

Samverka för barns bästa

– en vägledning om barns behov
av insatser från flera aktörer

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-081-7

Artikelnr 2013-8-1

Omslag Socialstyrelsen/Iwa Wasberg

Foto Matton

Tryck Edita Västra Aros, Västerås, augusti 2013



MILJÖMÄRKT TRYCKSAK 341 009

Förord

Olika insatser från olika verksamheter erbjuds ofta samtidigt till barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa, eller till barn och unga med funktionsnedsättning eller somatisk ohälsa. För barnet och familjen är det viktigt att få rätt insatser i rätt tid utifrån en helhetssyn på barnets situation och behov samt att samverkan sker när insatser ges från olika instanser samtidigt. Det är verksamhetsledningen och professionen som har ansvar för att samverkan ska komma till stånd och att hela processen från utredning, bedömning, genomförande och uppföljning av insatser genomförs på ett rättssäkert sätt och utifrån bästa möjliga kunskap.

En god samverkan förutsätter bland annat tydliga mål och uppdrag samt tydlig ansvarsfördelning. Det kräver kunskap om och förståelse för varandras uppdrag och begrepp. Socialstyrelsen har uppmärksammat att de verksamheter som vänder sig till barn och unga har mycket kunskap om och stort intresse för att stödja och utveckla samverkan. Denna vägledning har därför tagits fram som ett stöd för de berörda.

Socialstyrelsen har i arbetet med att ta fram denna vägledning fått synpunkter från nationella aktörer så som Skolverket, Specialpedagogiska myndigheten (SPSM) och Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) modellområdesprojekt, numera Psynkprojektet. Socialstyrelsen har även fått synpunkter från två referensgrupper vid olika tillfällen – dels med lednings- och professionsföreträdare och dels med brukarorganisationer. Ett flertal sakkunniga medarbetare på Socialstyrelsen har kontinuerligt lämnat synpunkter under arbetets gång.

Vägledningen vänder sig i första hand till verksamhetsansvariga inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Verksamheter som berörs är till exempel barn- och ungdomspsykiatri, barn- och ungdomshabilitering, barnhälsovård eller socialtjänstens individ- och familjeomsorg samt elevhälsan.

Socialstyrelsens förhoppning är att den även kan vara till nytta för verksamhetsansvariga inom skolan, från förskola till gymnasium samt fritidshem och annan pedagogisk verksamhet. Vägledningen kan utgöra





Förord

ett stöd även i samverkan med exempelvis Försäkringskassan, Polisen samt patient- och klientorganisationer liksom självklart med barnet, den unge eller dennes familj eller närstående.

Vägledningen är författad av projektledare Ann Bengtsson samt utredarna Monica Norrman och Charlotte Uggla. Ansvarig enhetschef är Susanna Wahlberg.

Sven Ohlman
Avdelningschef

Innehåll

Förord.....	3	
Sammanfattning	9	
Barnets behov	9	
Ledningens ansvar.....	9	
Organisering och styrning av samverkan.....	10	
Avtal, uppdrag och struktur	10	
Samsyn.....	11	
Inledning	13	
Syfte	16	
Avgränsningar.....	16	
Begrepp	17	
Barns och ungas behov i fokus	19	
Barnperspektiv	20	
Barns inflytande.....	20	
Barns bästa – ett långsiktigt ansvar.....	21	
Kunskap om samverkan	23	
Att arbeta evidensbaserat	23	
Kunskapsläget	25	
Förutsättningar för samverkan.....	26	
Resultat från utvecklingsarbeten	28	
Omvärldsförändringar påverkar	29	
Otydliga uppdrag hinder för samverkan	30	
Bättre resultat med systematiskt arbete.....	31	
Sammanfattande slutsatser	32	
Aktörerna och deras uppdrag	34	
Olika uppdrag.....	34	
Många aktörer.....	36	
Barn och unga som behöver samhällets olika insatser.....	38	
Upptäcka, utreda och undersöka	40	
Planer för barn och unga.....	41	

Erfarenheter av lokal och regional samverkan	44	
Sörmland UPP-märksammar barnen, Socialstyrelsen	45	
Modellområdesprojektet, SKL	47	
Hamnen, Värmdö kommun/Stockholms läns landsting	50	
VästBus	52	
BUS Stockholm	54	
Nationell, regional och lokal samverkan	56	
Samverkan på verksamhetsnivå	56	
Samverkan vid förebyggande och tidiga insatser	56	
Samverkan vid omfattande insatser	57	
Rutin vid behov av samverkan då svårigheter hos ett barn eller ungdom har identifierats	58	
Samverkan på lokal och regional nivå.....	59	
Nationell samverkan.....	60	
Avtal och överenskommelser	61	
Socialstyrelsens inventering 2008–2009	61	
SKL:s modellområdesprojekt	64	
Uppföljning av förstärkt vårdgaranti	65	
Samverkan i den sociala barnvården	65	
Samverkansavtal på länsnivå	66	
Avtalens målgrupper och innehåll	66	
Medverkande aktörer	69	
Sammanfattning av de genomgångna avtalen	69	
Komplicerat arbete att nå fram till stabila avtal.....	70	
Tydligare uppdrag	70	
Stabilare strukturer	70	
Precisera målgrupper och begreppen	70	
Fokus på barn och unga och deras föräldrar.....	71	
När är avtal om samverkan extra viktigt?	71	
Så kan avtal se ut.....	72	
Lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd	74	
Samverkan som generell skyldighet och möjlighet.....	74	
Sekreteress.....	75	
Socialtjänsten	75	
Stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning	77	
Hälso- och sjukvården	77	
Skolan	78	
Särskilt om förskolan.....	79	
Skolans kvalitetsarbete	79	
Gemensamma bestämmelser om samverkan i hälso- och sjukvård och socialtjänst	79	

Samverkan när barn far illa eller riskerar att fara illa	80
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	81
Allmänna råd om handläggning och dokumentation av ärenden som rör barn och unga	82
Föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering	82
Utvecklingsområden	84
Tydliga uppdrag behövs	84
Viktig att tänka på samverkan vid upphandling	84
Stabila strukturer behövs	84
Ledningens engagemang och ansvar behöver förstärkas	85
Konkreta mål och uppföljning behöver utvecklas	85
Fokus på barn, unga och deras familjer	85
Statlig tillsyn och uppföljning	86
Samordnarfunktioner	86
Referenser	87
Bilaga	93
Samverkan: skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård	93
Samverkan i en föränderlig värld	98
Samverkan kräver kompetens	100
Avslutning	102
Referenser	103



Förkortningar

BBIC	Barns behov i centrum
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
BUM	Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning
BVC	Barnvårdscentral
EBP	Evidensbaserad praktik
FB	Föräldrabalken
FL	Förvaltningslagen (1986:223)
FN	Förenta nationerna
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
Kap.	Kapitel
KL	Kommunallagen (1991:900)
LPT	Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LVU	Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
OSL	Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)
Prop.	Proposition
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar

Sammanfattning

Barnets behov

- Barnets eller den unges behov av insatser för sin utveckling avgör vilka verksamheter som utifrån en helhetssyn behöver samverka och på vilket sätt. Samverkan är inget mål i sig. Ibland kan det vara tillräckligt att den eller de som ger stöd och insatser informerar andra verksamheter om sina insatser.
- Det finns lagstöd för att olika verksamheter ska samverka när barnet eller den unge behöver insatser från flera samhällsinstanser. Lagstödet är emellertid inte enhetligt utformat för alla grupper av barn som kan ha behov av samtidiga insatser.
- Barnet och dess familj behöver ses som medaktörer under hela processen och vara så delaktiga som möjligt. Det finns flera skäl till detta, dels lagstöd och dels etiska principer. Det finns även forskningsstöd för att barns och föräldrars delaktighet påverkar resultatet.

Ledningens ansvar

- Det är de professionella och ledningen som har ansvar för att den samverkan som behövs kommer till stånd. Ledningssystem, rutiner och avtal kan säkerställa en ändamålsenlig samverkansstruktur. Det gäller även för de situationer och behov där lagstiftning om samverkan saknas.
- Behovet av samverkan med andra aktörer behöver identifieras under hela processen från att ett barns behov av insatser har upptäckts tills det är dags för uppföljning av respektive verksamhet inom socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola.

Organisering och styrning av samverkan

- Det finns kunskapsstöd för hur en framgångsrik samverkan kan utformas och upprätthållas. Det handlar om styrning, struktur och samsyn. Dessa tre delområden kan brytas ner i några områden: förankring, harmoniserande regelverk, tydlig målformulering, tillräckligt med resurser, ändamålsenlig organisation och dokumentation, gemensamt synsätt, förståelse för varandras begrepp samt god kunskap om det man samverkar kring och om varandra. Vid upphandling av tjänster som berör barns hälsa och utveckling är det viktigt att ha med samverkansaspekter som en parameter. Det finns kunskapsstöd om hur samverkan ska byggas för att bli framgångsrik. Utifrån dagens kunskapsläge anges några viktiga krav på ett sådant utvecklingsarbete:
 - bygg upp en god samverkanskompetens i organisationen
 - identifiera de aspekter som underlättar samverkan (i det aktuella sammanhanget)
 - planera för att understödja dessa aspekter
 - identifiera de aspekter som försvårar samverkan (i det aktuella sammanhanget)
 - planera för att motverka dessa aspekter
 - följ utvecklingen löpande.
- Det finns kunskapsstöd som visar att samverkan som utvecklas tillsammans med ett systematiskt arbetssätt ger positiva och snabbare resultat för barnen. Det finns också stöd för att samverkan kan ge de samverkande aktörerna en tydligare bild av målgruppen och dess behov och därmed kan behoven upptäckas och insatserna sättas in tidigt.

Avtal, uppdrag och struktur

- Det finns kunskapsstöd som visar att skriftliga avtal mellan huvudmännen kan vara stödjande för verksamheten och förtydliga vem som ska göra vad, när och hur för barn som behöver insatser från flera verksamheter. Utifrån det nuvarande kunskapsläget finns några aspekter som är viktiga att ha med när huvudmännen planerar och tecknar avtal. Det handlar om tydliga uppdrag och ansvarsfördelning mellan verksamheter, en tydligt definierad målgrupp, tydliga mål, uppföljning och utvärdering samt brukarfokus.

- Det är ett långsiktigt och komplicerat arbete att ta fram skriftliga avtal mellan olika huvudmän och verksamheter. Ledningen behöver överväga för vilka målgrupper och vid vilka situationer och/eller behov som skriftliga avtal kan vara ett stöd. Det kan handla om barn och unga med mycket komplexa behov där det är nödvändigt att insatser från flera huvudmän samordnas. Det handlar också om att ett tydligt ekonomiskt ansvarstagande från respektive huvudmän är nödvändigt för att insatserna ska kunna genomföras, till exempel för barn som är placerade i samhällsvård. Det kan också handla om grupper av barn där ny kunskap eller omvärldsförändringar medför att gruppen ökar eller att det behöver bli tydligt vem som ska göra vad, när och hur. Sådana exempel är barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och ensamkommande barn.

Samsyn

- Det finns kunskapsstöd för att gemensam användning av evidensbaserade bedömningsmetoder stödjer samverkan. Samsyn uppnås bland annat genom att de inblandade parterna får gemensam kunskap om barnets problem och behov samt om vilka insatser som kan vara lämpliga. Det finns också stöd för att föräldrar och barn delar denna samsyn om de har deltagit i arbetet.
- Det finns kunskapsstöd för att gemensamma utrednings- och dokumentationssystem stödjer samverkan. Utvärderingar av Barns behov i centrum (BBIC) visar bland annat att användning av systemet bidrar till att fokus flyttas till barns och föräldrars behov istället för problem, att barn och föräldrar bjuds in till samverkan i ett tidigare skede samt att skola och socialtjänst får enhetliga begrepp och ett gemensamt språkbruk. Det underlättar också för respektive verksamhet att tydliggöra och avgränsa sitt uppdrag.

Socialstyrelsen anser att insatserna till barn och unga kan förbättras – genom att kommunerna och landstingen utifrån sammanställningen av det aktuella kunskapsläget från forskning, utvärdering, tillsyn och systematiskt utvecklingsarbete i denna vägledning:

- ser till att samverkan kommer till stånd med hjälp av ledningssystem, rutiner och skriftliga avtal
- ser till att det finns ändamålsenlig samverkansstruktur i organisationerna
- ser till att verksamheterna har tydliga uppdrag och ansvarsfördelningar för planering, genomförande och uppföljning av olika insatser
- bygger upp och upprätthåller en god samverkanskompetens i organisationerna
- ser till att barn, unga och deras föräldrar ges möjligheter att delta i samverkansarbetet och samtidigt behålla ansvaret för samordningen av planering, genomförande och uppföljning av insatserna för barnet
- har med samverkansaspekter som en parameter vid upphandling av tjänster som berör barns hälsa och utveckling
- tillsammans tar fram tydliga, konkreta mål för uppföljning av resultat av insatser för barn och unga
- ser till att organisationerna använder evidensbaserade bedömningsinstrument och strukturerade utrednings- och dokumentationssystem så långt det är möjligt
- ser till att samverkan utvecklas inom ramen för ett systematiskt arbetsätt
- överväger för vilka målgrupper och vid vilka situationer och/eller behov som skriftliga avtal kan vara ett stöd. Det kan handla om barn och unga med mycket komplexa behov där det är nödvändigt att insatser från flera huvudmän samordnas.

Inledning

På regeringens uppdrag tog Socialstyrelsen 2007 fram rapporten Strategi för samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa tillsammans med Rikspolisstyrelsen och Myndigheten för skolutveckling (numera Skolverket)[1]. Syftet med strategin var att stödja utvecklingen av regionala och lokala strategier för samverkan för målgruppen. Det finns ingen motsvarande nationell strategi för barn med funktionsnedsättning eller barn som har eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa. Vägledningar, policymaterial och liknande har i regel tagits fram utifrån en viss målgrupp eller viss lagstiftning.

Genom skärpt lagstiftning de senaste decennierna har kommuner och landsting ålagts att stärka sin samverkan när individens behov kräver det.

Samverkan för barn och unga är en viktig nationell angelägenhet och omfattar staten samt kommunerna och landstingen och deras arbetsgivar- och intresseorganisation Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Myndigheterna ska tillämpa lagarna och utföra den av riksdag och regering beslutade verksamheten. Myndigheter såsom Försäkringskassan, Migrationsverket och Polisen kan även vara inblandade i samverkan kring ett enskilt barn. Andra viktiga samverkansparter på lokal och regional nivå är privata och idéburna aktörer. Samverkan behövs på alla nivåer – lokalt, regionalt och nationellt.

Beslut i landsting och kommuner

Barn påverkas självfallet av beslut och insatser från statliga myndigheter eller andra aktörer samt av samverkan med dessa. Landstingen och kommunerna ansvarar dock för att genomföra verksamheterna inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola. Barn och unga påverkas därför främst av beslut i landsting och kommuner.

Den här vägledningen fokuserar därför huvudsakligen på det ansvar för barn och unga som åligger hälso- och sjukvården, socialtjänsten och skolan. Också lagstiftningen på området belyses.

