätt har utvecklats i samverkan?
- Hur upplevs HLT-arbetet av styr- och teamgruppsmedlemmar samt familjer?

Metod

Utifrån syftet med lärande utvärdering, att den kunskap som genereras under projektet används för att upptäcka och lösa eventuella problem innan de blir manifesta och i stället utveckla det som fungerar väl (Svensson et al., 2009), har den lärande utvärderingen skett interaktivt i nära dialog med HLT-team, styrgrupp och samordnare. Utvärderaren har löpande följt projektet vid team- och styrgruppsmöten och verksamhetsdagar. Dennes reflektioner har återkopplats till team, styrgrupp, verksamhetschefer och politiker vid olika tidpunkter. Inledningsvis fokuserade utvärderingen på uppstarten av arbetssättet, tydliggörande av mål, visioner samt styrgruppens och teamets funktioner och roller. I en andra fas har arbetet inriktats på att följa, beskriva och reflektera över den löpande verksamheten. Avslutningsvis har utvärderingen fokuserat på att summera de lärdomar som gjorts, arbetssättets hållbarhet, fortsatta implementering och identifiering av förbättringsområden. Familjers upplevelser av HLT har följts under hela projektiden.

Datainsamling

Datainsamlingen har bestått av observationer från styr- och teamgruppsmöten, intervjuer med familjer, styr- och teamgruppsmedlemmar samt aktualiserings- och uppföljningsdata.

Under projektiden har teammedlemmar löpande tillfrågat familjer om att medverka i en intervju om deras upplevelser av HLT. Intervjuerna har gjorts av utvärderaren.

Data om barn som fått stöd av HLT har hämtats från teamets sammanställning av uppföljningar.

Utöver observationer och intervjuer har olika verksamhetsdokument studerats: parternas överenskommelse, minnesanteckningar och processbeskrivningar av hur arbetet är tänkt att fungera. En överblick av datainsamlingen redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Översikt datainsamling.

Datainsamling	2023	2024	Totalt
Observationer: Team	10	10	20
Observationer: Styrgrupp	8	9	17
Intervjuer teammedlemmar	8	8	16
Intervjuer styrgruppsmedlemmar	7	8	15
Intervjuer med familjer	2	2	4
Kick-off träffar/verksamhetsutvecklingsträffar	2	2	4
Uppföljningsdata, barn i HLT.	3	14	17

Analys

För att beskriva utvecklingen av samverkansprocessen i team- och styrgrupp utgår analysen från Tuckmans grupputvecklingsmodell i fyra faser: *forming*, *storming*, *norming* och *performing* (Axelsson et al., 2014; Tuckman, 1965). I observationsprotokoll och minnesanteckningar har hinder, framgångar och möjliga öppningar till utveckling studerats utifrån grupputvecklingsmodellens fyra faser. Genom att läsa protokollen och minnesanteckningar om och om igen har vändpunkter för hur projektet kommit vidare i de olika utvecklingsfaserna identifierats.

För intervjuer med familjer, styrgrupps- och teammedlemmar har kvalitativ innehållsanalys tillämpats med fokus på informanternas utsagor kring hjälpbehov och upplevelsen av HLT respektive utvecklingen av samverkan (Kvale et al., 2014). Uppföljningsdata så som barnens risk- och skyddsfaktorer, erhållna insatser och stöd samt vilken aktör som aktualiserat familjer i HLT, har analyserats med deskriptiv statistik.

Resultat

Uppstart

Pilotprojektet startade under hösten 2022 med en kick-off och workshop om arbetssättet, projektets syfte och mål. Teamet och styrgruppen gjorde också olika studiebesök hos kommuner som implementerat HLT, och teamet deltog i en utbildning om "Anknytningsstödjande arbetssätt". I januari 2023 började teamet ta emot familjer och arbetet med att omsätta samverkansmodellen samt alla nya tankar och ambitioner i praktiken påbörjades.

Styrgruppens struktur och process

Syftet med styrgruppens sammansättning var att representera de tre aktörerna för hälsa, lärande och trygghet.

- **Hälsa:** Representanter för familjehälsa och hälsocentralen utsågs från den förberedande arbetsgruppen.
- **Trygghet:** Verksamhetschefen för IFO i den förberedande arbetsgruppen ersattes av enhetschefen för IFO:s Barn- och familjeenhet och introducerades i slutskedet av förarbetet.
- **Lärande:** Verksamhetsutvecklaren för Skol- och utbildningsförvaltningen i den förberedande arbetsgruppen ersattes av en rektor från ett av kommunens fyra förskoleområden när styrgruppen formaterades.

Förutom de verksamheter som representerar hälsa, lärande och trygghet kompletterades styrgruppen med en folkhälsosamordnare utifrån dennes överblick av kommunens folkhälsoarbete och verksamhetschefen för Arbetsmarknad och integration utifrån att nya familjer i Sverige är en av HLT:s målgrupper.

De två sistnämndas roller i styrgruppen skiljer sig från övriga medlemmars eftersom de inte har någon operativ personal i teamet. De tillkom på grund av sina strategiska positioner och deras omfattande kontaktnät. Folkhälsosamordnaren har en överblick över folkhälsoarbetet och Arbetsmarknads- och integrationsenheten har upparbetade relationer med nya familjer i Sverige.

Utvärderingen visar att deras kontaktnät har varit betydelsefulla under implementeringsfasen, särskilt när det gäller att sprida information och nå ut till nysvenska familjer. Verksamhetschefen för Arbetsmarknad och integration är chef för integrationssamordnaren, som är adjungerad i teamet. Folkhälsosamordnarens roll skiljer sig helt från de övrigas eftersom funktionen saknar beslutsmandat.

Justeringar i styrgruppen

Genom den lärande utvärderingen uppmärksammades styrgruppen på obalans bland styrgruppsrepresentanternas roller och funktioner. Styrgruppens sammansättning diskuterades och för att få en mer jämbördig representation i styrgruppen där samtliga medlemmar har beslutsmandat ersattes folkhälsosamordnaren av chefen för Kultur- och fritid. Folkhälsosamordnaren kom i stället att delta i delar av HLT-teamets träffar som berör frågor av allmän karaktär och folkhälsofrågor.

Förarbetets betydelse

Utvärderingen visar att processen i styrgruppen har gynnats av att flera i styrgruppen och deras verksamhetschefer varit involverade i förarbetet till HLT. De har under en längre tid jobbat med syfte och mål som förankrats i verksamheterna innan HLT startade. Ett undantag är förskolan vars förvaltningschef inte deltog i förarbetet utan företrädde av förvaltningens kvalitets- och verksamhetsutvecklare. När styrgruppen formaterades kom förskolan i stället att representeras av en förskolerektor och under pilotprojektets andra år av ytterligare en förskolerektor. Engagemang och enighet kring projektets mål för HLT-arbetet har hos förskolans representanter i styrgruppen varit lika stort som övrigas men de förra har gett uttryck för osäkerhet kring uppdraget, förskolans roll i HLT och vad ett HLT-ärende i förskolan är. Det kan tolkas som ett uttryck för att HLT inte förankrats tillräckligt i förskolan och att det behövts mer stöd av förvaltningschefen.

Gemensamma aktiviteter

Under projekttiden har gemensamma aktiviteter, styrgrupp och team tillsammans, varit ett återkommande inslag. I uppstarten gjordes studiebesök för att lära av andra kommuner som implementerat HLT, olika workshops där HLT-modellens syfte, mål och arbetssätt diskuterats samt deltagande i konferenser och seminarier. Utvärderingen visar att dessa aktiviteter varit trygghetsskapande och minskat på konflikter som annars är vanliga i de inledande utvecklingsfaserna; *forming* och *storming* (Axelsson et al., 2014).

I intervjuer i slutfasen av pilotprojektet ger styrgruppsmedlemmarna uttryck för att det är "högt i tak" och att de inte känner sig rädda för att säga vad de tycker. Det är lätt att ta upp olika idéer på prov som de antingen förkastar eller jobbar vidare med. Observationer av styrgruppsmöten styrker den bilden och visar att gruppen kommer fram till konstruktiva lösningar i samverkan som t.ex. utvecklande av ett gemensamt föräldragrupsprogram och stöd till personal att tänja lite på verksamheternas grunduppdrag. Jag tolkar det som att styrgruppen blivit mer sammansvetsade och tryggare där de försöker hitta konstruktiva lösningar. Det tyder på att utvecklingen är i *normingfasen* på väg mot *performing* (Tuckman, 1965). Men det finns också medlemmar som tillkommit senare i pilotprojektet som inte delar bilden av "högt i tak". Jag tolkar det som att samverkansprocessen tillfälligtvis när nya medlemmar kommer in i gruppen, återgår till tidigare utvecklingsfaser. Utvecklingen av samverkan är inte en linjär process utan återgår ofta till tidigare faser när nya medlemmar kommer och går eller om det uppstår oenigheter om mål och otillräckliga prestationer (Axelsson et al., 2014).