Vägledningen handlar om barn och unga som kan behöva samtidiga insatser från flera olika verksamheter. Den handlar också om barn som drabbas av våld i olika sammanhang, om barn vars föräldrar har allvarliga svårigheter – till exempel missbruk eller psykisk eller fysisk ohälsa – eller om barn med föräldrar som avlider.

Det finns omkring två miljoner barn i Sverige. Av dessa har så gott som alla regelbunden kontakt med barnhälsovården under sitt första levnadsår. Från cirka två till tre års ålder har nästan alla barn daglig kontakt med först förskola och sedan skola. För de allra flesta är basverksamheterna, såsom barnavårdscentral (BVC), förskola, skola och primärvård, tillräckliga för att barn ska må bra och utvecklas väl. Några barn kommer vid enstaka tillfällen eller kortare perioder att behöva stöd från till exempel elevhälsa, socialtjänst eller barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

En mindre grupp kommer att behöva insatser från flera verksamheter under hela eller stora delar av uppväxten. Det kan till exempel vara barn med funktionsnedsättning, barn som far illa på grund av att föräldrarna sviktar i sin föräldraroll eller barn med allvarliga somatiska sjukdomar. För att den samverkan som är nödvändig för många barn och unga ska komma till stånd har det införts bestämmelser i den lagstiftning som gäller för verksamheterna inom socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola.

Lagarna reglerar olika verksamhetsområden, är uppbyggda på olika sätt och har tillkommit vid olika tidpunkter. De kan ha olika begrepp som helt eller delvis har samma innebörd, såsom samråd, samverkan och samordning.

Inkludering och specialisering

En vedertagen princip i Sverige är att barn så långt som det är möjligt ska få det stöd de behöver i basverksamheten, så kallad inkludering. För att kunna ge barnet ett fullgott stöd behöver basverksamheterna ha tillgång till specialiserade verksamheter för konsultation eller som de kan hänvisa barn och föräldrar till.

Barn och unga är för sin utveckling och sitt välbefinnande beroende av sina föräldrar, men också av andra vuxna i förskola, skola, fritidshem, elevhälsa, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Insatserna behöver ibland omfatta hela barnets livsmiljö.

Barns och ungas hälsa, välbefinnande och behov kan inte heller ses isolerade från föräldrarnas hälsa eller eventuella svårigheter samt förmåga och resurser att hantera situationen. Insatser till föräldrar och/eller syskon kan behöva ta hänsyn till och samordnas med insatser till barnet eller den unge för att resultatet ska bli optimalt.

Samhällsutvecklingen har medfört en allt högre grad av professionalisering och specialisering inom de verksamheter som riktar sig till barn och unga som är i behov av insatser. Varje sektor och verksamhet har

utifrån sin kunskapsbas och lagstiftning utvecklat en fördjupad förståelse för problem och vilka insatser som är verkningsfulla. Denna utveckling är på många sätt gynnsam och en förutsättning för att barnet och familjen ska få adekvat hjälp. Utvecklingens negativa sida ligger i att de olika sektorernas kunskapsutveckling och fördjupade förståelse många gånger utvecklats parallellt, och att det finns en begränsad inblick i och ett begränsat utbyte mellan sektorerna. Ytterligare en utveckling som har påskyndat behovet av utvecklad samverkan är den fragmentisering av välfärdstjänster som tillkommit genom att välfärdssektorn numera har många olika typer av aktörer och nya driftsformer som erbjuder sina tjänster [2]. Det är en utmaning att få ihop de olika kunskapsfälten och de olika aktörerna till nytta för barnet och den unge.

Tidiga insatser

Tidiga insatser är avgörande för att motverka en negativ utveckling hos barn och unga [3]. Barnets utveckling pågår under en kort period i de tidiga barnaåren, vilket gör tiden extra dyrbar. För vissa delar av utvecklingen finns det optimala tidpunkter. Problem som inte avhjälpas får därmed större konsekvenser, inte bara för situationen här och nu utan kan också påverka barnets framtida utvecklingsmöjligheter.

För en 40-åring som plötsligt blir i behov av samordnad arbetsrehabilitering kan ett halvårs väntetid på att få till stånd en bra samverkan mellan olika instanser kännas lång. För ett litet barn är det en evighet. Det ställer extra stora krav på verksamheter som rör barn och unga [4].

Verksamheter för barn och unga förändras med tiden i och med att de professionella byts ut. Vid övergång mellan förskola/skola, olika stadier eller verksamheter, är det viktigt att samverkan sker i så nära kontakt med barnet eller den unge och dess föräldrar som det är möjligt, för att skapa kontinuitet.

Det ställs alltså mycket höga krav på att samhällets verksamheter för barn och unga har kunskap om och beredskap för att samverka. Målet med samverkan att barn och unga som har behov av insatser från flera verksamheter får det på ett sådant sätt att insatserna verkligen leder till stöd för barnets situation och utveckling.

I denna vägledning har vi sammanfattat kunskapsläget om samverkan utifrån nationell forskning, uppföljningar och utvärderingar samt systematiskt utvecklingsarbete. I underlaget ingår även aktuell lagstiftning, iakttagelser från nationell tillsyn och erfarenheter från praktiken.

Inledning

Professor Berth Danermark har under lång tid forskat om samverkan med fokus på barn och unga. År 2011 bad Socialstyrelsen att Danermark skulle sammanställa resultat om samverkan och hur den har utvecklats de senaste tio åren mellan olika huvudmäns ansvarsområden inom skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård. Resultatet redovisas i bilagan (s. 92).

Syfte

Syftet med vägledningen är att ge stöd för huvudmän och verksamhetsansvariga inom hälso- och sjukvård och socialtjänst i deras arbete med att i samverkan ge insatser till barn och unga. Socialstyrelsens förhoppning är att den även kan vara till nytta för verksamhetsansvariga inom skolans olika skolformer och elevhälsan.

Vägledningen ska kunna bidra till att huvudmän och verksamhetsansvariga kan skapa ändamålsenliga samverkansstrukturer som kan integreras i ordinarie verksamheter.

Avgränsningar

Det finns ett antal lagar som är av stor vikt för att barn och unga ska få de insatser de behöver. Det är till exempel hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och skollagen (2010:800).

Förutom dessa lagar finns även andra viktiga lagar som kan påverka barns liv. Det kan vara till exempel lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, som reglerar sådana situationer då frivilliga insatser av olika skäl inte kan komma till stånd eller inte bedöms som tillräckliga samt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård LPT, som reglerar vårdens möjligheter att vårda en patient utan hans eller hennes samtycke finns.

Barn och unga kan även påverkas av insatser eller beslut från vuxenpsykiatri när en förälder har psykisk ohälsa.

Det finns barn och unga som utsätts för brott eller själva är lagöverträdare och barn som är ensamkommande till Sverige. Dessa barns behov och rättigheter beskrivs mer utförligt i andra vägledningar och påverkas av andra lagrum, till exempel brottsbalken och föräldrabalken samt föreskrifter och allmänna råd.

Den här vägledningen beskriver huvudsakligen samverkan mellan hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola – och berör främst lagarna HSL, SoL, LSS och skollagen.

Begrepp

Beskrivningarna och definitionerna nedan utgår främst från *Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa* [1], Socialstyrelsens termbank [5], *Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn* [6] samt uppgifter från Skolverkets hemsida [7].

Samverkan

I denna vägledning används samma definition av samverkan som i *Strategi för samverkan*: ”någon eller några tillför sina specifika resurser, kompetenser och/eller kunskaper till en uppgift som man gemensamt har att genomföra” [1].

Samarbete

Med samarbete menas i vägledningen ett gemensamt bedrivet arbete som gäller en avgränsad uppgift och som kan ske både på ett organisatoriskt och mellanmänniskt plan. Exempel på ett organisatoriskt samarbete är att två organisationer ordnar och genomför ett gemensamt seminarium. Exempel på ett mellanmänniskt samarbete är när vård- och omsorgspersonal hjälps åt med insatser till den enskilde.

Samordning

Med samordning menas i vägledningen koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och större effektivitet. Ett exempel är samordnad vård- och omsorgsplanering som utförs gemensamt av berörda inom olika verksamheter.

Samråd

Med samråd menas att överlägga/konsultera med en annan part för att om möjligt enas om ett gemensamt handlande eller en gemensam ståndpunkt.

Barn och unga

Med barn avses varje person under 18 år. Uttrycket ”barn och unga” används då ungdomsbegreppet är flytande och skiljer sig åt mellan olika myndigheter.

Föräldrar

I vägledningen används främst begreppet förälder för den eller dem som har ansvaret för barnets grundläggande behov. Med föräldrar avses i det här sammanhanget såväl barnets biologiska föräldrar som andra vuxna som barnet varaktigt bor tillsammans med. Det kan vara styvföräldrar och familjehemsföräldrar.

Vårdnadshavare

Det innebär att vårdnadshavaren har det rättsliga ansvaret för barnet samt för att barnet får sina grundläggande behov tillgodosedda. Den som har vårdnaden om ett barn är vårdnadshavare och har rätt och skyldighet att bestämma om barnets personliga förhållanden samt ska se till att barnets behov av omvårdnad, trygghet och en god fostran blir tillgodosedda (6 kap. 1 och 2 §§ FB). Ett barn står under vårdnad av båda sina föräldrar (gemensam vårdnad) eller en av föräldrarna (ensam vårdnad), alternativt en eller två andra personer som har utsetts av domstol till särskilt förordnad vårdnadshavare (6 kap. 2 § första stycket FB, se även 6 kap. 7–9 §§ FB).

Verksamhet och profession

Landstingen ansvarar för att organisera vården så att alla medborgare har tillgång till en god vård [8]. Kommunen ansvarar för att enskilda som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver och för genomförandet av skolverksamheten [9].

Professionen är de som genomför arbetet i verksamheterna.

Första linjens hälso- och sjukvård

I vägledningen används begreppet första linjens hälso- och sjukvård för barn och unga. Det kan vara insatser från mödrahälsovård, barnhälsovård, primärvård (vårdcentral och familjecentral), elevhälsa och ungdomsmottagning, det vill säga insatser som ges inom den icke specialiserade hälso- och sjukvården.

Barns och ungas behov i fokus

Många barn och unga kan behöva få insatser från flera olika verksamheter för att få sina behov tillgodosedda. Ibland kan det vara tillräckligt att den som ger stöd eller insatser informerar andra berörda verksamheter om pågående insatser för att resultaten för barnet eller den unge ska uppnås. Förutom information mellan verksamheterna är det viktigt med kontinuerlig uppföljning av genomförande och resultat så att barnet verkligen får det som var planerat och slipper oförutsedda avbrott eller liknande.

För barn och ungdomar med mer omfattande behov kan det vara nödvändigt att flera insatser ges samtidigt för att uppnå önskat resultat. Många gånger behövs insatser från såväl hälso- och sjukvården, som socialtjänsten och skolan för att barnen ska få adekvat stöd i sin utveckling. Dessutom kan föräldrarna få stöd i sitt föräldraskap.

Svenska och internationella forskningsresultat och utvärderingar visar att god hälsa och utbildning är bland de viktigaste skyddsfaktorerna för att må bra och klara sig bra senare i livet [10]. Det gäller alla barn och unga men är särskilt viktigt för de mest sårbara och utsatta barnen och ungdomarna. Samtidigt visar studierna att det ofta finns problem med att få till stånd samordnade insatser mellan socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola (se bilaga). Andra studier visar också att det är viktigt att problemen uppmärksammas tidigt och att insatserna kan ges så tidigt som möjligt [4]. Det behövs alltså ansvarstagande och engagemang från de inblandade verksamheterna.

Det är en utmaning för de professionella och ytterst för ledningen att säkra att insatser kan ges i samverkan mellan olika verksamheter och huvudmän. För att detta ska ske behövs oftast en systematisk och strukturerad samverkan mellan olika verksamheter och huvudmän. Det gäller på olika nivåer hos dem som träffar barnen och deras föräldrar samt på ledningsnivå i skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Det finns enligt forskning och utvärdering en hel del olika faktorer som stödjer, främjar eller hindrar samverkan. Hinder för samverkan kan vara otydliga uppdrag, otillräckliga resurser eller orimliga förväntningar på vad samverkanspartnern kan åstadkomma. Vilka hinder det än handlar om är det alltid ledningen och de professionella som har ansvar för att samverkan ska komma till stånd. Barnet eller den unge och dennes föräldrar behöver känna sig trygga i att de professionella tar det ansvaret.

Det är viktigt att få rätt stöd och insatser i rätt tid utifrån en helhetssyn på barnets och familjens situation och behov, det vill säga att det är barnets eller den unges utvecklingsbehov som ytterst avgör vilka verksamheter som behöver samverka och på vilket sätt. Det är de professionella som har ansvaret för att utredning, bedömning, val av stöd eller insats samt genomförande görs på ett rättssäkert sätt utifrån gällande lagstiftning och med stöd av bästa tillgängliga kunskap [11, 12].

Barnperspektiv

FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, uttrycker ett förhållningssätt till barn som sätter barnet i fokus vid beslut eller åtgärder som kan beröra ett enskilt barn eller en grupp barn. Barnperspektivet innebär att inför ett beslut eller en åtgärd ska den ansvariga beslutsfattaren överväga om det berör barnet eller barnen och i så fall på vilket sätt. Ett barnperspektiv handlar om attityder, kunskap och arbetssätt. Det speglar synen på barn som fullvärdiga medborgare som ska bemötas med respekt i alla sammanhang. Om åtgärden eller beslutet bedöms få konsekvenser för barnet eller barnen ska hänsyn tas till de rättigheter som barn har enligt bland annat barnkonventionen. Det krävs tydlig styrning på alla nivåer i samhället för att säkerställa att barnets rättigheter genomsyrar arbets- och beslutsprocesser [1].

Barn ska få relevant information när det ska beslutas om en åtgärd som rör barnet. Barnet ska då ges möjlighet att framföra sina åsikter. Barnets åsikter och inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad (11 kap. 10 § SoL och 8 § LSS).

Barns inflytande

Det är mycket viktigt att barnet eller den unge och dess föräldrar ses som medaktörer som behöver vara delaktiga i planering, genomförande och uppföljning av stöd och insatser. I 2 a § HSL finns krav på att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Dessa bestämmelser innebär att underåriga patienter i vissa fall kan anses kompetenta att bestämma om sig själva i frågor som rör hälso- och sjukvård. Barn har rätt till inflytande och bör så långt som möjligt vara delaktiga i diskussionen om medicinska beslut som rör dem själva [13]. Inom socialtjänsten finns bestämmelser om barns rätt att få komma

till tals och att hänsyn ska tas till barnets vilja med beaktande av barnets ålder och mognad, se 11 kap. 10 § SoL samt 6 kap. 2 a och 19 §§ FB). I skolan utarbetas åtgärdsprogram för elever som ska ges särskilt stöd. Eleven och dennes vårdnadshavare ska ges möjlighet att delta när ett åtgärdsprogram utarbetas, även om det sedan beslutas av rektorn (3 kap. 9 § skollagen).

Forskning och utvärderingar visar att resultaten blir bättre om barn och föräldrar har varit delaktiga under processen [14, 15]. Det har också visat sig att föräldramedverkan bidrar till att bygga upp en effektiv samverkansstruktur [16].

Barns bästa – ett långsiktigt ansvar

Samhällsekonomi

Samverkan är inget mål i sig. När det enskilda barnets behov står i centrum för insatser från flera aktörer är dock samverkan en förutsättning, för att samhällets resurser ska kunna användas så effektivt som möjligt. För att samverkan ska komma till stånd krävs politisk styrning (se bilaga). Beslutsfattare står ofta inför avvägningar där kostnaderna för en viss insats inte går att avgöra på förhand. Det kan vara ovisst om en viss insats ger önskat resultat i form av besparingar eller ökade kostnader i framtiden.

Tänk långsiktigt

För individen och samhällsekonomin är det viktigt att insatser för att förebygga psykisk ohälsa ges tidigt. Mänskligt lidande och växande samhällskostnader uppstår på längre sikt om inte psykisk ohälsa förebyggs, enligt rapporten *Tänk långsiktigt* som Skolverket, Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut tog fram 2004.

För att utnyttja samhällets resurser mer effektivt är det viktigt att de berörda huvudmännen samverkar när insatserna planeras och genomförs. Kunskaper har efterfrågats om användandet av samhällsekonomiska analyser samt bästa sätt att utnyttja samhällsresurserna. I rapporten *Tänk långsiktigt* presenteras en samhällsekonomisk modell som visar hur kostnader för tidiga generella insatser kan ställas mot insatsernas effekter på barn och ungdomars psykiska hälsa samt vilka samhällsekonomiska besparingsmöjligheter dessa i sin tur kan ge [17].

Socioekonomisk analys av Skolverket

Skolverket genomförde ett stort samverkansprojekt under 2008 och 2009. Avsikten med satsningen var att ta fram och utveckla metoder för samverkan mellan skola, socialtjänst, BUP och polis, som ska minska sannolikheten för framtida utanförskap.

För att kunna mäta effekterna av samverkan beställde Skolverket rapporten *En socioekonomisk analys* [18] av nationalekonomerna Ingvar Nilsson och Anders Wadeskog. Deras uppdrag var att belysa projektet ur ett socioekonomiskt perspektiv och rapporten innefattar analyser och kalkyler över vad utanförskap kostar samhället och vad samverkansinsatser kan resultera i. Av den socioekonomiska analysen framgår att förebyggande insatser kan innebära en långsiktig ekonomisk investering.

Analysen visar att det finns stöd som gör det möjligt att omvandla politisk vilja till handling med hjälp av:

- mer empirisk och evidensbaserad kunskap
- ett enkelt och pedagogiskt lättbegripligt analysinstrument
- ekonomiska eller andra incitament som gör det lönsamt att tänka långsiktigt
- organisatoriska och institutionella förutsättningar för stöd att tänka och agera långsiktigt.

En webbaserad analys- och simuleringsmodell

För att använda samhällets resurser på ett mer effektivt sätt har SKL tagit fram en webbaserad analys- och simuleringsmodell för att beräkna de socioekonomiska konsekvenserna för olika former av målgrupper av barn med psykisk ohälsa. SKL menar att samhällets resurser ofta hamnar på fel plats, i fel tid och i fel sammanhang, vilket leder till onödigt mänskligt lidande. De har utformat modeller i lathundsform med vars hjälp lokala aktörer kan göra enkla kalkyler för sin egen kommun [19].

Kunskap om samverkan

I detta kapitel beskrivs några av de resultat av samverkan som går att utläsa ur de fleråriga nationella satsningarna [20, 21]. Kapitlet inleds med en kort beskrivning av en modell för kunskapsstyrning och hur evidensbaserat arbete kan bedrivas.

Att arbeta evidensbaserat

Kvalitetsledningssystem

Den som bedriver verksamhet inom vård och omsorg ska utveckla processer och rutiner enligt det nya kvalitetsledningssystemet så att samverkan möjliggörs med andra verksamheter och blir anpassade till just den verksamhetens inriktning och omfattning. Ledningssystemet är beroende av att den som bedriver verksamheten har klargjort vilken verksamhet som bedrivs och vad som är kvalitet för just den verksamheten. Det är viktigt att verksamheten har tillräcklig kunskap för att kunna uppfylla krav och mål i lagar och andra föreskrifter [22].

Evidensbaserad praktik

Socialstyrelsen har tagit fram en modell för kunskapsstyrning som ska bidra till att etablera och utveckla en evidensbaserad praktik (EBP), implementera bästa tillgängliga kunskap och metoder samt skapa och upprätthålla en ändamålsenlig infrastruktur för kunskapsutveckling [23].

EBP kan definieras som en medveten och systematisk användning av den bästa tillgängliga kunskapen. EBP används som en övergripande term för evidensbaserad medicin, evidensbaserat socialt arbete, evidensbaserad omvårdnad, evidensbaserad psykoterapi med mera [24].

EBP har grafiskt beskrivits i form av fyra överlappande cirklar där den professionella kompetensen integrerar de olika kunskapskällorna i dialog med den berörda personen (barnet och familjen) och där beslutsgrunderna redovisas öppet [25].

Figur 1. Den evidensbaserade modellen



Som stöd till chefer, utvecklingsledare, politiker samt vård- och omsorgspersonal har Socialstyrelsen tagit fram skriften *Att leda en evidensbaserad praktik – en guide för chefer i socialtjänsten*. Den är till för chefer med ansvar för att utveckla kvaliteten och implementera arbetssätt som leder till en mer evidensbaserad praktik [26].

Bästa tillgängliga kunskap

För att kunna arbeta evidensbaserat behövs kunskap. Beslut om åtgärder ska grunda sig på ett så bra och tillförlitligt underlag som möjligt. Utgångspunkter för arbetet med att sammanställa bästa tillgängliga kunskap kan till exempel vara befintliga systematiska översikter (nationella och internationella), enskilda studier, andra forskningsresultat samt beprövad erfarenhet. Vad som är bästa tillgängliga kunskap beror bland annat på forskningsläget och övriga erfarenheter inom området. Det påverkar hur processen för att ta fram bästa tillgängliga kunskap ser ut och vilka metoder som används.

I arbetet med evidens- och kunskapsbaserade metoder saknas kunskap inom flera områden. Socialstyrelsen har i en kunskapsöversikt visat att det saknas uppdaterade systematiska översikter av god kvalitet som utvärderar bedömningsmetoder för att tidigt upptäcka psykisk ohälsa och som är relevanta för till exempel barnhälsovården och elevhälsan [27, 28]. Det behövs även nya kunskapsöversikter inom många områden som rör psykisk ohälsa. Dessutom finns ett stort behov av fler primärstudier av

hög kvalitet för att kunna uttala sig om tillförlitligheten hos metoder för tidig upptäckt av psykisk ohälsa bland barn och ungdomar, och kanske speciellt för förskolebarn.

Det behöver initieras mer forskning där utprovning av metoder för upptäckt av utvecklingsavvikelser utförs inom de berörda verksamheterna.

Kunskapsläget

Det finns ingen heltäckande kunskap om hur samverkan har byggts upp eller fungerar mellan verksamheter som arbetar med barn som har eller riskerar att drabbas av psykisk ohälsa, far illa eller riskerar att fara illa eller för barn med funktionsnedsättning. Under den senaste tioårsperioden har det pågått flera nationella utvecklingsarbeten för att initiera och stödja samverkan kring barn som far illa eller har psykisk ohälsa.

I skriften *Strategi för samverkan (2007)* presenterades en nationell strategi för samverkan mellan skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård med flera, för barn som far illa eller riskerar att fara illa [1]. Regeringen gav därefter Skolverket i uppdrag att genomföra och sammanställa resultat från en nationell satsning på ökad samverkan mellan skola, socialtjänst och BUP med flera, för barn som riskerar att fara illa. Arbetet resulterade i rapporten *Erfarenheter av samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa* [20].

SKL har sammanfattat erfarenheter från ett flerårigt arbete, i det så kallade Modellområdesprojektet, som syftar till att ta fram handlingsplaner för att samordna verksamheter och insatser för barn som har eller riskerar att få psykisk ohälsa.

Västra Götalandsregionen och kommunerna i länet fastställde riktlinjer för samverkan kring barn och unga som har sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik. Implementeringen av riktlinjerna som kallas Västbus har utvärderats av Staffan Johansson vid Göteborgs universitet [29].

Inom ramen för Socialstyrelsens fleråriga uppdrag kring barn som har eller riskerar att få psykisk ohälsa har det även framkommit resultat som visar på framgångsfaktorer eller hinder för samverkan mellan olika huvudmän [30].

Socialstyrelsen har ett övergripande uppdrag som går ut på att medvetet och systematiskt arbeta för att vård och omsorg ska grunda sig på bästa tillgängliga kunskap. Forskning om samverkan är ett fält i utveckling. Det är svårt att påvisa någon vetenskaplig evidens som direkt visar vilka effekter samverkan mellan olika verksamheter har på barn och unga. Detta

kan delvis hänföras till generella problem med att utvärdera offentlig verksamhet av den karaktär som bedrivs av välfärdsmyndigheter, då det är svårt att avgöra vad som skulle ha skett utan den specifika insatsen eller om insatsen hade riktats till andra personer. Det beror också på att de flesta studierna hittills handlar om organisering av samverkan och själva samverkansprocessen.

Förutsättningar för samverkan

I utvärderingarna av de nationella satsningarna liksom i skriften *Strategi för samverkan* framhålls tre komponenter för att samverkan ska fungera: styrning, struktur och samsyn. Dessa tre kan brytas ner i några delområden som enligt forskningen i dag är grundläggande förutsättningar för god samverkan[20,21]. Det handlar om förankring, harmoniserande regelverk, tydlig målformulering, tillräckligt med resurser, ändamålsenlig organisation och dokumentation, gemensamt synsätt samt god kunskap om det man samverkar kring och om varandra.

Styrning – organisering av samverkan

En väl fungerande samverkan har tydlig styrning på alla ledningsnivåer [1]. En viktig uppgift för ledningen är att legitimera och förankra samverkan på lägre nivåer, formulera mål för samverkan och efterfråga resultat av samverkan. I styrningen ingår också att förtydliga verksamhetens uppdrag, tydliggöra och eventuellt utveckla regelverk, så att de blir kompatibla med gällande lagstiftning. Ekonomiska åtaganden för respektive aktör behöver fastställas – helst utifrån ett långsiktigt, samlat ekonomiskt tänkande.

Struktur – system för samverkan

En framgångsrik samverkan kräver struktur, bland annat tydliga mål för samverkan och precisering av målgrupper. I strukturen ingår också att ha en tydlig arbetsfördelning och rutiner för samverkan. Samverkan som bygger på funktion istället för att vara personbunden har större möjlighet att fungera långsiktigt [1]. En struktur för samverkan kan organiseras med hjälp av generella verktyg. Nedan följer några exempel:

- Avtal kan vara ett sätt att skapa förutsättningar för att barn och unga får sina behov tillgodosedda, det vill säga formella överenskommelser

mellan berörda huvudmän om mål på kort och lång sikt, ansvarsgränser, systematisk uppföljning av samverkan och resultat för de barn och unga som berörs. I samverkansavtalet kan det förslagsvis finnas en passus om vilka åtgärder som är lämpliga att vidta i händelse av oenighet, så att inte det enskilda barnet drabbas. Det kan till exempel handla om att låta frågan lösas på en högre nivå i respektive organisation. I kapitlet ”Avtal och överenskommelser” (s. 61), analyseras erfarenheter av avtal och skriftliga överenskommelser närmare. Riktlinjer för specifika områden, till exempel övergrepp mot barn, kan tydliggöra yrkesroller och beskriva rutiner för arbetet. Handlingsplaner kan uttrycka en viljeinriktning och innehålla planering av konkret arbete inom prioriterade områden.

- Det kan behövas samordnarfunktioner för att bygga upp fungerande samverkansstrukturer för en specifik målgrupp. En förutsättning är att samordnarfunktionen har tydliga mandat från de berörda verksamheterna och ledningsnivåerna. Även i komplexa individärenden med många professionella medverkande kan det behövas en funktion som har i uppgift att samordna insatser och följa upp resultat.

Enligt Skolverkets utvärdering av nationella samverkansprojekt för barn och unga som far illa/riskerar att fara illa är en av faktorerna för framgång i samverkansarbetet att det finns en utsedd samordnarfunktion [31].

I Socialstyrelsens kartläggning om samordning för barn och unga med funktionsnedsättning framgår att samverkan mellan kompetensområden och aktörer ser olika ut i olika landsting, liksom samordningen av insatser [32]. Kartläggningen visade hur landstingen använder de medel som betalas ut för rådgivning och annat personligt stöd enligt LSS. Flera landsting har samordnare men få har utvärderat hur det fungerar. En del landsting har en utarbetad modell för en samordnad individuell plan för den sökande för att stödet från olika myndigheter och vårdgivare ska planeras så bra som möjligt. För att säkerställa samordningen föreslår Socialstyrelsen att landstingens anslagna medel ska beviljas, men med villkoret att vården och omsorgen till funktionshindrade samordnas och följs upp på ett systematiskt sätt [32]. Särskilt viktigt är att följa upp behoven och samordningens effekter för barn och ungdomar.

Samsyn – gemensamma begrepp

Det behövs ett mått av gemensam problemförståelse när flera aktörer behöver samverka. Det betyder inte att skillnaderna mellan de professionellas olika uppdrag ska slätas ut. Olikheterna är grunden för och styrkan i samverkan. Samsyn handlar om gemensam värdegrund samt respekt för och tillit till varandras uppdrag och kompetens. Det gäller även att ha en någorlunda gemensam uppfattning av problemet eller behovet och vilka insatser som kan behövas. Gemensamma begrepp eller kunskap om varandras begrepp underlättar samverkan, liksom en gemensam kunskapsbas om risk- och skyddsfaktorer, verkningfulla insatser och dokumentationssystem [1].

- Att använda evidensbaserade metoder, insatser och bedömningsinstrument har visat sig vara ett sätt att uppnå samsyn i att identifiera problem och bedöma lämpliga insatser. Arbetssätt såsom ESTER-screening och ESTER-bedömning möjliggör uppföljning av forskningsbaserade risk- och skyddsfaktorer bland barn och unga som har eller riskerar att utveckla ett normbrytande beteende [33]. Samsyn uppnås bland annat genom att de inblandade parterna får gemensam kunskap om barnets problem och behov samt vilka insatser som kan vara lämpliga. Det visade sig att föräldrar och barn har större benägenhet att dela denna samsyn om de har deltagit i arbetet [34]. Fler metoder och insatser samt bedömningsinstrument finns beskrivna i Socialstyrelsens Metodguide [35].
- Gemensamma och standardiserade utrednings- och dokumentationssystem har visat sig underlätta och stödja samverkan [36]. Ett sådant system är BBIC för den sociala barnvården och som används av nästan samtliga landets kommuner. Systemet bygger på forskning och förvaltas och kvalitetssäkras av Socialstyrelsen [36]. Systemet har enligt utvärderingar bidragit till att fokus flyttats till barns behov istället för deras problem, till att barn och föräldrar bjuds in till samverkan i ett tidigare skede, till ett mer enhetligt språk inom socialtjänst och skola samt till respektive verksamhet att tydliggöra och avgränsa sitt uppdrag [37].