HLT-teamets struktur och process

Utifrån den tänkta arbetsmodellen har teamet arbetat operativt och självständigt med familjer utifrån HLT-modellen. De har fungerat som nyckelpersoner för HLT i sina respektive verksamheter, varit en länk däremellan, arbetat med i implementering, och aktualiserat familjer.

Teamet har träffats fysiskt i primärvårdens lokaler, med undantag för MVC:s och Barn- och Familjehälsans representanter som deltagit digitalt via länk.

Utvärderingen visar att bemanningen bland aktörernas representanter i teamet har i stort sett varit konstant under projekttiden. Ett undantag är Barn- och familjehälsans representant som har bytts ut vid två tillfällen.

Socialtjänstens deltagande

Socialtjänstens deltagande i teamet representeras av två socialsekreterare. De har inte personlig kontakt med alla familjer som aktualiseras i HLT utan vissa familjer har inte alls kontakt med socialtjänsten eller så kan familjen vara aktuell hos någon annan socialsekreterare om det pågår en utredning eller insats. I dessa fall bjuds antingen familjens handläggare med eller så förmedlar de informationen från HLT-teamet vidare till berörd personal. I intervjuer uttrycker socialtjänstens teammedlemmar att det fungerar men att de själva har lättare och känner sig mer ”fria” till att ”klura ut” konstruktiva lösningar om det inte pågår en utredning (som följer en lagstadgad ordning). De kan heller inte bestämma hur andra handläggare ska bedriva sina utredningar. Flera av de familjer som fått kontakt med HLT har pågående utredningar eller insatser av socialtjänsten sedan tidigare. Socialtjänstens myndighetsutövande roll kan kännas svår att kombinera med HLT som bygger på frivillighet.

BVC:s deltagande

Till skillnad från socialtjänstens HLT-teammedlemmar ingår samtliga Ovanåkers BVC-sköterskor i HLT-teamet. Det innebär att de inte företräder andra BVC-sköterskor och att de träffar alla barn i målgruppen 0–5 år. HLT har för BVC inneburit att kontaktvägarna till socialtjänsten och MVC blivit enklare och snabbare. I och med HLT finns det ett forum att hänvisa hjälpbehövande familjer till och tillgång till expertis som kan hjälpas åt. I intervjuer beskriver BVC-sköterskor att många av familjerna har komplexa problem, men att de genom HLT blivit bättre på att hjälpas åt och hitta lösningar. De sitter inte längre ensamma på sin kammare med att försöka hjälpa familjerna och det har gjort arbetet roligare.

Förskolans deltagande

Förskolan representeras i HLT-teamet av en specialpedagog som fungerar som kontakten mellan alla förskolor i Ovanåker och HLT. Förskolan har sedan tidigare väl upparbetade kontaktytor till BVC och Barnhabiliteringen. HLT har bidragit till att samverkan med Socialtjänsten och Barn- och familjehälsan har utvecklats, vilket bland annat har gjort det lättare att nå varandra. I och med att MVC och BVC aktualiserar barn i HLT kan förskolan förbereda för barnet när det börjar förskolan. HLT har dessutom inneburit att förskolan, tillsammans med annan expertis, försöker hitta lösningar för att ge hjälp och stöd till familjerna.

Familjehälsans deltagande

Familjehälsans¹ upptagningsområde skiljer sig från övriga aktörers verksamheter i och med att den omfattar tre kommuner och är lokaliserade i Bollnäs. Under projekttiden har Familjehälsan haft vakanta tjänster och därmed svårt att representera i HLT-teamet. Frågan har diskuterats vid ett flertal tillfällen och lösts genom digital medverkan, i mån av tid och möjlighet. Allas önskemål har dock varit att delta på plats men observationer och intervjuer visar att digital medverkan har fungerat, även om representanterna har haft synpunkter på att det inte blir detsamma som att ses fysiskt.

Observationer av teamets arbete visar också att Familjehälsans specialkompetenser i form av kurator/psykolog och barnmorska varit ett betydelsefullt bidrag i samverkan och

¹ I Familjehälsan ingår Barn- och familjehälsa och MVC.

utformandet av insatser till familjerna. I intervjuer framhåller också teammedlemmarna att deras olika kunskaper och perspektiv bidrar till en bättre helhetsbild och förståelse för barnens situation. De upplever att de lär sig av varandra och gör varandra bättre, vilket gynnar familjerna.

"Jag lägger mina ögon på saker och så får jag de andras perspektiv. Då måste jag ta med deras perspektiv och försöka få plats med de teorier jag har med mig. Det är ett utbyte och jag lär mig rent praktiskt om till exempel BVC-sköterskornas program. Jag lär mig på alla nivåer."
(Teammedlem)

Rekrytering av familjer och samverkan

Inledningsvis gick rekryteringen av familjer trögt, vilket till viss del upplevdes frustrerande av teamet. Samtidigt gav det utrymme för att lära känna varandra, varandras verksamheter, uppdrag, lagstiftning och arbetssätt. Det gav också tid för omvärldsbevakning. Ett stående inslag vid teamträffarna har varit att bjuda in andra samverkansaktörer kring små barn för att utbyta information om varandras verksamheter och arbetssätt samt för att diskutera samverkan. Barnhabiliteringen, GravPsykteamet i Hälsingland, En-Väg-In,²² kommunens budget- och skuldrådgivare, LSS-verksamhet och en bibliotekarie från ett av kommunens bibliotek är några exempel på de som bjudits in. Utbytet har varit mycket uppskattat både bland inbjudna gäster och teammedlemmar. Teammedlemmarna framhåller att det har bidragit till kunskaper om vad andra verksamheter har att erbjuda familjer med små barn och hur de arbetar. Det har gjort det lättare att lotsa vidare till rätt hjälp. Dessa kunskaper har haft betydelse både för HLT-arbetet och annat arbete. Ökade kunskaper om varandras och andra aktörers verksamheter har varit trygghetsskapande och en grund för fortsatt utveckling av samverkan och nya arbetssätt.

"Vad mycket hjälp det finns som jag inte har haft en aning om och som är jätteviktigt för oss att känna till."
(Teammedlem)

Barnhabiliteringens deltagande

Utbytet har också resulterat i att Barnhabiliteringen under en provperiod deltagit i teamträffar digitalt och i mån av tid. Deras expertkunskaper om olika funktionshinder, i synnerhet neuropsykiatriska funktionshinder, har varit ett värdefullt bidrag i HLT-teamet. Flera barn och deras föräldrar som är aktuella i HLT har kontakt med Habiliteringen.

Integrationssamordnarens roll

Eftersom nya familjer i Sverige är en av målgrupperna för HLT, har kommunens integrationssamordnare knutits till teamet vid behov. Med kunskap om olika kulturer, hur

²² En väg in, Region Gävleborg, vänder sig till ungdomar och vårdnadshavare till barn som har frågor om psykisk hälsa och ohälsa samt blivande föräldrar eller föräldrar som behöver stöd i sitt föräldraskap med barn i åldern 0–3 år.

det är att vara ny i Sverige och vilka problem nya familjer i Sverige stöter på, är integrationssamordnaren en nyckelperson som dessa familjer vänder sig till när de behöver hjälp.

En samverkansplattform tar form

Regelbundna möten och ökad kunskap

Under projekttiden har teamet och styrgruppen träffats regelbundet, var för sig och var tredje vecka. Analysen visar att regelbundenhet i kombination med hög närvaro har främjat samverkansprocessen. Efter det första halvåret uttrycker medlemmarna att de genom att träffas fått nya kunskaper och ökad förståelse för varandra, vilket de upplevde var direkt tillämpbart i det praktiska arbetet. Processen gynnades också av nyfikenhet och intresse för varandra, vilket stärkte motivationen och gjorde att HLT kändes meningsfullt även innan de direkta resultaten för familjerna blev synliga.

Enighet kring syfte och mål

I intervjuer och observationer uttrycker styr- och teamgruppsmedlemmarna enighet kring HLT:s syfte och övergripande mål: behovet av mer samordning och tidiga insatser för små barn. Min tolkning är att denna konsensus kring syfte och mål har haft en främjande inverkan på processen och utvecklingen av samverkan. Samtliga parter har gått in i projektet med ambitionen och förhoppningen om att samverkansformen, om den föll väl ut, skulle permanentas. Samtidigt uttrycker de farhågor om att "någon" bestämmer att "nu får ni sluta med HLT".

Samverkan och kulturella skillnader

Samverkan i HLT-modellen har inneburit att aktörernas olika kulturer blivit synliga, till exempel olikheter i arbetstempo. Socialtjänstpersonalens arbete innehåller processer som tar tid, kräver reflektion och motivationsarbete, medan hälso- och sjukvårdens arbete präglas av snabba insatser för att förhindra allvarlig sjukdom och död. Axelsson m.fl. (2014) framhåller att kulturella skillnader riskerar att hindra samverkan eftersom de lätt leder till revirtänkande, bristande kommunikation och tillit. Efter att teamet och styrgruppen uppmärksammat varandras kulturella skillnader kunde dessa diskuteras och hanteras, till exempel att socialtjänsten ibland behöver snabba på insatser eller att hälso- och sjukvården behöver stanna upp och invänta processen.

Utmaningar och nya arbetssätt

Aktörernas kulturella skillnader liksom familjernas komplexa behov har utmanat gängse arbetssätt och hur aktörerna tolkar sina uppdrag. Under projekttiden har det blivit tydligt att aktörerna i HLT ibland behöver agera utanför respektive organisations kulturella gränser och rutiner för att vara till stöd för familjerna. Det beskrivs ofta som "att gå utanför boxen". Konkreta fall har diskuterats återkommande, till exempel om det ingår i någon av aktörernas uppdrag att hjälpa föräldrarna till ett barn att kontakta En-väg-in eller inte. Särskilt framträdande har dessa diskussioner varit i vad Tuckman (1965) benämner som *stormingfasen*. Styrgruppen tog samverkan vidare genom att öppna upp till ett bredare perspektiv och ge teammedlemmarna mandat att prova nya arbetssätt utan att åsidosätta den egna verksamhetens grunduppdrag.

”Ni får göra det här även om det tar tid, det är våra gemensamma skattepengar” (Styrgruppsmedlem)

”Att gå utanför boxen” beskrivs som ett kulturarbete eftersom verksamheter ”är fostrade i att hålla sig till sina uppdrag och inte göra något utöver och det sitter i ryggmärgen” men att det är värt att lägga tid på att göra något extra och att det i sin tur lönar sig längre fram. Men hur mycket teammedlemmarna kan gå utanför sitt grunduppdrag är en avvägning. Någon styrgruppsmedlem resonerar att det måste vara personalens egen erfarenhet som avgör hur mycket. Observationer visar dock att teammedlemmar är osäkra på hur mycket de kan gå utanför vad som anses vara grunduppdraget i sina respektive organisationer. Det är också svårt att avväga hur mycket tid de kan spendera på arbete utanför grunduppdraget. Jag tolkar det som att en tydligare arbetsledning skulle vara hjälpsamt för teamet att prioritera och utveckla arbetssätt ”som gör det lilla extra” och som går utöver gängse rutiner och uppdrag.

Gemensam vision och flexibilitet

Resultaten från diskussionerna om nya arbetssätt, kulturarbetet och att våga göra det lilla extra utmynnade i en gemensam vision. Visionen innebar lite mer flexibilitet för att familjer inte skulle hamna mitt emellan verksamheternas ansvarsområden. Min tolkning är att det banade väg för vad Tuckman (1965) benämner som *normingfasen*, där aktörerna tillsammans börjar hitta nya lösningar och till att samverkan utvecklas vidare.

Vision för HLT i Ovanåker

”Arbetssättet med HLT-team är implementerat i alla verksamheter. Det är väl känt av all personal och när familjer har behov av insatser från flera aktörer är HLT något som övervägs och föreslås rutinmässigt. Vi känner till varandras verksamheter och har flera exempel när samarbete har fungerat väl. För att möta familjernas behov går vi ibland utanför våra verksamhetsgränser. Därigenom täpper vi till luckor utan en alltför hög resursanvändning.

Arbetssättet i HLT är omtalat och efterfrågas av barnfamiljer i Ovanåkers kommun. De familjer som haft kontakt med HLT-teamet upplever att de blivit hjälpta. Familjernas kontaktytor har minskat genom att vi samarbetar, har gemensamma samtal och hembesök och undviker dubbelarbete.”

Betydelsen av en samordnare

Samordnarens roll

Samordnarens uppgift i HLT är att sammankalla och leda möten i team och styrgrupp samt fungera som en brygga mellan dem. I praktiken kom samordnarens roll att likna en processledares och har fungerat som ett "smörjmedel" i de olika utvecklingsfaserna. I inledningen, i *forming*- och *stormingfaserna* (Tuckman, 1965), arbetade samordnaren med att underlätta kommunikation samt förhindra och hantera konflikter i team och styrgrupp. I de senare faserna, *norming* och *performing*, har fokus varit på att skapa förtroende och underlätta HLT-arbetet.

Främjande av samverkan

Genom samordnarens arbete med att bygga upp och underhålla goda relationer samt fokusera på gemensamma intressen och mål, har utvecklingen gått framåt. En av samordnarens strategier har varit att bjuda in olika aktörer för erfarenhetsutbyte och diskussioner om samverkan. Resultaten visar att detta har främjat förtroendet mellan parterna och den fortsatta utvecklingen av samverkansplattformen. Samordnaren har varit följsam i processen, ibland avvaktat tills team eller styrgrupp varit redo för nästa steg, och ibland tagit initiativ till förtroendeskapande aktiviteter, till exempel deltagande i konferens om tidiga insatser med övernattnings och middag. Efter denna aktivitet tog processen ny fart, osäkerheten i teamet minskade och öppnade upp för att prova nya gemensamma arbetssätt. Vid några tillfällen har samordnaren visat vägen för att hjälpa teammedlemmar att komma över osäkerhet, till exempel genom att ta initiativ till ett gemensamt hembesök.

Delad samordnarfunktion

Under pilotprojektet har det blivit alltmer tydligt att samordnarens kontaktvägar inom Region Gävleborg fungerade väl, men att formella kontaktvägar saknades i kommunen. Detta upplevdes som en försvårande omständighet för utvecklingen. För att underlätta samverkan beslutade styrgruppen därför att dela samordnarfunktionen (5 % vardera) mellan Region Gävleborg och Ovanåkers kommun. Under pilotprojektets avslutande månader har därför samordnarfunktionen utökats med en kommunal representant, enhetschef för Barn- och familjeenheten, samma person som ingår i styrgruppen och som har ingångar i den kommunala organisationen.

HLT- Modellen

Inledande osäkerhet

Inledningsvis präglades processen av osäkerhet kring hur HLT-arbetet i familjer konkret skulle genomföras. Modellen bestod av en grov skiss över en tänkt process, men inte konkret hur hjälp och stöd skulle omsättas i praktiken. Grundidén (se figur 3) var att familjer med problem skulle vända sig till HLT-teamet för att få hjälp, och att teamet genom varje parts expertis skulle koordinera och samordna insatser för att lösa problemen. Detta förutsatte att familjerna visste vad de behövde hjälp med och att problemen var avgränsade för att de skulle kunna lösas med tillgängliga resurser. Tanken var också att familjer skulle kunna söka hjälp hos HLT innan problemen blivit alltför stora.

Fungerande modell för avgränsade problem

Utvärderingen visar att HLT-modellen har fungerat som tänkt i familjer med *komplicerade och avgränsade problem*, exempelvis problem kring barnets vikt, familjens ekonomi eller nybliven förälders oro. Information, koordination och samordning har varit tillräckligt i dessa fall. I intervjuer uttrycker familjer att de genom HLT har fått olika former av råd, stöd, information och utredning som hjälpt dem att lösa problem, samt att det känts lugnande att veta var de kan få hjälp om de skulle behöva i framtiden.

Utmaningar med komplexa behov

Flera av de familjer som aktualiserats i HLT har dock *komplexa problem*, ofta flera samtidigt, som var och ett utgör en risk för att barnet utvecklas ogynnsamt. Dessa familjers behov kräver en högre grad av samarbete mellan olika expertis (Grell, 2024), inte bara mellan parterna i HLT utan också med andra aktörer. Koordination och samordning av insatser har inte räckt till i dessa familjer. Lösningarna har behövt anpassas mer efter den unika familjen. Att formulera en tydlig frågeställning bland familjernas alla behov var också svårt. Familjerna visste ofta inte själva vad de behövde och hade svårt att sortera bland många vårdkontakter. Grell (2024) menar att samarbete mellan olika expertis bidrar till lösningar av problem men inte garanterar dem, eftersom utfallet är svårt att förutse. För avgränsade problem däremot går utfallet sannolikt att förutse (Grell, 2024).