Resultat från utvecklingsarbeten

Utvärderingarna av de nationella utvecklingsprojekten som nämns tidigare i detta kapitel, visar en positiv utveckling när det gäller aspekterna av

förankring i organisation, förtydligande av övergripande mål, samt kunskap om varandras områden och om de barn och unga som de samverkar kring [31].

När det gäller förankring i organisationen var det vanligare med förankring i den operativa nivån än hos högsta ledningen. Även om de övergripande målen för utvecklingsarbetet hade blivit tydligare än vad de var innan arbetet startade, så var det ovanligt med konkreta och mätbara mål som visade några resultat för barnen.

I utvärderingen av Västbus framkom bland annat att flertalet av de professionella ansåg att det är viktigare med en gemensam kunskapssyn och förbättrade kunskaper inom ”basverksamheter” (förskola, barnhälsovård och skola) än utökade resurser för att nå framgång i samverkan. Ett annat resultat från utvärderingen av Västbus är att riktlinjerna var mest kända inom socialtjänst, BUP, habiliteringsverksamhet och barn- och ungdomsmedicinsk mottagning (BUM). De var även kända inom skolan, men minst kända inom barnhälsovård och förskola [29]. Liknande resultat har framkommit inom ramen för Socialstyrelsens inventering av vilka metoder som används för att upptäcka och ge stöd till barn och unga som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa [6].

Omvärldsförändringar påverkar

Omvärldsförändringar påverkar förutsättningarna för samverkan och ställer också nya eller förändrade krav på samverkan. Ett sådant påtagligt inslag under senare år är nya aktörer och nya driftsformer inom välfärdssektorn [1,23]. Dessa kan ha annorlunda regelverk, krav på avkastning och ett intresse av att avgränsa sitt uppdrag jämfört med kommunala och landstingskommunala verksamheter. Kunskapsläget om hur denna utveckling påverkar samverkan behöver utvecklas. Studier visar dock att ökad fragmentisering inte leder till ökad samverkan utan snarare tvärtom. Ökad fragmentisering verkar försvåra samverkan (se bilagan).

Riksrevisionen granskade 2011 hur stödet till barn och unga med funktionsnedsättning är organiserat för att undvika samordningsproblem. I granskningen framkom att det saknas kunskap om att samverkan bör ingå som villkor i avtal mellan en offentlig aktör och en privat aktör, vilket leder till att privata aktörer inte anser att det ingår i deras uppdrag att samverka [38].

I bilagens kunskapssammanställning framgår dessutom betydelsen av att samverkan ska ingå vid all upphandling av tjänster som berör barns hälsa och utveckling.

Otydliga uppdrag hinder för samverkan

För att få en fungerande samverkan är det viktigt att de olika verksamheterna har tydliga uppdrag och kännedom om varandras områden och uppdrag. För en del verksamheter, till exempel delar av socialtjänstens insatser, är uppdragen tydligt beskrivna i lagstiftningen eller andra normerande dokument. För andra verksamheter är uppdragen mindre tydliga och behöver förtydligas av vårdgivare eller huvudman. Socialstyrelsen har i inventeringar, uppföljningar och tillsyn av hälso- och sjukvårdens insatser till barn och unga som har eller riskerar att få psykisk ohälsa funnit att det är otydligt vem som ansvarar för vad. Det är ett problem att basverksamheter, så som barnhälsovård och förskola som träffar nästan alla barn, har otydliga uppdrag när det gäller att förebygga psykisk ohälsa. Få landsting har till exempel tagit fram ett landstingsövergripande handlingsprogram för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa, trots att området har varit föremål för en nationell satsning under flera år [6, 39, 40].

Liknande resultat framkom i utvärderingen av Västbus. Inom ramen för riktlinjerna kring målgruppen barn och unga som har en sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik har de försökt förtydliga verksamheternas uppgifter på bas- respektive specialistnivå. Detta arbete uppfattades positivt av flertalet professionella enligt utvärderingen, medan andra uppfattade att det kvarstår en otydlighet i ansvarsfördelning mellan verksamheterna som ingår i Västbus [29].

Otydliga uppdrag kan medföra gränsdragningsproblem om vilken verksamhet som har ansvaret för olika insatser. Det finns flera dokumenterade gränsdragningsproblem såväl mellan landsting och kommun som inom respektive landsting eller kommun. När det gäller barn med psykisk ohälsa är det särskilt tydligt när det gäller första linjens insatser och när det gäller specialistinsatser [40]. Det gäller till exempel gruppen barn och unga som behöver utredning, bedömning och eventuellt insatser på grund av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, vilken har ökat kraftigt under senare år. Den nya skollagen har medfört olika tolkningar om elevhälsans uppdrag. Liknande gränsdragningsproblem finns inom landstingsverksamheter [40]. Bilden kompliceras ytterligare då insatser från verksamheter som har föräldrar som patienter eller klienter ska samordnas med dem som rör barnen och ungdomarna.

Av slutbetänkandet *Se, tolka och agera – om rätten till en likvärdig utbildning* framgår att det finns förväntningar från externa parter såsom till exempel BUP att skolan ska göra omfattande utredningar,

så kallade basutredningar. Dessa utredningar kräver expertis som en enskild skola själv inte alltid besitter. I betänkandet beskrivs svårigheter utifrån skolhuvudmannens sida som handlar om gränsdragningsfrågor och rollfördelning mellan huvudmän – vem som ansvarar för att utredningarna genomförs. [41].

Det har också framkommit att det finns gränsdragningsproblem för den grupp ungdomar med socialt utagerande problematik som har mycket stora sociala och medicinska vårdbehov. Utgångspunkten är att insatser så långt som det är möjligt ska ges på frivillig väg och att tvång ska användas undantagsvis. Denna grupp ungdomar riskerar därför att ramla mellan stolarna på grund av olika uppfattningar om huruvida det är tvång enligt LVU eller LPT som är tillämpligt [42].

Bättre resultat med systematiskt arbete

Även om de flesta studierna handlar om hur man kan stödja samverkansprocessen finns det några studier som visar resultat för barn och unga. En slutsats är att samverkan som utvecklas tillsammans med ett systematiskt arbetssätt verkar ge snabbare och tydligare resultat för barnen. Ett systematiskt arbetssätt innebär att man först definierar ett problemområde och en målgrupp, därefter formulerar tydliga mål och sedan följer upp dem. Exempel på ett sådant arbetssätt är BBIC (se bilaga).

Ytterligare en slutsats är att det förefaller som om samverkan som arbetssätt även kan hjälpa de samverkande aktörerna att få en tydligare bild av målgruppen. De berörda verksamheterna får en tydligare bild av problematiken hos de berörda barnen och ungdomarna. De samverkande aktörerna verkar också kunna upptäcka barn och unga i den aktuella målgruppen tidigare och kan därmed sätta in adekvata insatser tidigare (se bilagan).

I en delstudie har SKL:s modellområdesarbete tagit fram mätbara mål för modellområdena [16]. Bland annat mättes effekter för barnet inom följande områden:

- ökat fokus på barnet
- tidigare upptäckt och tidigare intervention
- tendens till gemensamma insatser i ett helhetsperspektiv
- ökad grad av intern problemlösning (skolan)
- förbättrad föräldrarelation
- fler ansökningar – färre anmälningar.

De olika formerna för ett systematiskt arbetssätt, som utvecklades i samverkan mellan parterna, ledde till tidigare upptäckt av risk för psykisk ohälsa alternativt hög skolfrånvaro jämfört med tidigare. Kartläggningen innebar också möjligheter till snabbare insatser, vilket har dokumenterats [16]. I flera av modellområdena finns det tecken på att dessa förbättringsprocesser har bidragit till att insatser kunnat göras i ett skede då problematiken ännu inte har trappats upp och att svårigheterna därmed har gått att hantera utan mer omfattande insatser.

Det finns exempel på resultat som indirekt kan visa förbättringar för barn och unga. I Skolverkets rapport *Erfarenheter av samverkan kring barn och unga som far illa*, uppgav de deltagande verksamheterna att man har funnit mätbara resultat i form av minskad frånvaro i skolan, minskat missbruk bland ungdomar och fler familjer som önskade stöd från socialtjänsten som resultat av samverkansprojekten [20]. Andra resultat visar att barn och ungdomar har blivit lugnare i skolmiljön, fått bättre relationer med föräldrarna och fått ökad tillit till skolan. Liknande resultat framkom i utvärdering av Västbus. Där uppgav drygt 40 procent av de tillfrågade professionella att riktlinjerna medfört att barn och unga hade fått bättre vård och behandling än vad de troligen skulle ha fått om riktlinjerna inte funnits. Bland personal inom socialtjänsten och BUP hade drygt 60 procent denna uppfattning [29].

Sammanfattande slutsatser

I utvärderingarna liksom i *Strategi för samverkan* framhålls tre komponenter för att samverkan ska fungera: styrning, struktur och samsyn [20]. Dessa tre kan brytas ner i några delområden som enligt forskningen i dag är grundläggande förutsättningarna för en god samverkan. Det är förankring, harmonierande regelverk, tydlig målformulering, tillräckligt med resurser, ändamålsenlig organisation och dokumentation, gemensamt synsätt samt god kunskap om det man samverkar kring och om varandra. Sammantaget visar forskning och andra studier en positiv utveckling när det gäller aspekterna förankring i organisationen, förtydligande av övergripande mål samt kunskap om varandras områden och om de barn och unga som man samverkade kring. När det gäller förankring i organisationen var det vanligare med förankring på den operativa nivån än hos högsta ledningen. Även om de övergripande målen för utvecklingsarbetet har blivit tydligare var det ovanligt med konkreta och mätbara mål för arbetet. En annan slutsats från studierna är att det största hindret som kvarstår är otydliga uppdrag och ansvarsfördelningar om vilken verksamhet

som ansvarar för vad. Ett annat hinder är nya driftsformer och olika utförare som medför att det har blivit ännu mer komplicerat att få till stånd samverkan.

Enligt professor Danermark är det en långsiktig process att bygga samverkan. Processen kan påskyndas genom ett systematiskt förändringsarbete som förutsätter att de som har ansvaret för ett sådant utvecklingsarbete har god samverkanskunskap. Utifrån dagens kunskapsläge anger han (se bilaga) några viktiga krav:

- bygg upp en god samverkanskompetens i organisationen
- identifiera de aspekter som underlättar samverkan
- planera för att understödja dessa aspekter
- identifiera de aspekter som försvårar samverkan
- planera för att motverka dessa aspekter
- följ utvecklingen löpande.

Det börjar nu finnas resultat av samverkan för barn och unga från utvärderingarna av de fleråriga satsningarna på samverkan. En viktig slutsats är att samverkan som utvecklas tillsammans med ett systematiskt arbetsätt verkar ge snabbare och tydligare resultat för barnen. Ett systematiskt arbetsätt innebär att man först definierar ett problemområde och en målgrupp, därefter formulerar tydliga mål och sedan följer upp dem. Exempel på ett sådant arbetsätt är BBIC.

Ytterligare en slutsats är att det förefaller som om samverkan som arbetsätt även kan hjälpa de samverkande aktörerna att få en tydligare bild av målgruppen. De berörda verksamheterna får en tydligare bild av problematiken och resurserna hos de berörda barnen och ungdomarna. De samverkande aktörerna verkar också kunna upptäcka barn och unga i den aktuella målgruppen tidigare och kan därmed sätta in adekvata insatser tidigare (se bilaga).

Aktörerna och deras uppdrag

Detta kapitel beskriver mångfalden av aktörer i välfärdssektorn. Det går också in på svårigheterna med att överblicka vem eller vilka som har ansvar för insatser som barn kan behöva, i samverkan mellan huvudmän och verksamheter.

Olika uppdrag

Hälso- och sjukvård, socialtjänst och förskola/skola har olika uppdrag när det gäller att ge barn förebyggande och behandlande stöd och insatser. Verksamheterna har också olika språkbruk och begrepp. Hälso- och sjukvården ska se till så att barn och unga har tillgång till en god vård. Socialtjänsten ska ge stöd och hjälpinsatser till barn och unga som av olika skäl riskerar att eller redan befinner sig i utsatta situationer. Förskolan ska stimulera barns utveckling och lärande samt erbjuda barnen en trygg omsorg. Skolan ska erbjuda utbildning så att barn och ungdomar får likvärdiga förutsättningar för att nå utbildningens mål.

Förskolan

Förskolan – som är en del av skolsystemet – ska vara trygg, utvecklande och lärorik för alla barn. De ska ha möjlighet att delta utifrån sina förutsättningar. Förskolan har stora möjligheter att tidigt se vilka barn som är i behov av särskilt stöd. Verksamheten ska anpassas till alla barn i förskolan. Barn som tillfälligt eller varaktigt behöver mer stöd och stimulans än andra ska få detta stöd utformat med hänsyn till sina egna behov och förutsättningar så att de utvecklas så långt som möjligt [43].

Skolan

Utbildningen inom skolväsendet syftar till att elever ska inhämta och utveckla kunskaper och värden. Undervisningen ska anpassas till varje elevs förutsättningar och behov. Den ska främja elevernas fortsatta lärande och kunskapsutveckling med utgångspunkt i elevernas bakgrund, tidigare erfarenheter, språk och kunskaper [44]. Elever ska ges stöd och stimulans så att de utvecklas så långt det som möjligt. När det gäller en elev som riskerar att inte nå de kunskapskrav som minst ska uppnås eller som uppvisar andra svårigheter i sin skolsituation, ska elevens behov av

särskilt stöd skyndsamt utredas. Rektor har ansvar för att så sker. Samråd ska ske med elevhälsan.

Elevhälsan

Elevhälsans arbete utförs i skolan och styrs av skollagen. Elevhälsans personal berörs på olika sätt av olika regelverk, som skolans läroplaner och kursplaner samt de författningar som reglerar hälso- och sjukvården. Syftet med en samlad elevhälsa är främst att skapa förutsättningar för ökad samverkan mellan det som tidigare kallades särskilda elevvården, skolhälsovården och det samordnade ansvaret för specialpedagogiska insatser (Proposition 2009/10:165 Den nya skollagen – för kunskap, valfrihet och trygghet s. 275). Det är också angeläget att samverkan sker externt med övrig hälso- och sjukvård samt med socialtjänst och andra aktörer [45].

Hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvård arbetar i huvudsak med att medicinskt förebygga, utreda och behandla barns sjukdomar och skador. Barnhälsovården (BHV) arbetar emellertid förebyggande med återkommande kontroller av de barn, vars föräldrar söker sig till BHV, och har liksom förskolan stora möjligheter att tidigt upptäcka vilka barn eller föräldrar som kan behöva stöd under barnets fortsatta utveckling [46]. Primärvården remitterar vid behov vidare till specialistvården, för utredning och/eller behandling. Hälso- och sjukvården är ofta i behov av att samverka med barn och föräldrar samt med förskola/skola och socialtjänst för att uppnå hälsomålen för det enskilda barnet. Hälso- och sjukvården har ett särskilt ansvar för att beakta barns behov av information, råd och stöd när en förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har missbruk, en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning, allvarlig somatisk sjukdom eller skada eller oväntat avlider (2 § HSL).

Socialtjänsten

Socialtjänsten har ett dubbelt uppdrag: dels kan socialtjänsten ge råd och stöd till alla som söker sig till i så kallade öppna verksamheter, dels ansvarar socialtjänsten för myndighetsutövning. Socialtjänsten kan ge individuellt utformade insatser efter en ansökan från den berörda familjen eller ungdomen eller efter en anmälan från någon verksamhet eller person. Socialtjänsten behöver ofta hämta in en bedömning från hälso- och

sjukvården och ett underlag från skolan för att kunna göra en allsidig utredning och bedömning av vilka insatser som är lämpliga.

Socialtjänsten behöver också etablera en intern samverkan för samordnade insatser till såväl barn som vuxna i familjen, när det finns missbruk eller psykisk ohälsa hos någon vuxen. Socialtjänsten bygger på frivillighet och samarbete med den som är berörd. Under vissa förutsättningar finns möjligheter att föreslå åtgärder mot barnets, den unges eller föräldrarnas vilja.

Många aktörer

Mångfalden av aktörer inom den offentligt finansierade välfärdssektorn har under senare år ökat. Andelen välfärdstjänster inom vård, skola och omsorg som utförs av privata producenter har ökat kraftigt liksom andelen brukare som får sina tjänster tillhandahållna av en privat aktör. Som exempel kan nämnas att andelen vårdcentraler inom primärvården som drivs av privata vårdgivare har ökat från 28 procent till 40 procent under åren 2007–2011. Antalet fristående grundskolor har mer än fördubblats på 15 år (från 238 skolor 1995/96 till 741 skolor 2010/11) och det finns i dag fler fristående gymnasieskolor än det finns kommunala [2].

Barn som riskerar att få eller har psykisk ohälsa, barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa samt barn och unga med funktionsnedsättning kan få insatser från flera aktörer samtidigt. Genom tillsyn, utvärderingar och uppföljningar har Socialstyrelsen konstaterat att det finns problem och brister inom den vård och omsorg för barn och unga som behöver insatser från fler instanser samtidigt.

Följande exempel visar på den stora bredd av verksamheter där barn finns. Det kan även finnas fler verksamheter som inte finns beskrivna och vägledningen kan därför inte göra anspråk på att täcka hela välfärdssektorn.

Verksamheterna i de gröna rutorna på bilden representerar olika skolformer. De röda rutorna representerar verksamheter inom hälso- och sjukvården och de blå rutorna verksamheter inom socialtjänsten. De turkosa rutorna är övriga verksamheter och kan gälla statliga verksamheter eller till exempel olika organisationer.

Figur 2. Aktörskarta



Barn och unga som behöver samhällets olika insatser

Barns och ungas psykiska och fysiska hälsa samt sociala situation och relationer i familjen och med deras övriga nätverk hänger nära samman. Var dagen med familj, vänner, skola och fritid är barns och ungas utvecklingsmiljö och villkor för hälsa och välbefinnande. Det är inte alltid enkelt att avgöra om ett barns problem är pedagogiskt, fysiskt, psykiskt eller socialt betingat. Olika problem kan yttra sig på ett likartat sätt och ibland är symtomen otydliga. De olika professionerna kan dessutom göra skilda bedömningar av samma problem. Barns och ungas behov av insatser är sällan renodlade och det kan vara svårt att bedöma barnets behov.

Nedan beskrivs kortfattat tre exempel på grupper av barn som kan ha behov av insatser från flera av de ovan nämnda aktörerna och verksamheterna.

Barn med funktionsnedsättning

I Riksrevisionens granskning från 2011 om hur stödet till barn och unga med funktionsnedsättning är organiserat framkom att aktörerna fortfarande har samverkansproblem [32]. Mångfalden av huvudmän och aktörer försvårar samverkan och bidrar till problem och förvirring hos alla inblandade samt att förankringen av samverkan uppåt i organisationen ofta brister. Enligt granskningen anser sig ingen aktör ha ett uttalat mandat att driva samverkan och ingen känner sig huvudansvarig för samordningen av stödet. Ingen har heller en helhetsbild över individens situation. Det saknas tillgång till aktuell och heltäckande information om vilka stöd som finns och vilken huvudman som ansvarar för respektive stöd. Att verksamheter styrs av skilda budgetar är ett problem som försvårar samverkan och samordningen. Även prestationsbaserade ersättningsystem riskerar att missgynna samverkan, då privata aktörer enligt Riksrevisionen inte anser att det ingår i deras uppdrag att samverka.

Riksrevisionen rekommenderade i sin granskning 2011 Socialstyrelsen att inom ramen för sin tillsyn granska att avtal mellan offentliga huvudmän och privata utförare innehåller villkor om samverkan. Riksrevisionen skrev vidare att villkoren om samverkan bör följas upp och är ändamålsenligt utformade så att huvudmännen därigenom kan fullgöra sitt ansvar enligt lagar och förordningar. Detta har dock hittills inte genomförts, men Socialstyrelsen anser att det kan finnas skäl att initiera kontinuerlig uppföljning av samverkansavtal, skriftliga överenskommelser och samordnarfunktioner [32].

Barn med psykisk ohälsa

Socialstyrelsen har genomfört nationell tillsyn av den specialiserade BUP och den icke specialiserade vården för barn och ungdomar med psykisk ohälsa, det vill säga vårdcentraler, BVC, ungdomsmottagningar samt skolhälsovård. Det har visat att det är oklart vem eller vilka aktörer som ansvarar för förebyggande och tidiga insatser för barn över sex års ålder. Det framkom att många vårdcentraler anser att de inte har något ansvar för målgruppen, skolhälsovården har inget egentligt behandlingsansvar och den specialiserade vården ska ta hand om de svårast sjuka barnen och ungdomarna. En av de brister som konstaterades i granskningen att det saknas uppdrag från vårdgivarna till verksamheterna eller att de är otydligt utformade.

Socialstyrelsen gör bedömningen att detta fortfarande är aktuellt och en starkt bidragande orsak till de diskussioner som ofta uppstår om vem eller vilken aktör som har ansvar för en ung människa som har psykiska problem. Inte sällan leder denna oklarhet i ansvarsförhållandena till att ingen tar ansvar och att den unge ”faller mellan stolarna” med risk för att bli utan vård – något som för den unge kan få livsavgörande konsekvenser [47].

I Socialstyrelsens arbete med att följa upp den förstärkta vårdgarantin för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa har myndigheten även gjort en kartläggning av landstingens verksamheter för barn och unga med psykisk ohälsa.

Det framkommer att det finns gränsdragningsproblem och otydligheter vad gäller ansvarsfördelningen både mellan aktörer inom landstingen, exempelvis inom den första linjen och mellan landsting och kommun [40].

Diskussionerna om en första linje handlar inte bara om en tydligare fördelning av uppdrag och insatser på olika nivåer och aktörer. Diskussionerna visar också tydligt på betydelsen av samverkan mellan huvudmän och verksamheter. För att kunna ge rätt insatser i rätt tid behöver flera olika verksamheter samverka både när det gäller att upptäcka psykisk ohälsa och att planera, genomföra och följa upp insatser.

Barn som far illa: placerade barn

Barn och unga som inte kan bo kvar i sitt hem kan placeras i ett boende utanför det egna hemmet. Barnen kan placeras i familjehem, jourhem, hem för vård eller boende (HVB) eller i ett särskilt ungdomshem, som också är en typ av HVB. Socialtjänst, skola samt hälso- och sjukvård har ett ansvar för att samverka kring placerade barn. Ett samverkanshinder är

att det inom varje part (socialtjänst, skola och hälso- och sjukvård) finns flera aktörer, vilket innebär att det kan bli många personer som arbetar med och kring barnet. Det här kan försvåra överblicken över den egna insatsen som är en del av barnets situation.

Upptäcka, utreda och undersöka

Hälso- och sjukvård, socialtjänst och förskola/skola har olika begrepp och lagstöd för att beskriva processen från att upptäcka barn med behov eller i risk. Skillnaden gäller också hur man utreder eller diagnostisera tillstånd och behov samt hur man beskriver eventuella insatser.

Det finns ingen entydig beskrivning av vilka barn och unga som kan vara i behov av att insatser ges i samverkan. Det kan handla om barn och unga som lever i en utsatt situation, barn som har föräldrar med allvarliga svårigheter eller som sviktar i sin omsorgsförmåga eller barn som har en funktionsnedsättning av något slag. Det kan också vara barn och unga som av olika skäl har ett avvikande beteende. För en del av barnen kan tillvaron vara mycket komplex och de kan till exempel samtidigt ha funktionsnedsättning, psykisk ohälsa och föräldrar som sviktar i sin omsorgsförmåga. För alla barn och unga som samhället särskilt behöver uppmärksamma och stödja gäller att deras fysiska och psykiska hälsa samt sociala situation och relationer i familjen och nätverk hänger nära samman. Ingen verksamhet kan ensam klara att ge barnet eller den unge tillräckligt stöd, utan det behövs engagemang och ansvarstagande från flera verksamheter.

Olika verksamheter och huvudmän ansvarar för insatserna. Ibland finns barnen i primärvården på specialistnivå – ibland i båda. Nedan finns ett schema, som visar de olika parallella processerna och begrepp som används i de olika verksamheterna.

Figur 3. Schema som visar olika parallella processer och begrepp

Socialtjänst	Ansökan, anmälan, begäran	Utreda behov	Bedömning av lämplig insats	Besluta och planera genomförande	Genomförande, initiera samverkan	Uppföljning, utvärdering
Skola	Uppmärksamma	Utreda behov av särskilt stöd	Diskussion om lämpliga åtgärder	Utarbeta åtgärdsprogram	Genomförande	Uppföljning, utvärdering
Hälsa- och sjukvård	Ansökan, remiss	Undersöka, utreda	Diagnos	Ta fram behandlingsplan	Behandling	Uppföljning, utvärdering

Planer för barn och unga

Individuella planer som rör enskilda barn och ungdomar förekommer bland annat inom hälso- och sjukvårdens, socialtjänstens och skolans verksamheter samt Försäkringskassans aktiviteter. De beskrivs i lagstiftningen som gäller för respektive verksamhet. Dessa planer har olika funktion och de kan delvis ha samma syfte. Det kan vara svårt att ha överblick över alla planer som kan vara aktuella för ett enskilt barn. En del planer syftar till att underlätta för verksamheterna medan andra är mer individrelaterade.

Det är barnets behov av insatser och syftet med respektive plan som måste avgöra om, till vilka delar och på vilket sätt planerna behöver samordnas [48]. Därför behöver de som samverkar kring ett barn ha kännedom om att det kan finnas olika planer.

Planer i socialtjänsten och hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvård och socialtjänst finns bland annat följande planer:

1. samordnad individuell plan (individuell plan) enligt SoL och HSL
2. genomförandeplan enligt SoL, LVU och LSS
3. vårdplan enligt SoL och LVU
4. samordnad plan enligt LPT
5. rehabiliteringsplan enligt HSL
6. habiliteringsplan enligt HSL

7. individuell plan enligt LSS
8. vårdplan och insatser vid utskrivning efter behandling och vistelse inom slutenvård enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.

En samordnad individuell plan kan ersättas av en annan plan enligt någon annan bestämmelse eller på frivillig grund så länge samtliga föreskrivna krav finns med [48].

När barn eller unga behöver vårdas i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem ska en plan upprättas för den vård som socialnämnden avser att anordna. Planen ska även uppta åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för. För barn och unga som vårdas i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem ska en plan upprättas över hur vården ska genomföras (se kapitlet Lagstiftning s. 74).

I samband med att en insats enligt LSS beviljas ska den enskilde erbjudas att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom eller henne.

Den som har beviljats en insats enligt LSS ska när som helst själv kunna begära att en individuell plan upprättas om det inte redan har skett.

Planer i skolan

I skolan finns bland annat följande planer:

- Individuell utvecklingsplan (IUP) för grundskolan
- Individuell studieplan för gymnasieskolan
- åtgärdsprogram

Individuell utvecklingsplan

Alla elever inom grundskolan har en individuell utvecklingsplan.

I Skolverkets allmänna råd (SKOLFS 2012:16) *Utvecklingssamtalet och den skriftliga individuella utvecklingsplanen*, beskrivs hur utvecklingssamtalet och den skriftliga individuella utvecklingsplanen ska fungera som ett stöd för elevens lärande och kunskapsutveckling. Utvecklingsplanen ska synliggöra hur eleven kan utvecklas så långt som möjligt i förhållande till de nationella målen för utbildningen.

Åtgärdsprogram

I skolan är det viktigt att uppmärksamma barn som riskerar att fara illa och att upptäcka vilka barn som har särskilda behov eftersom det är arenor där alla barn vistas. För att kunna upptäcka och åtgärda särskilda behov beskrivs i Skolverkets allmänna råd att det ska finnas en tydlig arbetsprocess som kontinuerligt ska dokumenteras. Detta ska göras i arbetet med åtgärdsprogram enligt Skolverkets allmänna råd (SKOLFS 2013:8) om arbete med åtgärdsprogram för elever i behov av särskilt stöd.

Om det inom ramen för undervisningen, genom uppgifter från lärare, övrig skolpersonal, en elev eller en elevs vårdnadshavare eller på annat sätt, framkommer att det kan befaras att en elev inte kommer att nå de kunskapskrav som minst ska uppnås ska detta anmälas till rektorn. Rektorn ska se till att elevens behov av särskilt stöd skyndsamt utreds. Samråd ska ske med elevhälsan, om det inte är uppenbart obehövt. (3 kap. 8 § skollagen)

Elevhälsan kan bestå av en läkare, skolsköterska, kurator, psykolog eller specialpedagog. En utredning kan innehålla flera steg och nivåer. Skolan kan börja med en pedagogisk utredning som utförs av klassläraren och lärarlaget.

Skolan kan behöva komplettera med flera utredningar, såsom en skol-social utredning, psykologisk utredning, medicinsk bedömning eller en utredning utanför skolan, exempelvis hos BUP.

Erfarenheter av lokal och regional samverkan

Erfarenheter av lokal och regional samverkan kan vara ett stöd för huvudmän och verksamhetsansvariga inom förskola, skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst i arbetet med att ytterligare utveckla hållbara samverkansmodeller.

I detta kapitel presenteras fem exempel på samverkan mellan förskola/skola, vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten. Exempelen har olika angreppssätt och omfattning.

Två av dem, Modellområdesprojektet och Sörmland UPP-märksamar barnen är delar av den nationella satsningen på att identifiera och skapa evidensbaserade metoder för barn som har eller riskerar att få psykisk ohälsa. Modellområdesprojektet omfattar både den professionella verksamhetsnivån och den professionella och politiska ledningsnivån. Projektet i Sörmland har haft den högsta politiska och professionella ledningen som målgrupp.

VästBus och BUS Stockholm, är exempel på så kallade BUS-avtal där ett landsting eller en region har arbetat fram skriftliga avtal tillsammans med samtliga berörda kommuner i länet. Avtalen i VästBus gäller barn med sammansatt neuropsykiatrisk och social problematik och avtalen i BUS Stockholm berör barn och unga i behov av särskilt stöd. Båda dessa samverkans exempel har nästan tio års erfarenhet och visar att det är ett långsiktigt arbete att ta fram samverkansstrukturer.

Hamnen är ett konkret exempel på samverkan mellan socialtjänsten i en kommun och vårdcentralen/landstinget. Syftet är att skapa en fungerande första linjens mottagning för barn och unga som riskerar att utveckla eller har lindriga symtom på psykisk ohälsa.

Dessa exempel gör inte anspråk på att vara heltäckande eller mer framgångsrika än andra exempel, men de ger en bild av olika samverkansmodeller kring barn och unga som behöver insatser från flera instanser. Det kan finnas en risk med att nämna särskilda projekt eftersom de snabbt kan förlora i aktualitet.

- Sörmland UPP-märksammar barnen, Socialstyrelsen
- Modellområdesprojektet, SKL
- Hamnen, Värmdö kommun/Stockholms läns landsting
- VästBus, Västra Götaland
- BUS Stockholm, Stockholm

Sörmland UPP-märksammar barnen, Socialstyrelsen

Utvecklingsprojektet initierades av Socialstyrelsen efter att myndighetens nationella utvecklingscentrum (UPP-centrum) hade konstaterat behov av utvecklad samverkan [6]. Socialstyrelsen tecknade 2009 avtal med Sörmlands landsting och länets samtliga nio kommuner för att starta ett utvecklingsarbete. Dessutom medverkade Nätverket Hälsa och Demokrati samt Nätverket Uppdrag Hälsa [49].

Utvecklingsprojektets mål var att främja samverkan mellan verksamheterna i länet samt att öka kunskapen om varandras uppdrag och förutsättningar.

Ett långsiktigt mål var att utveckla arbetssätt som kan integreras i de ordinarie samverkans- och styrprocesserna, med ökade kunskaper och samsyn kring barn och ungdomar som riskerar att utveckla psykisk ohälsa och om deras situation och behov. Ett annat mål är att landstinget och kommunerna ska besluta om gemensamma mål för barn och unga i länet med fokus på tydliga samverkansarenor, tydliga uppdrag och mandat samt en tydlig vision för att identifiera behovs- och riskgrupper.

Deltagare i projektet har varit ledande politiker i landstingsstyrelse, hälso- och sjukvårdsnämnd, kommunstyrelse, barn- och utbildningsnämnd, socialnämnd eller motsvarande samt ledande tjänstemän inom respektive organisation.

Process

Deltagarna träffades under totalt sex dagar. De fick tillgång till samma basfakta om vilka barn som har eller riskerar psykisk ohälsa samt viktiga risk- och skyddsfaktorer och lovande samverkansstrategier.

Dessutom träffades verksamhetsföreträdare för förskola, skola, elevhälsa, socialtjänst, primärvård, barnhälsovård, barn- och ungdomshabilitering samt BUP under en dag och kom gemensamt fram till vilka riskgrupper som Sörmland bör prioritera. En kartläggning av länets samverkansarenor för politiker och tjänstemän visade att det finns

samverkansgrupper på basnivå för barn och unga som riskerar psykisk ohälsa där alla berörda samverkanspartner ingår.

Flera av dessa grupper har dock otydliga uppdrag och saknar rapporteringsskyldighet. Dessutom saknas förskolan och skolan i samverkansgrupper på lednings- och politisk nivå. Under arbetets gång har kommunpolitiker bland annat upptäckt att det finns vissa fakta att tillgå om små barn i barnhälsovårdens årliga redovisningar. Skolpolitiker och skolchefer har bland annat tagit del av kunskap om att utbildning är en av de viktigaste skyddsfaktorerna för alla barn, och särskilt de mest utsatta [10].

Resultat

Ordförandena i landstingsstyrelsen och i kommunstyrelserna har nu tagit över arbetet med utvecklingen i länet.

En gemensam vision har antagits och några kriterier för det förebyggande arbetet som regelbundet ska följas upp varje år har fastställts. Länsstyrgruppen för barnfrågor, som består av ledningspersoner inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, ska i fortsättningen också samverka med länets skolchefer. För samverkan har följande grupper prioriterats: små barn där psykisk ohälsa kan upptäckas tidigt, skolbarn som riskerar att lämna skolan med ofullständiga betyg, barn med fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar, barn som utsätts för våld, misshandel och övergrepp, placerade barn samt barn med föräldrar som missbrukar eller har psykiska problem.

De berörda verksamheterna har också fått i uppdrag att under året ta fram förslag till en första linjens psykiatri för barn och unga.

På sikt kan det skapa förutsättningar för en samverkansmodell på länsnivå där landsting och kommuner gemensamt arbetar mot vissa mål, till exempel att antalet barn som går ut utan godkända betyg ska minska med x procent inom en viss tid, att den olovliga skolfrånvaron minskar med x procent under samma tid och att unga som slutat skolan men inte har sysselsättning eller utbildar sig fångas upp systematiskt och får adekvata insatser.

En gemensam bas

Syftet var att skapa en gemensam bas för att utveckla processer i befintliga samarbetsorgan. I uttalanden gjorda av politiker under utvecklingsarbetet framgår betydelsen av kunskap om målgruppen för att kunna fatta korrekta beslut. Avslutningsvis formulerades en vision om en god och

trygg uppväxt för Sörmlands barn [30]. Det gavs även ett uppdrag till de olika länsstyrgrupperna om att:

- identifiera aktörer som kan påverka visionen
- skapa rutiner, som bygger på samverkan mellan kommunerna och landstinget för att identifiera samt göra tidiga insatser för barn som riskerar att utveckla psykisk ohälsa.
- återkoppla de framtagna uppföljningsområdena årligen till målgruppen för utvecklingsarbetet.

Det är inte möjligt att dra slutsatsen att utvecklingsarbetet har resulterat i bättre effekter för barnen i samverkan, då det så nyligen har avslutats. Någon utvärdering av detta utvecklingsarbete har inte genomförts.

Modellområdesprojektet, SKL

Regeringen och SKL tecknade år 2008 en överenskommelse om ett projekt för förändringsarbete avseende första linjens vård och omsorg för barn och ungdomar med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom, "Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga".

SKL sammanfattade i en slutrapport sitt arbete med de så kallade modellområdena. Under projekttiden 2009–2011 beviljades fjorton geografiska områden utvecklingsmedel [21]. Ett modellområde utgjorde under projekttiden en enhet bestående av ett landsting eller en region tillsammans med en eller flera kommuner eller stadsdelar. Modellområdenas uppgift var att, utifrån sina lokala förutsättningar, ta fram praktiskt fungerande modeller för arbets- och samverkansmetoder för att ge barn och unga den hjälp de behöver, i rätt tid och på rätt nivå. Den överordnade målsättningen var att uppnå konkreta och bestående verksamhetsförbättringar i skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård som ska märkas för barn, unga och deras närstående. För att de lösningar som togs fram skulle kunna bli tillämpliga i andra delar av landet med liknande villkor har stor variation i områdenas geografiska och demografiska förutsättningar eftersträvat. Totalt har 22 kommuner och 11 landsting/regioner medverkat i projektet. Första året (2009) ägnades åt att kartlägga vilka verksamheter som har till uppgift att ge insatser till barn och unga som har, eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa, undersöka hur dessa verksamheter fungerar var och en för sig och som en helhet samt utifrån inventeringens resultat upprätta en handlingsplan för ett samordnat arbete med målsättningen

att synkronisera och förbättra de befintliga verksamheterna och deras samordning. Andra och tredje året ägnades åt att genomföra förbättringsarbete, ta fram modeller för en fungerande första linje och se till att synkroniseringsarbetet förankrades lokalt [21].

Två studier

För att skapa en ökad förståelse för vilka mekanismer som driver eller motverkar förbättringsarbete, har projektet genomfört två studier. Den ena studien analyserade förutsättningarna för och effekterna av god samverkan – den så kallade ”samverkansstudien”. Den andra studien undersökte ekonomiska incitament och hinder för att investera i barn och unga i behov av insatser från flera aktörer – ”den socioekonomiska studien”.

Samverkansstudien

Samverkansstudien omfattade sju modellområden och belyste deras förbättringsarbete kring teman såsom skolnärvaro, förskolans roll i tidig upptäckt och etableringen av multiprofessionella team [21]. Upplevelsen av samverkan har förbättrats inom alla områden utom ett, men effekterna på arbetssätt och för brukare är hittills svåra att fastställa. Preliminära resultat från studien visar att samverkan måste ses som en strategisk investering.

Två framgångsfaktorer förefaller vara särskilt avgörande för att investeringen ska kunna realiseras. För det första krävs ett aktivt engagemang på alla nivåer och med alla medverkande organisationer. För det andra måste aktörerna gemensamt utveckla en samlad styr- och uppföljningsmodell med adekvata mått för arbetssätt och eftersträlvade effekter. En sådan gemensam modell är viktig för att konkretisera och driva arbetet framåt via ett kontinuerligt lärande om vad som ger resultat. För personer med allvarlig psykisk ohälsa i barndomen är risken för fortsatta svårigheter i vuxenlivet stor och förenad med både lidande för den enskilda och kostnader för samhället.

Socioekonomiska studien

Den socioekonomiska studien visar de stora kommunala och samhälls-ekonomiska kostnader som följer av sena och otillräckliga insatser: För ett barn med allvarlig adhd kan extrakostnaderna uppgå till drygt 4 miljoner kronor utöver de 3,5 halv miljon som varje barn kostar samhället under uppväxten. Tidiga och synkroniserade insatser resulterar i lägre extrakostnader redan under ungdomsåren, drygt 2 miljoner kronor. I ett

längre perspektiv görs en ännu mer påtaglig samhällsekonomisk vinst eftersom ett barn som har fått rätt insatser i rätt tid sannolikt kommer att kunna delta på arbetsmarknaden (helt eller delvis) som vuxen. Lågt räknat kostar en långtidsarbetslös individ samhället cirka 150 000 kronor per år. De ackumulerade kostnaderna för en individ som aldrig kommer in på arbetsmarknaden blir cirka sex miljoner kronor fram till pensionsåldern. En utmaning är att utforma ekonomiska beslutsunderlag så att kort- och långsiktiga ekonomiska konsekvenser av de insatser som görs synliggörs och kan utvärderas [21].

Avslutande diskussion

En välfungerande första linje kan erbjuda tidiga insatser och därmed förhindra utveckling av allvarlig psykosocial problematik. Modellområdesprojektet har visat att en första linje kan byggas upp på många olika sätt. Trots modellernas olikhet finns gemensamma nämnare. För förverkligande krävs för det första en välfungerande ledning och styrning som kan göra en kommun- och landstingsgemensam beställning. För det andra behövs tydliga incitament som skapar motivation hos alla nödvändiga aktörer. För det tredje måste det finnas kompetens att mäta resultat och följa upp den valda modellens effekter för barn på kort och lång sikt. En tydlig första linje kan vara ett sätt att stärka barnens perspektiv. För att lyckas behövs en helhetssyn på barnens utveckling där alla samhällets insatser – speciellt skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst – utvecklas för att möta barn och unga och deras familjer med en synkroniserad helhet.

Förändring är svårt och därför behövs mycket kunskap inom olika områden och kunniga personer som kan arbeta tillsammans för att sätta barnens behov i förgrunden. Det kräver på kort sikt att organisatoriska strukturer förskjuts till bakgrunden och på längre sikt förändras. En strategi för utvecklingsarbete behöver beakta att generella insatser erbjuds till alla och riktade insatser till de få som behöver det, eftersom detta är metoder som kompletterar varandra. Ett sådant arbetssätt kommer att ställa nya krav på att hela spektrumet av strategier, från främjande via förebyggande till behandlande, kombineras för att tillsammans ge största möjliga effekt. För att en effektiv samordning ska kunna genomföras krävs en gemensam helhetsbild och utifrån den ett tydliggörande av organisationers ansvarsfördelning och av olika sorters beslutsmandat, mellan politiker och tjänstemän samt mellan chefer och andra verksamhetsföreträdare. Ledningens aktiva stöd och ägarskap har visat sig vara en avgörande faktor för att lyckas med utvecklingsarbete.

Förmågan att mäta och utvärdera de insatser som ges av samhället måste förbättras, på både lokal, regional och nationell nivå. Det behöver utvecklas gemensamma system som ger löpande återkoppling kring utfallet. Även aktörer på nationell nivå, såsom departement och myndigheter med ansvar för frågor kring barn och unga, behöver samordna sin politik inom detta område [21].

Regeringen har beviljat SKL ytterligare medel för att bedriva ett utvecklingsarbete för barn och ungas psykiska hälsa under perioden 2012–2014. Det projektet, som kallas ”Psykn” (psykisk hälsa synkroniserad), kommer att riktas mot de utvecklingsområden som har identifierats under Modellområdesprojektet.

Hamnen, Värmdö kommun/Stockholms läns landsting

Hamnen är ett utvecklingsarbete mellan socialkontoret i Värmdö kommun och Stockholms läns landstings vårdcentral i Gustavsberg. Samverkansprojektet tillkom efter en omorganisation i landstinget och sammanslagningarna av BUP-mottagningarna i Nacka 2005 [50]. Det resulterade i längre resväg för barnen på Värmdö att åka till BUP, samtidigt som anmälningarna till socialtjänsten ökade. Trycket på BUP blev högt och skolkuratorer vittnade om att det var svårt att ta hand om alla barn och ungdomar som inte ”kvalade in” på BUP men som hade stora behov.

En ansökan för samverkansprojektet mellan parterna skrevs och skickades till hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i Stockholm, med ambitionen att hitta fungerande arbetssätt för samverkan mellan kommun och landsting för första linjens vård. Socialstyrelsen har bidragit med finansiering av utvärderingen av Hamnen.

Kommunen såg ett behov av att stödja familjer med barn i åldrarna 6–12 år, för vilka det saknades en lättillgänglig öppen verksamhet. Parterna ville även erbjuda småbarnsfamiljer och tonårsfamiljer ett komplement till den befintliga ungdomsmottagningen och BVC.

Parterna tänkte sig en mottagning med gemensamt arbetssätt och flöde, och att den tänkta verksamheten skulle präglas av hög tillgänglighet och en strävan att anpassa innehållet efter målgruppens behov samt arbeta utifrån evidensbaserade metoder. Den tänkta verksamheten skulle fortlöpa utvärdera insatser samt i möjligaste mån bedriva forskning och utveckling.