Svårigheter att urskilja direkta resultat

I familjer med *komplexa problem* har det varit svårt att i utvärderingen urskilja direkta resultat av HLT. Deras behov av stöd och hjälp är långvariga och samarbetet mellan olika expertis behöver fortgå över tid. I en kaotisk tillvaro har det varit svårt att få dessa familjer att ställa upp på intervjuer om deras upplevelser av HLT. Men en relevant fråga att ställa i sammanhanget är om familjerna skulle ha fått bättre hjälp utan HLT? Svaret på frågan är troligtvis nej. Observationer visar att de olika aktörernas expertis och perspektiv i HLT bidragit till ett bättre helhetsperspektiv på barnens situation och deras behov av kompensatoriska insatser än utan denna samverkan. HLT har också lett fram till nya lösningar för att på bästa sätt försöka stödja och hjälpa familjerna.

Utveckling av nya arbetssätt

Familjers komplexa behov ställer krav på att utveckla HLT-modellen med nya arbetssätt. Ett arbetssätt som testats är gemensamma hembesök i syfte att optimera kunskap och resurser samt för att få en bättre helhetsbild av barnets behov. Ett annat är att tillsätta en koordinator som vägleder familjen i att identifiera behov, vad de vill ha hjälp med från HLT och i vilken ordning hjälpen ska ske. Arbetssätten öppnade upp till en högre delaktighet för familjerna.

Gemensamma vårdplaner är ytterligare ett exempel på arbetssätt som utvecklats. Men i några fall har planeringarna omkullkastats på grund av glapp mellan andra verksamheter och huvudmän, till exempel snabba utskrivningar från BB där den uppgjorda planeringen frångicks.

Delaktighet

Familjernas delaktighet

En av de bärande idéerna i Ovanåkers HLT-modell är att familjerna ska vara delaktiga och att barnets behov ska stå i centrum. Analyser av modellens utformning visar på en otydlighet kring hur delaktighet ska omsättas i praktiken. Under projekttiden har detta påtalats och modeller för delaktighet har introducerats och diskuterats. Att utse en koordinator som hjälper familjen att identifiera behov och utröna vad de vill att HLT ska hjälpa dem med är ett exempel på utveckling mot en ökad delaktighet.

Barnets perspektiv i HLT: utmaningar och framsteg

Att se på problemen ur barnets synvinkel framför föräldrarnas har inneburit en perspektivförskjutning och att gamla tankemodeller utmanats, från ”små barn har ju inget språk, därför pratar vi med föräldrarna” till ”vad försöker lilla Kalle åtta månader säga”. Att tänka utifrån ett litet barns perspektiv kräver kunskap, övning och kreativitet. I den lärande utvärderingen har detta påtalats och samordnaren har periodvis arbetat intensivt med att hjälpa teamet att synliggöra barnets perspektiv, till exempel genom att återkommande föra tillbaka fokus på barnet: ”hur blir det här för lille Kalle, gör det här livet bättre för honom”. Under projekttiden har HLT-arbetet tagit steg i riktning mot att se problemen ur barnets perspektiv. Ökad kompetens om hur små barn kommunicerar och visar tecken på ohälsa skulle kunna främja en gemensam förståelse och metoder för barns delaktighet.

HLT synliggör brister i välfärdssystemen

Identifiering av behov på selektiv nivå

Förutom att upptäcka barn i behov av hjälp och stöd på individnivå har HLT-teamet och styrgruppen identifierat behov på selektiv nivå bland grupper av familjer. Detta har lett till utvecklingen av nya selektiva insatser. I samarbete med SFI har HLT arrangerat riktad information om vaccinationsprogram för barn till nysvenska familjer och utvecklat ett nytt föräldragrupsprogram för alla nyblivna föräldrar.

Strukturella problem och samverkansproblem

Ett annat resultat av HLT-arbetet är att strukturella problem och samverkansproblem i välfärdssystemen blivit synliga. Tidiga insatser på individnivå är inte alltid tillräckliga, särskilt inte vid ekonomisk utsatthet. Strukturella problem som barnfattigdom kvarstår trots insatser från HLT-teamet och fortsätter vara en riskfaktor för att barnet utvecklas ogynnsamt (Fernqvist et al., 2020; Rädda Barnen, 2021). Lösningarna finns på andra strategiska nivåer utanför operativ personals handlingsutrymme.

Diskussioner om ekonomisk utsatthet

Ekonomisk utsatthet bland barnfamiljer är ett tema som återkommande diskuterats i styrgruppen. Kommentarer från styrgruppsmedlemmar har varit att barnfattigdom är en för stor och komplex fråga för dem att hantera: ”Vi kan inte lösa våra samhällsfrågor som barnfattigdom” och att onödig tid har ödslats på en fråga de inte kunnat lösa. Men fakta kvarstår att ekonomisk utsatthet är en riskfaktor för att barn utvecklas ogynnsamt, och att dessa familjer är en av HLT:s målgrupper.

Utveckling av HLT-modellen

HLT-modellen skulle kunna utvecklas så att frågor som inte kan hanteras på operativ nivå förs vidare och hanteras på strategisk nivå av förvaltnings- och verksamhetschefer med större beslutsmandat och ansvar för helheten. I ett förebyggande och kompensatoriskt arbete på strategisk nivå har kultur- och fritidssektorn, tillsammans med övriga aktörer i HLT, en viktig roll.

Implementering av HLT: variationer i aktörernas förutsättningar, utmaningar och framgångar

Utvärderingen visar att förutsättningarna för att implementera HLT och upptäcka barn som riskerar att utvecklas ogynnsamt har varierat beroende på aktörernas uppdrag, resurser och organisering. Detta har även medfört skillnader i utmaningar och framgångar mellan de olika aktörerna.

BVC

Barnavårdscentralen (BVC) träffar alla barn i åldern 0–5 år och deras föräldrar. Genom det nationella barnhälsovårdsprogrammet möter de barnen flera gånger under förskoleåldern och bygger tillitsfulla relationer med familjerna. Detta underlättar samtal om HLT med familjerna och bidrar till implementeringen av modellen. De har utvecklat metoder för tidig upptäckt och har dessutom implementerat screeningmetoden "Barnsäkert" under projektiden.

MVC

Barnmorskorna vid MVC träffar alla blivande föräldrar och gravida och har också utvecklade screeningmetoder för upptäckt av riskfaktorer för att barnen kommer att utvecklas ogynnsamt. Barnmorskorna, som är lokaliserade i Bollnäs, företräds av en person i teamet och är lokaliserade med övriga i barnmorskegruppen, vilket underlättar implementeringen. De har också en stående punkt om HLT på avdelningsmöten. I intervjuer uttrycker företrädare för BVC och MVC att HLT har underlättat att fånga upp barn i risk genom att erbjuda ett forum för familjer som behöver stöd och hjälp att hänvisa till.

Socialtjänsten

Socialtjänstens olika enheter är samlade lokalmässigt, vilket främjar deras implementering av HLT. Deras ledningsgrupp har regelbundna träffar, och medarbetare har lätt att "slinka in" och rådgöra med varandra. På arbetsplatsträffar finns också en stående punkt om HLT. När det gäller upptäckt av barn i risk har socialtjänsten en större utmaning eftersom de nästan uteslutande kommer i kontakt med barn vars föräldrar antingen ansökt om bistånd, är föremål för förhandsbedömning eller utredning. Socialtjänsten har inga naturliga arenor där de verkar och kan upptäcka barn i risk. Alla aktuella barn inom socialtjänsten har kontakt just för att de behöver samhällets stöd och skydd. I något enstaka fall har socialtjänsten aktualiserat barn i HLT, däremot har flera familjer som aktualiserats i HLT redan haft pågående utredningar hos socialtjänsten.

Förskolan

Förskolan träffar barn 1–5 år dagligen och majoriteten av barnen i åldersgruppen är inskrivna i förskolan. Därmed har de potential att tidigt upptäcka barn i risk. Eftersom

förskolan är en stor verksamhet med hela 13 förskolor, cirka 490 inskrivna barn och 91 anställda i kommunal regi, har implementeringen av HLT varit en svårare uppgift än för övriga aktörers. Denna fråga har återkommande diskuterats i styrgruppen. Ett problem med implementeringen har varit att endast två personer, en rektor och en specialpedagog, fungerat som representanter för hela förskolan i HLT - ett stort uppdrag för dessa två personer! I ett försök att implementera stegvis beslöts att fem förskolor (tillika rektorn i styrgruppens upptagningsområde) skulle utgöra en så kallad "pilot i piloten" till vilka implementeringen av HLT skulle koncentreras i ett första skede. Men implementeringen gick fortsatt trögt. För att påskynda implementeringen utökades efter det första året styrgruppen med ytterligare en förskolerektor. Två förskoleområden, ett i Edsbyn och ett i Alfta, blev därmed representerade i styrgruppen.