Biträdande socialchefen och verksamhetschefen för vårdcentralen i Gustavsberg, ville tillsammans hitta en samverkansform för att möta

familjerna i ett tidigt skede. I en process 2007/2008 utvecklades verksamheten till att bli en gemensam mottagning för kommunens förebyggande uppdrag och landstingets ”första linjens barn- och ungdomspsykiatri”. Hamnen startades av parterna hösten 2008.

Hamnen består av två huvudmän och två chefer från olika verksamheter. Personalen tillhör sin egen organisation och samarbetar med den övriga verksamheten i kommunen respektive landstinget. Socialtjänsten ansvarar för stödjande insatser (stödsamtal och föräldrastöd) och primärvården för psykologinsatserna och sjukvård. Förskolan och skolan finns med som en samarbetspartner och har en viktig roll när det gäller att informera barn och föräldrar om Hamnen.

Hamnen har tagit fram en checklista med punkter som de anser är avgörande om man vill efterlikna deras första linjes mottagning för barn med psykisk ohälsa, i samarbete med socialtjänst och primärvård:

Socialtjänst och primärvård

- ställningstagande till vad som ska ingå i första linjen och till samverkan med andra verksamheter i kommunen (till exempel skolan) och landstinget (till exempel specialistvård)
- förankring uppifrån inom respektive huvudman
- delat huvudmannaskap och ledarskap
- samlokalisering
- tydliga professionsbeskrivningar av olika professioners kärnkompetenser
- tydliga ansvarsområden
- strategi för uppföljning (som kan bli underlag för utvärdering)
- gemensamma system för statistik och uppföljning
- arbetstid avsatt för statistik och uppföljning

Evidensbaserat arbete

- beskriva målgrupp och syfte
- kartlägga målgrupp
- kartlägga befintlig kunskap
- bemanna utifrån kunskapsläge
- ta fram enhetlig dokumentation
- göra lokala uppföljningar
- Ha koppling till universitet/ FoU (Forskning och utveckling)

Praktiskt genomförande

- lokal förankring inom landsting och kommun
- aktiv samverkan med vårdgrannar och skola
- brett intag och gränsdragning mot specialistnivån
- förankring i egen organisation genom anställning
- nära koppling till husläkarmottagning och socialtjänstens öppna verksamheter
- lokalisering i icke stigmatiserande miljö
- enhetligt informationsmaterial

Resultat

Utvärderingen av Hamnen bekräftar parternas arbetshypotes: om kommunens förebyggande insatser och landstingets första linje byggs ut så minskar söktrycket något till andra linjen och på sikt även till socialtjänsten.

Det visade sig att det verkliga var den förväntade behovsgruppen som sökte hjälp och stöd hos Hamnen. De vanligaste grupperna var barn med ångest, depression och utagerande beteende. Medelåldern för barnen var 11,5 år med en liten övervikt för pojkar.

Hamnen visar i sin utvärdering att det är möjligt med samverkan mellan två huvudmän (landsting och kommun) och flera verksamheter som kan ge familjer stöd, hjälp och behandling av flera professioner under samma tak [50].

VästBus

Västbus kallas de riktlinjer för samverkan kring barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik som Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götalands län fastställde under våren 2005 [51]. Bakgrunden till överenskommelsen är att kommunförbunden i Västra Götaland och Västra Götalandsregionen under 2001 kom överens om att arbeta fram en policy och riktlinjer för ansvarsfördelningen för målgruppen barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik. De enskilda kommunerna i Västra Götaland har sedan var och en för sig antagit policyn.

Policyn innebär att de arbetar utifrån att lagstiftningen anger respektive huvudmans verksamhets- och kostnadsansvar. Om lagen inte ger tydlig vägledning om ansvarsgränserna ska frågan lösas genom samarbete och

överenskommelser mellan huvudmännen. De menar att ett barns eller en ungdoms intressen aldrig får åsidosättas på grund av att skilda huvudmän har olika verksamhets- och kostnadsansvar. Kommuner och landsting har ett gemensamt ansvar för detta. Barnets och/eller ungdomens behov av utredning eller behandling ska fullföljas utan dröjsmål även om kostnadsansvaret är oklart [51].

I Västbus beskrivs samverkans- och informationsskyldigheten, och de refererar till skyddet för utsatta barn som betonas i socialtjänstlagen, hälso- och sjukvårdslagen och skollagen. Som följer av 5 kap. 1 a § SoL, har socialnämnden ett huvudansvar och ska initiera samarbete där andra myndigheter är skyldiga att medverka. I Västbus framgår av riktlinjerna vidare att alla verksamheter är skyldiga att informera sina samverkanspartner om förändringar som kan påverka förutsättningarna för samverkan eller samordning, eller som kan få andra konsekvenser för den andre huvudmannens verksamhet.

Västbus uppdrog åt FoU i Väst/GR (forskning och utveckling i Väst/Göteborgsregionens kommunalförbund) att genomföra en utvärdering om i vilken utsträckning riktlinjerna har implementerats i verksamheterna, hur väl de är kända av personalen, hur de har mottagits och om de uppfattas som möjliga att följa [29].

Resultat

Enligt utvärderingen har det etablerats samverkansorgan eller samverkansstrukturer för att främja arbetet kring barn och unga med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik i tre fjärdedelar av länets kommuner. I övriga kommuner använder man sig av andra samverkansmodeller. Den operativa tillämpningen (nätverksmöten och gemensamma vårdplaner) har ökat under perioden. I utvärderingen framkommer även att dessa samverkansorgan eller andra samverkansstrukturer inte är tillräckligt kända bland samtliga samverkanspartner inom och utanför kommunerna [29].

Utvärderingen visade att i de verksamheter där den framtagna policyn var känd uppfattas den som relevant och ändamålsenlig. Det framgår dock att det behövs fortsatta utbildningsinsatser om Västbus och om varandras verksamheter, och framför allt bättre infrastruktur för organisatorisk samverkan mellan de berörda myndigheterna, särskilt på lokal nivå.

Det framkommer av utvärderingen att policyn är välkänd inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg och inom BUP, relativt välkänd inom skolan, elevhälsovården, funktionshinderområdet, de barnmedicinska enheterna och inom habiliteringsverksamheten, men inte tillräckligt

välkänd inom övriga berörda verksamheter, det vill säga förskolan, barnhälsovården och ungdomsmottagningarna.

FoU i Väst/GR planerar nu för en ny studie — denna gång med målgruppen, det vill säga barnen, i fokus. I studien ska FoU i Väst/GR undersöka om Västbus har varit ett effektivt sätt att möta barnens behov av stöd och hjälp.

BUS Stockholm

Stockholms län har sedan 2001 haft en gemensam policy för barn och ungdomar som behöver särskilt stöd från kommunerna och landstinget, BUS-policyn [52].

I samband med att ansvaret för stadens kommunala grundskola, obligatorisk särskola och skolbarnomsorg gick över från stadsdelsnämnderna till utbildningsnämnden år 2007 har det varit aktuellt att ta fram nya riktlinjer för samverkan mellan skola och socialtjänst. Det beslutades då om förlängning av BUS-policyn till och med 2008 och man kompletterade då samverkan på den lokala nivån med representanter från gymnasieskola, kultur och fritid, handikappomsorg, beroendevård och allmänpsykiatri, eftersom erfarenheterna har visat att dessa verksamheter bör ingå.

Därefter har policyn med riktlinjer utvärderats av Kommunförbundet Stockholms Län (KSL) och landstinget, som grund för en ny version.

Presidiegruppen, presidierna för sociala välfärdsberedningen och hälso- och sjukvårdsnämnden, gav respektive kansli och förvaltning ett gemensamt uppdrag att revidera policyn. Uppdraget har genomförts under ledning av BUS-SAM, som är en länsövergripande chefstjänstemannagrupp med representanter från kommunerna och landstinget.

Under revideringsarbetet beslutades att ta fram en övergripande och kortfattad BUS-överenskommelse [52]. BUS-överenskommelsen innehåller gemensamma utgångspunkter om samverkan mellan huvudmännen med fokus på barnets behov. Den vänder sig i huvudsak till ledningen och cheferna inom kommunernas och landstingets förvaltningar och verksamheter.

BUS-överenskommelsen beskriver gemensamma övergripande utgångspunkter och samverkansstrukturer för att barn i behov av särskilt stöd ska få de insatser de behöver och har rätt till. BUS-överenskommelsen ska stödja samordningen av insatser och ligga till grund för de lokala samarbetsrutinerna.

BUS-överenskommelsen ska huvudsakligen vara ett stöd till ledningen inom kommunernas och landstingets förvaltningar och verksamheter. Verksamhets- och förvaltningsledningen har ansvar för att gemensamt utforma riktlinjer och arbetsmodeller så att insatserna harmonierar med varandra i enlighet med denna och andra regionala överenskommelser.

BUS-överenskommelsen tydliggör:

- gemensamma utgångspunkter för samverkan
- chefernas ansvar för en fungerande samverkan
- strukturer för samverkan på lokal och regional nivå, mellan såväl politiker som tjänstemän
- uppföljning av samverkan på lokal och regional nivå.

Utöver BUS-överenskommelsen pågår andra uppdrag för att underlätta samverkan mellan huvudmännen kring barn i behov av särskilt stöd.

De verksamheter som ingår i BUS-överenskommelsen är:

- mödrahälsovård
- BUP
- socialtjänst
- barnhälsovård
- BUM
- barn- och ungdomshabilitering
- förskola
- skola.

Resultat

Under hösten 2012 antog samtliga kommuner och Stockholms läns landsting den nya BUS-överenskommelsen, som KSL, kommunerna och Stockholms läns landsting tillsammans arbetat fram.

I BUS-överenskommelsen beskrivs också vad som ska följas upp. Under 2013 påbörjas den första uppföljningen och den handlar om de lokala BUS-grupperna. Syftet är att skapa en regional bild över hur den lokala samverkan ser ut [53].

Nationell, regional och lokal samverkan

För att samverkan verkligen ska fungera runt enskilda barn och ungdomar och deras familjer är det nödvändigt att den upprätthålls på alla samhällsnivåer: nationellt, regionalt och lokalt. Det framgår av propositioner, lagstiftning och utvecklingsarbeten.

Samverkan på verksamhetsnivå

Det centrala i all samverkan och det som är avgörande för att barnens och ungdomarnas behov ska tillgodoses är den samverkan som sker på verksamhetsnivå.

En grundförutsättning är att respektive verksamhet har en fungerande intern samverkan mellan olika verksamhetsgrenar inom samma huvudman.

Det kan i detta sammanhang vara klagörande att skilja på förebyggande och tidiga insatser samt omfattande insatser, även om dessa många gånger överlappar varandra.

Samverkan vid förebyggande och tidiga insatser

Tidig upptäckt förutsätter kunskap och engagemang hos de berörda yrkesgrupperna och en möjlighet att erbjuda ett lättillgängligt adekvat stöd till barn, unga och deras föräldrar. Forskning om risk- och skyddsfaktorer visar hur evidensbaserad kunskap kan användas vid bedömningar samt insatser för unga med ett normbrytande beteende [54]. Många kommuner och landsting/regioner har samordnade verksamheter såsom ungdomsmottagningar och familjecentraler för yngre barn och deras föräldrar. Skola och socialtjänst kan ha en utvecklad samverkan för att motverka ogiltig frånvaro i skolan. Hälso- och sjukvård och skola kan ha en fungerande samverkan kring barn med neuropsykiatrisk problematik. Generellt sett förutsätter behoven och de uttalade ambitionerna på detta område en bra struktur och tydlig arbetsfördelning. Arbetet kan då bli mindre personbundet och mindre beroende av ”eldsjälar”.

Exempel på samverkan för tidiga insatser:

- rutiner för ett aktivt och professionellt förhållningssätt i förskola, skola, barnhälsovård, elevhälsa, socialtjänst, föreningar, organisationer och andra verksamheter där barn vistas, för att upptäcka och ge tidiga insatser till barn som har eller riskerar ohälsa
- rutiner för konsultation från den specialiserade verksamheten inom socialtjänst och BUP samt barn- och ungdomshabilitering
- rutiner för att upptäcka och agera när misstanke föreligger om att barn och unga riskerar att fara illa
- rutiner för snabbt agerande vid misstanke om att ungdomar missbrukar alkohol eller droger respektive begår brott
- rutiner för samverkan – mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst – kring gravida samt nyblivna föräldrar med psykiska problem eller riskbruk av alkohol eller droger
- preventiva evidensbaserade program och öppna, lättillgängliga verksamheter för barn, ungdomar och föräldrar.
- rutiner för att uppmärksamma och beakta barns behov av råd, stöd eller insatser när en vårdnadshavare eller annan stadigvarande vuxen i familjen drabbas av svår sjukdom eller andra allvarliga problem
- professionella möten för samråd och arbetsfördelning.

Samverkan vid omfattande insatser

Samverkan och samordning behövs för att undvika att barn och unga med stora behov slussas mellan olika interna och externa verksamheter. Samverkan behövs också för att åstadkomma samtidiga insatser, från olika verksamheter som svarar mot barnets eller den unges behov.

Exempel på samverkansbehov vid mer omfattande insatser:

- struktur för professionella möten för samordnad planering då flera myndigheter har kontakt med ett barn eller en ungdom och dess familj
- rutiner för att bevaka att barnet eller den unge har upprättade adekvata planer och att de planer som behövs samordnas om det är nödvändigt för att stöd eller insatser ska bli rättssäkra och av god kvalitet
- samordnarfunktion i vissa ärenden, med uppgift att bevaka barnets perspektiv, värna barnets och föräldrarnas delaktighet samt följa upp att de överenskomna insatserna genomförs

- rutiner för konsultation, remiss respektive anmälan till BUP, barn och ungdomshabiliteringen, barnhälsovården, förskolan, skolan och socialtjänsten, som är väl kända och även innehåller rutiner för återkoppling
- rutiner för tvärprofessionella bedömningar och insatser när barn och unga behöver stöd och skydd
- rutiner för hälso- och sjukvårdsinsatser för barn som placeras i samhällsvård.

Rutin vid behov av samverkan då svårigheter hos ett barn eller ungdom har identifierats

Här bifogas ett konkret förslag till en rutin som kan användas för att få ett kvalitetssäkrat och systematiskt arbete [22] när svårigheter har identifierats hos ett barn eller en ungdom, som har behov av omfattande insatser, och då samverkan mellan olika verksamheter krävs.

- Beskriv barnets svårigheter och resurser samt definiera dels verksamhetens uppgift/uppdrag i förhållande till svårigheterna, dels vilka behov av samverkan, som tycks föreligga.
- Upprätta en respektfull kontakt med barnet och dess föräldrar – för planering, utredning och bedömning av de identifierade svårigheterna och hur de kan tas om hand och insatserna kan samordnas.
- Identifiera situationer, då det är extra viktigt med samverkan eller informationsöverföring runt barnet/den unge i samråd med föräldern och bestäm hur den ska ske. Det gäller till exempel när barnet flyttar, vid övergångar mellan förskola/skola, olika stadier och olika verksamheter samt vid ledigheter så som helger och lov.
- Identifiera viktiga samverkanspartner runt barnet och handla utifrån gällande lagstiftning, eventuella samverkansavtal och handlingsplaner.
- Skapa en konstruktiv samverkan, där ansvar och avgränsningar definieras, förhållningssätt och arbetssätt knyts till tydliga mål och delmål samt en tidsplan fastslås.
- Utse kontaktpersoner inom varje samverkande verksamhet samt bestäm vem som ska kalla till uppföljningsmöten och när dessa ska äga rum.