En svårighet för förskolepersonal har varit att urskilja när de ska föreslå familjer en kontakt med HLT och när de ska göra en orosanmälan till socialtjänsten. Generellt visar uppföljning av orosanmälningar till socialtjänsten rörande små barn på få anmälningar från förskolan, vilket inte är unikt för Ovanåker utan gäller för hela länet (Åsbrink, 2024). Det kan tolkas som att det råder en osäkerhet inom förskolan när det kommer till orosanmälningar.

Stöd till förskolepersonal

Under det första projektåret diskuterades frågan "vad är ett HLT-ärende i förskolan" ofta i styrgruppen. För att stödja förskolepersonal utsåg socialtjänsten socialsekreterare som kontaktpersoner till kommunens förskolor. Kontaktpersonerna har besökt förskolorna och informerat vid arbetsplatsmöten om lagstiftning och om processerna kring orosanmälningar. Tillsammans med förskolans HLT-teammedlem informerade de samtidigt om HLT och diskuterade samarbete mellan förskola och socialtjänst. Träffarna har varit uppskattade av förskolepersonal.

Det är dock viktigt att påpeka i sammanhanget att det inte bara är förskolans personal som har upplevt svårigheter med att avgöra när familjer i behov av hjälp och stöd ska hänvisas till HLT istället för de vanliga sökvägarna. Denna fråga har diskuterats inom alla verksamheter och kan ses som en del av processen i att utveckla ett nytt arbetssätt.

Utmaningar med att motivera

Andra svårigheter har varit att få familjer att tacka ja till HLT. Flera familjer har fått information om HLT av förskolepersonal och varit intresserade men i slutändan tackat nej. Möjliga förklaringar enligt förskolan är att familjernas problem inte känns lika stora efter att någon uppmärksammat och lyssnat eller att det är ett stort steg från att prata om bekymmer till att ta emot hjälp. Flera familjer har också själva tagit kontakt med exempelvis Familjehälsan eller börjat i föräldrastödsgrupp.

Åtgärder för förbättrad implementering

Åtgärderna i form av en till förskolerektor i styrgruppen samt socialsekreterare som kontaktpersoner ute på förskolorna har främjat implementeringen av HLT och upptäckten av barn i risk. Förskolan erbjuder HLT och några familjer har också tackat ja till kontakt med HLT-teamet.

Familjerna som fått stöd av HLT-teamet

Under projekttiden har 17 familjer, sex blivande föräldrar och 11 barn, haft kontakt med HLT-teamet.

Riskfaktorer

En genomgång av identifierade riskfaktorer med hjälp av uppföljningsdata om barnen visar att gemensamt för dessa familjer är förekomsten av flera riskfaktorer för barnen. De vanligaste är psykisk ohälsa hos föräldrarna, ekonomisk och social utsatthet, följt av tidigare våld i hemmet, svag viktuppgång hos barnet och i några fall problem i förskolan. Svag viktuppgång kan ses som en indikator på underliggande problem, då dessa familjer ofta har både psykisk ohälsa hos föräldrarna, ekonomiska problem och relationsproblem. Bland de blivande föräldrarna hade samtliga psykisk ohälsa och social utsatthet.

Skyddsfaktorer

Bland identifierade skyddsfaktorer hos barnen återfinns att föräldern varit hjälpsökande, vilket gäller för samtliga fall, samt att barnen omges av ett delvis fungerande nätverk, vilket nämns som skyddsfaktor i hälften av fallen. I några fall har föräldrarna också pågående insatser för egen del, vilket indirekt kan ses som en skyddsfaktor för barnet.

Insatser och stöd

Familjernas kontakter med HLT har varit relativt korta, från någon månad till som längst cirka åtta månader. De insatser familjerna tagit del av har främst handlat om planering, samordning och information, se diagram 1. I de flesta fall har samordnade insatser bestått av två till tre kombinationer av insatser där föräldrastöd i hemmet via socialtjänst och extra stöd via BVC/medicinsk bedömning av barnet har varit den vanligaste kombinationen. I några fall har familjer fått insatser rörande ekonomin i form av ekonomiskt stöd eller kontakt med budget- och skuldrådgivare. Insatser från förskolan förekommer i enstaka fall och handlar då om handledning till personal, stödinsatser till barnet i förskolan och erbjudande om utökad tid. Bland blivande föräldrar har kontakten med HLT i några fall resulterat i en plan för förlossning och hemgång, andra i kontakt med koordinator för kartläggning av hjälpbehov, stöd av socialtjänst samt kontakt med budget- och skuldrådgivare. I ett fall har HLT resulterat i att den blivande föräldern fortsätter med insatser för egen del från andra vårdgivare.

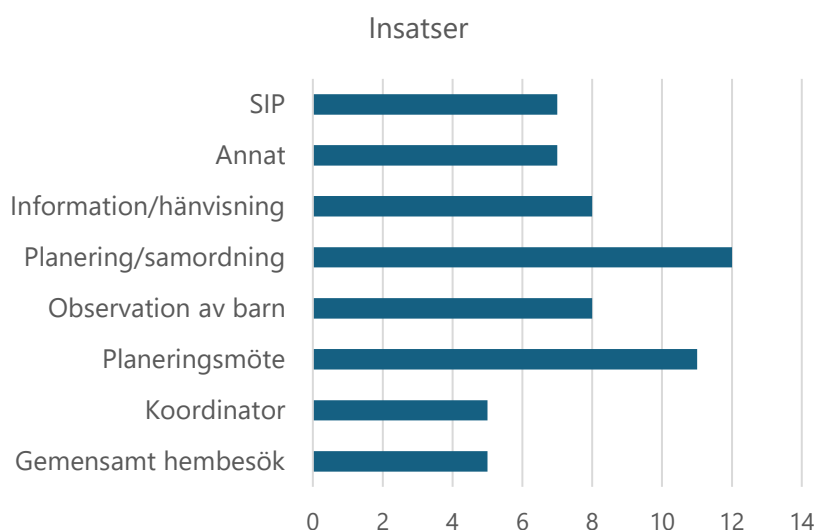


Diagram 1. Uppföljningsdata, HLT-insatser till familjer 2023–2024. Antalet insatser är fler än 17 då en och samma familj kan ha fått flera insatser.

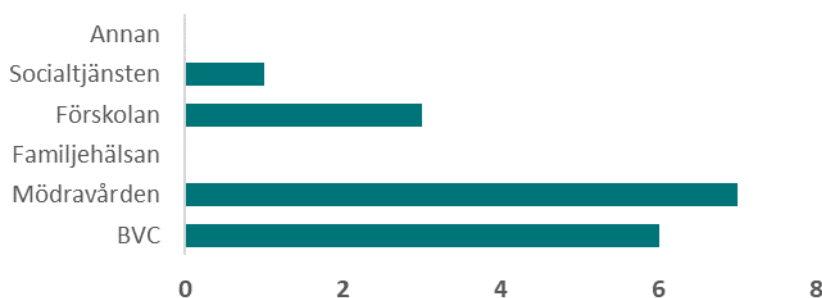


Diagram 2. Uppföljningsdata, aktör som aktualiserat i HLT.

Analyser av uppföljningsdata av de barn som varit aktuella i HLT och deras riskfaktorer visar att samtliga målgrupper som pilotprojektet ville nå ut till finns representerade. Den vanligaste riskfaktorn är psykisk ohälsa hos föräldern följt av ekonomisk och social utsatthet. Familjerna kommer i ett tidigt skede där en tredjedel utgörs av gravida och blivande föräldrar. Detta tyder på att mödravården har väl fungerande metoder för upptäckt, däribland screeninginstrument för psykisk ohälsa, och att implementeringen i barnmorskegruppen har fungerat.

Utvecklingen av nya arbetssätt behöver fortsätta. Familjerna skulle särskilt gynnas av att någon i teamet har funktionen som samordnare/koordinator/kontaktperson för att ”hålla ihop” arbetet runt familjen och följa upp insatser tillsammans med familjen. Detta skulle också främja barns och föräldrars delaktighet.

Familjers upplevelse av HLT

Intervjuer med familjer

Under projektiden har familjer tillfrågats löpande om att medverka i en intervju om deras upplevelser av HLT. Resultaten som presenteras i detta avsnitt bygger på intervjuer med

fyra familjer som tackat ja till medverkan. I intervjuerna har de beskrivit vilka hjälpbehov de själva upplever sig ha, hur de upplever HLT, delaktighet, hur de tolkar samtycke, hur de ställer sig till en eventuell framtida kontakt med HLT och om de har något de vill skicka med till teamet.

Familjernas hjälpbehov

Hur ser då familjerna själva på sina behov av hjälp och stöd? I intervjuerna beskriver familjerna oro över hur de som nyblivna föräldrar eller småbarnsföräldrar ska klara av föräldraskapet och ta hand om sina barn på ett bra sätt. De uttrycker både ensamhet, rädsla för depression, oro för barnets vikt och att inte klara av att försörja familjen.

"Jag behöver skitmycket hjälp för jag vet inte vad jag håller på med." (Förälder)

Familjerna uppskattar att själva berätta vilken hjälp de behöver. Det har varit hjälpsamt med samordning av stöd och hjälp, till exempel ekonomiskt stöd från socialtjänsten, råd och stöd kring barnets matsituation. Det har varit uppskattat att kunna ringa till BVC och säga "jag tycker hen äter dåligt" och snabbt få komma och väga barnet. Men det fanns också familjer som upplevde att det var svårt att svara på "vad behöver ni?", att frågan varit för stor. Istället hade de behövt mer information från HLT om "Det här gör vi och det här kan vi erbjuda er", gärna i ett möte med HLT-teamet.

Svårigheter att be om hjälp

Flera familjer upplever att det är svårt att själva be om hjälp och att det därför är viktigt att HLT-teamet frågar "Finns det någonting mer vi i HLT-teamet kan göra för er?", och att den frågan ställs flera gånger under kontakten.

"Det är ju fortfarande lite typiskt för människan att inte våga prata om att de har det jobbigt på ett eller annat sätt liksom. Och kanske kan vara väldigt svårt att söka hjälp, man vet inte vart man ska vända sig. Då känns det som med HLT-teamet, då kan du snappas upp lite fortare med bara några frågor – 'men oj, är det så du känner, har det'. Då finns det hjälp." (Förälder)

Delaktighet och kontakt med HLT-teamet

Några familjer har haft kontakt med flera av HLT-teamets aktörer medan andra mest har haft kontakt med BVC-sköterska eller socialsekreterare och då inte märkt av de övriga i HLT-teamet. I intervjuerna råder det delade meningar om hur familjerna vill vara delaktiga. Några vill träffa teamet, åtminstone delar av teamet vid några tillfällen, för att kunna ställa frågor direkt och göra en plan tillsammans.

"Det hade inte varit jobbigt att träffa alla personer på plats. Då hade jag inte behövt ringa runt. Jag kan ställa frågor till dem och det går att göra en plan tillsammans,

där det framgår vem som gör vad – som ett SIP-möte."
(Förälder)

Andra familjer har uppskattat att träffa delar av HLT-teamet tillsammans med till exempel förskolepersonal för att samtala om stöd till barnet. Några föräldrar har träffat HLT-teammedlem digitalt, vilket de upplever har fungerat väl när de själva inte kunnat ta sig till exempelvis Barn- och Familjehälsan i Bollnäs.

Samtycke och sekretess

Under det första projektåret var sekretess och samtycke frågor som diskuterades återkommande i HLT-teamet. Hur mycket information kan jag som teammedlem dela med mig om familjen till resten av teamet? Teammedlemmarna, om de kände sig osäkra, uppmuntrades att fråga familjerna om vilken information som var okej att dela med HLT-teamet. Eftersom denna fråga diskuterats fram och tillbaka tillfrågades familjerna i intervjuerna om vad de förväntar sig när de ger samtycke till utbyte av information i HLT-teamet. Familjernas förväntningar var tydliga: att teamet skulle prata med varandra så mycket som det behövdes under den tid de lämnat samtycke.

"När jag lämnar det här samtycket förväntar jag mig att de tar de kontakter som behövs och pratar." (Förälder)

Framtida kontakt med HLT

Upplevelserna av att ha haft kontakt med ett HLT-teamet har varit olika. Några familjer har inte märkt av teamet utan "vi hade mest kontakt med BVC-sköterskan" medan andra beskriver att de haft kontakt med flera i teamet. Oavsett hur mycket familjerna upplevt att de har haft kontakt med ett HLT-team eller inte, ger de uttryck för att kontakterna med de olika HLT-aktörerna varit hjälpsamma. De kan också tänka sig att kontakta HLT igen om det skulle behövas för att få råd och stöd.

"Jag kan få kontakt med teamet igen, jag har insett att jag kan få hjälp och stöd för att förändra och bli bättre."
(Förälder)

"Jag tycker det är väldigt bra och jag vill att ni ska fortsätta, ni gör ett bra jobb, ni hjälper folk som behöver hjälp, och jag vill tipsa andra som har problem att de vänder sig till er." (Förälder)

Medskick till teamet

I ett medskick till teamet hoppas familjerna att HLT kommer att finnas i framtiden men har också några synpunkter. Familjerna uttrycker att det funnits frågor de inte fått hjälp med, bland annat mer stöd kring amning (praktiskt stöd på plats i hemmet), mer stöttning som blivande pappa, information om aktiviteter som vänder sig till nyblivna föräldrar och små barn, föräldragrupp för nyblivna föräldrar, att hitta ett arbete och kunna försörja familjen.

Betydelsen av HLT

Min tolkning av intervjuerna är att familjerna ger uttryck för att HLT fyller en viktig funktion när man som nybliven förälder och förälder till små barn behöver hjälp och stöd. Särskilt när det är svårt att uttrycka hjälpbehov och ta initiativ till att söka hjälp. Det har betydelse att någon uppmärksammar deras och barnens situation och ställer frågan om hur de mår och om de behöver hjälp, men att de också behöver hjälp att identifiera vad som skulle vara hjälpsamt. Kännedom om att det finns ett HLT-team att vända sig till om det skulle behövas är också trygghetsskapande. Familjernas tankar om delaktighet och medskick till teamet ger uppslag till fortsatt utveckling av tidiga insatser.

Slutsatser och förslag till utveckling

Sammantaget visar utvärderingen att HLT har lyckats med målsättningen att skapa en plattform för samverkan kring de minsta barnen, 0–5 år, vilket har förbättrat kontaktvägarna och ökat kunskapen om varandras verksamheter, lagstiftning och uppdrag. Dessa kunskaper har inte bara kommit till nytta för familjer aktuella i HLT utan även i kontakter med andra familjer.

Familjernas behov

Modellen har varit effektiv för familjer med specifika och avgränsade behov, där information, koordination och samordning har räckt till för att lösa problemen. Familjer med komplexa och mångfacetterade behov, såsom psykisk ohälsa hos förälder i kombination med social och ekonomisk utsatthet, har varit en större utmaning. I dessa familjer har koordination och samordning inte alltid varit tillräckligt. Istället har det krävts mer anpassade lösningar och en högre grad av samverkan mellan olika expertis.

För familjer med komplexa problem har det också varit svårt att urskilja direkta resultat av HLT. Eftersom dessa familjer har behov av ett mer långvarigt stöd är det svårt att se några direkta effekter av HLT-teamens arbete under pilotprojektet. Fortsatta studier av de långsiktiga effekterna rekommenderas, liksom att arbetet med att utveckla samordnade arbetssätt för dessa familjer bör fortgå.

Utveckling av nya arbetssätt

Nya arbetssätt, så som gemensamma hembesök och tillsättande av koordinators, har testats för att bättre utforska och möta familjernas behov, samt öka deras delaktighet.

Att se problemen ur barnets synvinkel, samtala med och göra små barn delaktiga har inneburit en perspektivförskjutning som utmanat gamla tankemodeller. Perspektivet kräver dock fortsatt utveckling och ökad kompetens om hur små barn kommunicerar.

Lärande (L:et) i HLT är ett annat område som skulle kunna utvecklas. Insatser från förskolan har varit få, vilket kan bero på att det dels har varit svårt för förskolan att förstå sin roll i HLT, dels på att det inte finns något elevhälsovårdsteam i förskolan och dels på att förskolans kompensatoriska uppdrag behöver diskuteras. Genom HLT har bland annat behovet av psykologisk kompetens inom förskolan synliggjorts.

Strukturella och strategiska utmaningar

Förutom att stödja och hjälpa familjer med små barn på ett individplan har HLT synliggjort strukturella problem och samverkansproblem i välfärdssystemen, så som barnfattigdom, som kvarstår trots insatser och kräver hantering på strategisk nivå.

Ekonomisk utsatthet och förälders psykiska ohälsa är återkommande riskfaktorer för barns ogynnsamma utveckling och är målgrupper för HLT. Frågorna behöver hanteras inte bara på individuell nivå utan också på en högre strategisk nivå.

För att hantera frågor som inte kan lösas på operativ nivå föreslås att dessa förs vidare till strategisk nivå där förvaltnings- och verksamhetschefer med större beslutsmandat och ansvar finns. Möjligtvis skulle arbetet kunna organiseras så att de verksamhetsnära cheferna, som har personal i HLT-teamet, ansvarar för det operativa arbetet och att gruppen utökas med förvaltnings- och verksamhetschefer för att hantera identifierade glapp i välfärden. Ovanåkers HLT-modell skulle också kunna utökas med Kultur och

Fritid eftersom dessa utgör viktiga delar för barns utveckling, både vad gäller hälsa, samspel med andra människor, tillhörighet och språkutveckling. Kultur och fritidsaktiviteter kan verka kompensatoriskt och bidra till att stärka barns skyddsfaktorer.

Tidig upptäckt och förbättrade metoder

HLT-arbetet har tagit steg mot att upptäcka barn som riskerar att utvecklas ogynnsamt i ett tidigt skede. Barns risk- och skyddsfaktorer samt metoder för upptäckt diskuteras och processas regelbundet vid styr- och teamgruppsmöten.

BVC:s och MVC:s metoder har förbättrats genom att HLT-teamet är lättillgängligt för hänvisning av familjer.

När det gäller tidig upptäckt har Socialtjänsten en annorlunda position jämfört med övriga aktörers, då de saknar en naturlig arena för att möta familjer med små barn. Den nya socialtjänstlagen som planeras träda i kraft 1 juli 2025 ger socialtjänsten en starkare roll i samhällsplanering och uppsökande arbete, vilket kan ge socialtjänsten möjligheter att verka på nya arenor.

Arbetet med att upptäcka barn i riskzon i förskolan behöver fortsätta över tid. I arbetet utgör övriga aktörer ett viktigt stöd. Förskola och socialtjänst har inlett ett samarbete kring upptäckt och oro för barn i riskzon, vilket bör fortgå.

Utbildningar som ”Tala om oron” och ”Goda möten” kan fungera som inspiration för att förbättra samtal med föräldrar om svåra ämnen i förskolan.

Familjernas upplevelse av HLT

Resultaten av intervjustudien med fyra familjer tyder på att de upplever att HLT fyller en viktig funktion genom att erbjuda stöd och hjälp när de som nyblivna föräldrar eller småbarnsföräldrar känner oro och osäkerhet. De uppskattar att kunna få råd och information snabbt, vilket skapar trygghet.

Visa familjer upplever det svårt att själva be om hjälp och betonar vikten av att HLT-teamet aktivt frågar om deras behov flera gånger under kontakten. Detta hjälper familjerna att uttrycka sina behov och få den hjälp de behöver.

Familjerna har varierande upplevelser av delaktighet. Vissa vill träffa hela teamet för att ställa frågor och göra en plan tillsammans, medan andra föredrar att träffa delar av teamet eller ha digitala möten. Det är viktigt att HLT-teamet anpassar sig efter familjernas preferenser för att säkerställa effektiv kommunikation och stöd.

Avslutande reflektioner

Avslutningsvis vill jag lyfta fram några framgångsfaktorer som varit avgörande för att pilotprojektet har kunnat avancera genom de olika utvecklingsfaserna och för att en samverkansplattform har utvecklats. Den första faktorn är **regelbundna möten**. Kontinuitet, hög närvaro och engagemang i styrgruppen och teamet har varit avgörande. Detta har bidragit till att medlemmarna har lärt känna och blivit trygga med varandra. Den andra faktorn är en **gemensam modell** som har fungerat som en ram för hur arbetet ska bedrivas. Modellen har också bidragit till att komma överens om gemensamma mål och därmed till att utvecklingen av samverkan har kommit vidare i de olika faserna.

Den tredje framgångsfaktorn är tillgången till en **samordnare** som har spelat en nyckelroll i att hålla ihop arbetet och driva utvecklingen framåt. I forming- och stormingfaserna har samordnaren underlättat kommunikationen och hanterat konflikter,

medan fokus i de senare faserna har legat på att skapa förtroende, underlätta arbetet och främja kontakter. Samordnarfunktionen är en förutsättning för samverkansplattformens hållbarhet.

En fjärde framgångsfaktor är gemensamma aktiviteter i form av utbildningar, studiebesök, verksamhetsdagar samt tid för gemensam reflektion. Dessa gemensamma aktiviteter har bidragit till att skapa och underhålla trygghet i utvecklingsfaserna, enighet om mål och vision samt främjat en fortsatt utveckling av HLT-modellen.

Referenser

Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. (pp. xvi, 435). The University of Chicago Press.

Andershed, A.-K., & Andershed, H. (2015). Risk and Protective Factors among Preschool Children: Integrating Research and Practice. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 12(4), 412–424. <https://doi.org/10.1080/15433714.2013.866062>

Andersson, J., Ahgren, B., Axelsson, S. B., Eriksson, A., & Axelsson, R. (2011). Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation-an international literature review. *International Journal of Integrated Care*, 11, e137. <https://doi.org/10.5334/ijic.670>

Axelsson, R., Bihari Axelsson, S., & (red). (2014). *Om samverkan: För utveckling av hälsa och välfärd* (1:2, Vol. 2014). Studentlitteratur.

Barnkonventionen. (1989). <https://unicef.se/barnkonventionen>

Buchanan, A. (2014). Risk and Protective Factors in Child Development and the Development of Resilience. *Open Journal of Social Sciences*, 02(04), 244–249. <https://doi.org/10.4236/jss.2014.24025>

Fernqvist, S., Flinkfeldt, M., Näsman, E., & Ponton von Gerber, C. (2020). *Barnfattigdom: Barnfamiljers och professionellas perspektiv*.

Forsgren, N. (2023). *Hälsa Lärande Trygghet i Västerbotten*. Region Västerbotten.

Grell, P., Ahmadi, N., & Blom, B. (2016). Hur inverkar organisationsstrukturen på socialtjänstens klientarbete? – En sammanfattning av kunskapsläget. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 20(3–4). <https://doi.org/10.3384/SVT.2013.20.3-4.2431>

Kvale, S., Brinkmann, S., & Torhell, S.-E. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (Tredje [reviderade] upplagan). Studentlitteratur.

Percy-Smith, B., & Thomas, N. P. (Eds.). (2009). *A Handbook of Children and Young People's Participation: Perspectives from Theory and Practice*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203871072>

Rädda Barnen. (2021). *Barnfattigdom i Sverige: Årsrapport 2021*. Save the Children's Resource Centre. <https://resource-centre.savethechildren.net/pdf/Barnfattigdom-i-Sverige-211206UPDATED.pdf/>

Rudman Palm, S. (2022, August 31). *HLT-team, samverkan Region Gävleborg och Ovanåkers kommun* [PowerPoint]. Workshop, Ovanåker.

Svensson, L., Brulin, G., Jansson, S., & Sjöberg, K. (2009). *Lärande utvärdering genom följeforskning / Lennart Svensson ... (Red.)*.

Tonér, S., & Gerholm, T. N. (2021). Links between language and executive functions in Swedish preschool children: A pilot study. *Applied Psycholinguistics*, 42(1), 207–241. <https://doi.org/10.1017/S0142716420000703>

Tuckman, B. W. (1965). *Developmental sequence in small groups*. Vol. 63, Utgåva 6,. <https://doi.org/10.1037/h0022100>

Wennerberg, T. (2014). *Vi är våra relationer: Om anknytning, trauma och dissociation* (1st ed.). NoK Akademisk.

Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & the BELLA study group. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 133–147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>

Bilagor

Bilaga 1 Överenskommelse



Överenskommelse om att genomföra pilot i enlighet med God och Nära vård avseende barn 0-5 år i Ovanåkers kommun.

Mål:

Alfta och Edsbyn Din Hälsocentral och Familjehälsa, Södra Hälsingland, Region Gävleborg samt socialförvaltningen, kultur- och fritidsförvaltningen, barn -och utbildningsförvaltningen, arbetsmarknadsenheten i Ovanåkers kommun vill arbeta för samordning och upparbetade kontaktytor för främjande av barns hälsa och utveckling i Ovanåkers kommun i enlighet med intentionerna i God och Nära Vård.

Varför/syfte:

En arbetsgrupp bestående av representanter från respektive part (se sammansättning av arbetsgrupp i slutet av överenskommelsen) har på uppdrag av respektive verksamhetschef genomfört kartläggning och där har framkommit att vi som samverkanspartners har ett behov av tydligare kontaktvägar och mer klarhet i respektive parts ansvarsområden.

Arbetsgruppen ser också att det idag till stor del saknas tydlig strukturell samverkan. Samverkan sker utifrån enskilda fall. Utbud och kontaktvägar kan vara mer eller mindre kända.

Det finns oklarheter kring förväntningar på varandra samt till viss del bristande kunskap om varandras uppdrag och lagrum. Det åläggs barn och föräldrar att själva många gånger samordna och knyta kontakter.

Arbetsgruppen har identifierat grupper där det i dag är oklart kring vilka arenor som finns och vilket gemensamt stöd de får; nysvenska föräldrar och barn, ensamstående och ekonomiskt utsatta föräldrar och barn samt föräldrar med psykisk ohälsa och barn med psykisk ohälsa.

Arbetsgruppen ser det största behovet av samverkan gällande de minsta barnen 0-5 år. Det är en mycket låg andel genomförda SIP:ar samt även lägre anmälningsfrekvens till socialtjänsten i det åldersspannet. Vidare är det genom forskning och beprövad erfarenhet klarlagt att tidig upptäckt och tidiga insatser

minskar lidande för barn/unga och deras familjer samt minskar behovet av omfattande och kostsamma specialistinsatser längre fram.

Vad vill vi göra/metod:

Utifrån omvärldspaning och deltagande i konferens i God och Nära Vård har arbetsgruppen fått inspiration till metoden HLT-team (Hälsa, Lärande, Trygghet). Den finns utvecklad och beprövad i bl a Västerbotten se [HLT - Hälsa, Lärande och Trygghet \(regionvasterbotten.se\)](http://regionvasterbotten.se).

Det är en strukturerad samverkansform mellan hälsocentral/BVC, förskola och socialtjänsten och ger möjlighet till att barn och föräldrar kan erbjudas ett tvärprofessionellt och samordnat stöd. Det är en modell för samverkan över de etablerade organisations och verksamhetsgränserna där inga nya lokalkostnader eller personalkostnader uppstår. Se under metodstöd i [HLT - Hälsa, Lärande och Trygghet \(regionvasterbotten.se\)](http://regionvasterbotten.se).

HLT modellen gör att barn erhåller tidigt stöd, innan problemen vuxit sig stora. Erfarenheter från Västerbotten visar att medarbetare anger att HLT modellen har påverkat deras arbetsmiljö positivt genom att man känner sig mindre ensam med svåra arbetsuppgifter, men också för att man upplever att arbetsmodellen är till nytta för föräldrar och barn.

Det förs fram att ett mervärde med HLT modellen är det kollegiala lärandet, förståelse för varandras verksamheter samt möjlighet till spontana kontakter för rådfrågning och konsultation. Erfarenheter av flerårigt arbete med HLT i Västerbotten, visar vid regelbundna uppföljningar, att barnen upptäcks och uppmärksammas tidigare och tidigare. Se utvärdering i [HLT - Hälsa, Lärande och Trygghet \(regionvasterbotten.se\)](http://regionvasterbotten.se).

Arbetsgruppen bedömer att metoden/modellen HLT-team matchar väl in till våra behov utifrån vår kartläggning. HLT-team ger också möjlighet till brukarmedverkan och personcentrerad vård då varje barn och förälder får komma till tals och också få lösningar utifrån dess unika behov. De planer som HLT-teamet gör kan ses som ett patient kontrakt där det blir tydligt för barn och föräldrar vad olika aktörer kan bidra med och vad föräldrar själv kan göra för att stödja barnens förmåga, mående och utveckling.

Resurser:

Ett operativt team bestående av en ordinarie redan befintlig personal från respektive område samt en styrgrupp, se bifogad organisationsplan. I Ovanåker kommer styrgruppen utöver representanter från hälsocentralen, förskolan samt socialtjänsten även bestå av chef från AME samt kommunens folkhälsosamordnare.

Som samordnare tillhandahåller hälsocentralen/regionen en representant i uppstarten och under pilottiden.

Inför uppstart planeras en kick-off där både team och styrgrupp medverkar. Där görs bland annat en plan för vilken kompetensutveckling som behövs för att få en gemensam plattform kunskapsmässigt.

Ett lokalt metodstöd som gäller för Ovanåker behöver också utformas. Vidare behöver det göras en planering kring hur ofta HLT-teamet respektive styrgruppen ska träffas.

Ett arbete behöver även göras avseende hur utvärdering ska gå till och vilka indikatorer som ska följas.

Tidsplan:

Kick-off 220907 med styrgrupp och team. Under hösten sedan utforma/formera struktur, metodstöd, kompetensutveckling, indikatorer, utvärdering mm.

Teamet beräknas komma igång operativt i januari 2023 med de första barnärendena för att fortsätta som pilot under 2023 och 2024 med löpande utvärdering utifrån överenskomna indikatorer och också utifrån barnens och föräldrarnas upplevelse.

Hur följer vi upp, hur mäter vi?

Styrgrupp och team kommer att arbeta mer med frågan under kick-off men även under hösten 2022. Västerbotten mäter barnens hälsa utifrån SDQ, för att se skillnad i mående. Vi har också pratat om att mått kan vara att vi genomför fler SIP och att det blir fler ansökningar om stöd till socialtjänsten. Vidare vill vi undersöka både barnens/föräldrarnas upplevelse av den hjälp de får utifrån HLT-teamet men också vad det innebär för personalen.

Styrgrupp och team kommer att konkretisera uppföljning, utvärdering och indikatorer under hösten 2022.

Sammansättning av HLT-team samt styrgrupp

HLT team

Pilottid

Projekttid: September 2022-december 2024

Projektagare: Helena Bikoff verksamhetschef
Primärvården Södra Hälsingland
Projektledare/samordnare: Sofia Rudman Palm, vårdutvecklare,
Primärvården Södra Hälsingland

Styrgrupp

Region Gävleborg:

Kristina Billmark Elfstrand (vårdenhetschef) (H)

Karin Ingare Dahlstrand (vårdenhetschef) (H)

Ovanåkers kommun:

Magnus Elfving (förskolerektor) (L)

Maria Petersson (enhetschef BoU) (T)

Therese Styverts Törnberg Kultur och fritid (folkhälsosamordnare)

Stefan Jonsson (arbetsmarknadschef arbetsmarknadsenheten)

Team

BVC-sköterskor från Alfta och Edsbyn Din Hälsocentral(H)

Specialpedagog, förskolan. Elevhälsochef ersätter vid ev frånvaro(L)

Mottagningssekreterare BoU, socialtjänsten (T)

Barn- och familjehälsan (H) inkluderas vid behov.

MVC (H) inkluderas vid behov.

Samordnare

Sofia Rudman Palm (under pilotperioden) därefter roterande ansvar i teamet.

Edsbyn 220824

För Region Gävleborg

Kristina Billmark Elfstrand
Edsbyn och Alfta Din Hälsocentral

Karin Ingare Dahlstrand
Familjehälsan Södra Hälsingland

För Ovanåkers kommun

Maria Petersson
Enhetschef

Magnus Elfving
Förskolerektor

Therese Styverts Törnberg
Folkhälsosamordnare

Stefan Jonsson

Arbetsmarknadschef

Arbetsgruppens sammansättning:

Karin Ingare Dahlstrand, vårdenhetschef Familjehälsa Södra Hälsingland
Kristina Billmark Elfstrand, vårdenhetschef Alfta och Edsbyn Din Hälsocentral
Sara Karsbo, IFO-chef, socialförvaltningen
Stefan Jonsson, arbetsmarknadschef
Lars Forsblom, kvalitets utvecklare barn-och utbildningsförvaltningen
Carina Ulfsson, kultur- och fritidschef

Christian Olars, socialt ansvarig samordnare, socialförvaltningen
Sofia Rudman Palm, projektledare, Edsbyn och Alfta Din Hälsocentral

Hälsa Lärande och Trygghet

Ett pilotprojekt i Ovanåker med fokus på små barns hälsa

Den här rapporten beskriver ett pilotprojekt i Ovanåkers kommun där en samverkansplattform byggts upp med syftet att tidigt upptäcka, stödja och hjälpa små barn som riskerar att utvecklas ogynnsamt. Med inspiration från Västerbotten har Region Gävleborg och Ovanåkers kommun tillsammans utvecklat sin egen Hälsa, Lärande och Trygghetsmodell (HLT-modell). Projektet har utvärderats genom en lärande utvärdering där projektet följts under två års tid och analyser från observationer, intervjuer och dokument återkopplats under resans gång. I rapporten beskrivs Ovanåkers HLT-modell, bakgrunden till projektet, utvecklingsprocessen, erfarenheter och betydelsen av samverkan för små barn samt förslag på hur modellen kan utvecklas.

Beställ rapporten från:
fou.valfard@regiongavleborg.se
Region Gävleborg, FoU Välfärd
Gävle sjukhus, ingång 11
801 87 Gävle

FoU Välfärd
FoU rapport 2025:1
ISSN: 1654-8272