Samverkan på lokal och regional nivå

Med lokal nivå avses den kommunala och landstingspolitiska nivån samt berörda verksamhetsansvariga. På den lokala nivån samverkar ledande politiker och förvaltningschefer med varandra och med verksamhetsansvariga från berörda huvudmän. Med regional nivå avses länsnivån, där aktörerna är landstingsregioner. Även länsstyrelser och regionala FoU-enheter kan vara aktörer. På den regionala nivån finns dessutom ett antal samrådsorgan som benämns kommunförbund, kommunalförbund, regioner eller regionförbund. I dessa ingår i många fall både kommuner och landsting, men de kan i vissa fall omfatta enbart primärkommuner inom ett landstingsområde. Sociala frågor är ibland en naturlig del i deras uppdrag.

De regionala aktörerna kan medverka i eller ansvara för implementering av ny kunskap. Dessutom behöver man även på regional nivå samordna arbetet för barn och unga som har ovanliga funktionsnedsättningar eller somatisk sjukdom. Särskilt hälso- sjukvården måste ha en god samverkan med ett flertal kommuner (skola och socialtjänst) inom sin region. Mindre kommuner kan samverka sinsemellan eller med större kommuner i närheten för att möta behovet av specialiserade insatser.

På lokal och regional nivå kan samverkan handla om att:

- se till att det finns bärkraftiga samverkansstrukturer och rutiner på verksamhetsnivån
- se till att det finns ett uttalat, preciserat samverkansansvar med uppföljning i verksamhetens ledningssystem [22]
- överväga för vilka målgrupper och vid vilka situationer/behov som skriftliga avtal kan vara ett stöd
- ta fram rutiner för remisser, konsultation och vägledning av en verksamhet med specialistkompetens gentemot andra verksamheter
- inventera målgrupperna och kartlägga deras behov av insatser som underlag för planering
- uppmärksamma riskmiljöer och vid behov samordna insatser för att agera
- förtydliga mål för och resultatmått på samverkan, kontinuerligt efterfråga uppföljning och utvärdering av samverkan
- ta fram rutiner för vad som ska göras om oenighet om ansvarsfördelning eller om vad som ska göras uppstår

Nationell, regional och lokal samverkan

- ansvara för sektorsövergripande information och kompetensutveckling
- upprätta, uppdatera och följa upp ändamålsenliga samverkansavtal
- se till att resurser för samverkan ingår i upphandlingsdirektiv
- se till att det finns gemensam kompetensutveckling om risk- och skyddsfaktorer och förebyggande insatser inom och mellan verksamheterna.

Nationell samverkan

Nationell samverkan mellan riksdag, regering, centrala myndigheter och organisationer ska stödja och stärka den lokala och regionala nivåns långsiktiga samverkan för att nå uppsatta mål.

Samverkan på nationell nivå ger även arbetet med barn och ungdomar som behöver insatser från flera verksamheter en större legitimitet och därmed bättre förutsättningar [1].

Med nationell samverkan avses samverkan mellan berörda myndigheter som också ansvarar för att normera, utveckla och utöva tillsyn i arbetet på regional och lokal nivå.

Samverkansuppgifter på nationell nivå kan vara att:

- identifiera och undanröja hinder för samverkan som den nationella nivån kan påverka, till exempel förtydliga lagstiftning och viktiga begrepp
- identifiera grupper av barn där lagstöd för samverkan saknas och föreslå juridiska ändringar
- förtydliga/tydliggöra respektive verksamhets uppdrag för barn som behöver insatser från flera verksamheter
- bidra till att professionen får en gemensam kunskapsbas om målgruppernas behov, om risk- och skyddsfaktorer, om evidensbaserade metoder och arbetssätt samt om uppföljning och utvärdering exempelvis genom utbildningsinsatser inom grund-, fort- och vidareutbildning
- utveckla kriterier och resultatmått på uppföljning och effekter av samverkan
- utveckla kunskap om samverkansavtal/skriftliga överenskommelser samt uppföljning av dessa för att på ett systematiskt sätt utvärdera samordningens effekter för barn och ungdomar
- utarbeta ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete som är kompatibla med de berörda verksamheterna, skolan, hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Avtal och överenskommelser

En stabil och effektiv samverkan förutsätter styrning från ledningen och en god struktur för att kunna överbrygga hinder enligt det nuvarande kunskapsläget (se bilaga). Med ledningsnivå avses här den nivå i organisation som har mandat att fastställa avtal med andra myndigheter/organisationer. En sådan struktur kan vara skriftliga avtal eller överenskommelser mellan olika huvudmän som förtydligar vem som ska göra vad, när och hur för barn och unga som behöver insatser från flera verksamheter. Tydliga uppdrag och ansvarsfördelningar är en förutsättning för samverkan [40] (se bilaga).

Det finns ingen heltäckande nationell beskrivning av samverkansavtal mellan kommuner och landsting. I det här kapitlet redovisas resultat från Socialstyrelsens inventeringar, tillsyn och uppföljningar av insatser för barn och unga med psykisk ohälsa där frågor om samverkansavtal har ingått. Vidare redovisas erfarenheter från SKL:s modellområdesprojekt. Dessutom finns en beskrivning av befintliga skriftliga överenskommelser mellan kommuner och landsting i några län och regioner.

Socialstyrelsens inventering 2008–2009

Socialstyrelsen genomförde 2008–2009 en nationell inventering av vilka metoder som används i kommuner och landsting för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga.

Inventeringen bestod av enkätundersökningar (urval eller totalundersökningar) till tio olika verksamheter som möter barn och unga [6]. I enkäterna fanns även frågor som rörde ifall verksamheterna hade något samverkansavtal med andra verksamheter eller huvudmän. Några kriterier för vad som kan räknas som samverkansavtal sattes inte. Frågorna om avtalens innehåll samt om hur samverkan fungerar varierade i viss mån gentemot de olika verksamheterna.

Nedan redovisas de tio verksamheterna och överskådligt vilka huvudsakliga aktörer de har samverkansavtal med.

Barn- och ungdomspsykiatri

BUP riktar sig till barn och ungdomar med psykiska symtom. I svaren från BUP fick vi veta att socialtjänsten är den samarbetspart som flest BUP-kliniker uppger att de har samverkansavtal med. BUP rapporterade en låg grad av samverkan med primärvården [55].

Barn- och ungdomshabiliteringen

Barn- och ungdomshabiliteringen möter barn och unga med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar. Vanligast är att barn- och ungdomshabiliteringen har avtal med BUP och barn- och ungdomsmedicinska verksamheter. I enstaka fall förekommer avtal med skolan/särskolan eller socialförvaltningen [56].

Förskolan

Förskolan ska erbjuda barn en god pedagogisk verksamhet. Förskolan ska vara rolig, trygg och lärorik för alla barn som går där. I förskoleklassen ska barn och elever ges bästa möjliga förutsättningar att utifrån sina behov och förutsättningar utvecklas så långt som möjligt i enlighet med utbildningens mål. Vanligast är att förskolan har samverkansavtal med socialtjänsten och BUP [57].

Skolan

Skolan (inklusive förskoleklassen) har i uppdrag att främja lärande där individen stimuleras att inhämta och utveckla kunskaper och värden. Av 1 kap. 4 § skollagen framgår att utbildningen bland annat syftar till att i samarbete med hemmen främja barns och elevers allsidiga personliga utveckling till aktiva, kreativa, kompetenta och ansvarsställande individer och medborgare. I svaren från urvalet av grundskolor och gymnasieskolor i enkäten framkom att avtal med socialtjänsten och BUP var vanligast [58].

Socialtjänstens öppna verksamheter för barn och unga

Socialtjänstens insatser för barn och unga ska anpassas efter individuella behov och lokala förhållanden. Socialtjänstens öppna verksamheter kan ge stöd såväl utifrån individens behov som till grupper av barn, unga och deras familjer/nätverk. Barns behov av skydd och stöd ska utredas när det kan finnas behov av åtgärder från socialnämnden. I socialtjänstens öppna verksamheter är samverkansavtal vanligast med skola, och därefter med BUP [59].

Skolhälsovården

Skolhälsovården (som den var organiserad innan den nya skollagen trädde ikraft 2011) hade i uppdrag att organisera och erbjuda hälsovård samt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. Skolhälsovården samverkade med flera olika verksamheter men det visade sig i svaren vara ovanligt med formella samverkansavtal [60].

Barnhälsovården

Barnhälsovården ska främja barns hälsa, trygghet och utveckling. Alla barn i åldern 0–6 år ska ha tillgång till barnhälsovård och aktivt erbjudas kontakt med den. Barnhälsovården samverkar med flera olika verksamheter men det visade sig i svaren vara ovanligt med formella samverkansavtal [61].

Mödrahälsovården

Mödrahälsovårdens roll för att förebygga psykisk ohälsa hos barn är indirekt. Det handlar om att stärka mödrars/föräldrars förutsättningar att ge sina barn en god uppväxtsituation och att upptäcka behov av särskilt stöd hos vissa mödrar/föräldrar som visar tecken på psykisk ohälsa som kan göra det svårt att klara den kommande föräldrarollen. Vanligast är att mödrahälsovården har samverkansavtal med BUP, därefter socialtjänst och sedan vuxenpsykiatri [62].

Barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna

BUM, eller pediatrik, är en medicinsk specialitet rörande barn och ungdomar i 0–18 års ålder. BUM har oftast avtal med BUP och barn- och ungdomshabiliteringen. I delar av landet, bland annat i Stockholm och Västra Götalandsregionen, finns även samverkansöverenskommelser med skolor gällande barn och ungdomar i behov av särskilt stöd i skolan, s.k. BUS-överenskommelser [63].

Ungdomsmottagningarna

Ungdomsmottagningarna tar emot alla ungdomar som vill ha hjälp med frågor som är relaterade till sexuell, psykisk och fysisk hälsa. Det är ett frivilligt åtagande för kommuner och landsting och tillgången till mottagningar i landet varierar. De flesta svarande mottagningarna uppgav att de har samverkansavtal med socialtjänsten, skolan, skolhälsovården och skolkurator och vissa även med BUP [64].

Resultat av inventeringen

Syftet med inventeringen var i första hand att få en bild av vilka metoder som används för att upptäcka och ge tidiga insatser till barn som har eller riskerar psykisk ohälsa. Resultatet visade bland annat att det fanns flera föräldrastödsmetoder som användes av alla verksamheter och att det verkade saknas en tydlig koppling mellan verksamhetens uppdrag och de metoder som användes. Resultatet gav intryck av att de olika verksamheterna börjar om från början varje gång de möter ett barn. För att olika verksamheters insatser ska ge bästa möjliga resultat för barnen behövs samverkan och samsyn mellan de olika verksamheterna.

I enkätsvaren framkom att det även finns andra samverkansformer, samarbeten och informella överenskommelser som inte regleras i avtal.

Resultatet ger ingen entydig bild av vilka verksamheter som har ingått samverkansavtal. Genomgången visade bland annat att BUP och socialtjänsten var de verksamheter som flest verksamheter uppgav att de hade samverkansavtal med. Det gällde bland annat för förskolan och skolan. Barnhälsovården, som träffar i stort sett alla barn i förskoleåldern, saknade i stor utsträckning formella avtal om samverkan. Verksamheter med specialiserade uppdrag inom hälso- och sjukvården, såsom habilitering och BUM, hade i första hand avtal med andra delar av hälso- och sjukvården. Ungdomsmottagningarna hade enligt denna inventering avtal med flest andra verksamheter. Av inventeringen framkom att det finns behov av att klargöra olika verksamheters uppdrag och plats i en sammanhållen insatskedja och utifrån denna diskutera val av metoder.

SKL:s modellområdesprojekt

I Modellområdesprojektet genomfördes en kartläggning av de 14 områdenas lokala förutsättningar, med alla verksamheter som fanns i respektive område, för att se hur väl de fungerade i olika situationer och för olika barn och unga. Totalt har 22 kommuner och 11 landsting/regioner deltagit i projektet.

Inget modellområde har kunnat uppvisa en funktion med ett övergripande ansvar för att samordna alla verksamheter. Alla orter uppvisar olika typer av samverkansavtal och överenskommelser. Det finns inga gemensamt formulerade avtal eller överenskommelser bland orterna som ingår i projektet. I några av modellområdena experimenterar de dock med former för en gemensam beslutsfunktion mellan kommun och landsting.

SKL skriver att antalet integrerade verksamheter, till exempel familjecentraler som överbryggar huvudmannagränser inte ser att ha ut att ha

ökat nämnvärt. Delvis kan det förklaras med att nationella strukturer och riktlinjer riktar sig till och stödjer traditionella organisationsformer.

SKL konstaterar även att det saknas stabila, långsiktiga strukturer som stödjer ett gemensamt ansvarstagande för ”hela barnet” i alla åldrar och menar att traditionella organisationsformer motverkar en helhetssyn [21].

Uppföljning av förstärkt vårdgaranti

Inom ramen för uppföljning av den förstärkta vårdgarantin för insatser till barn och unga med psykisk ohälsa har Socialstyrelsen ställt frågor till alla landsting om det finns länsstäckande styrande dokument för samverkan med elevhälsa/skolhälsovård i länet [40]. Skälet till frågan är bland annat att flera landsting har uppgivit att utredningar och behandlingar av neuropsykiatriska tillstånd tar en stor del av den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrins resurser och att en väl fungerande samverkan med elevhälsa/skolhälsovård är nödvändig i dessa utredningar och för att behandlingen ska fungera. Resultatet visar att en tredjedel av alla landsting har sådana avtal. Flera landsting vittnar om en fungerande praktisk samverkan mellan BUP och elevhälsa/skolhälsovård. Det framgår också att det är ett komplicerat arbete att teckna ett omfattande avtal i konsensus med ett stort antal kommuner och dessutom ett antal fristående skolor. Flera landsting nämner att det är lättare att få till avtal med socialtjänsten.

Samverkan i den sociala barnvården

Barn och unga som är placerade har sämre utbildning och förhöjd risk att dö i förtid, vårdas i högre grad för självskadebeteende och använder större utsträckning antidepressiva läkemedel, konventionella sömnmedel och antipsykotiska läkemedel, jämfört med andra barn och unga i befolkningen. Dessa uppgifter redovisas i Socialstyrelsens rapport om placerade barns vård och omsorg och utvärdering av de öppna jämförelserna [65]. Socialstyrelsen rekommenderar i rapporten kommuner, landsting och andra aktörer att samverka bättre för att förbättra placerade barn och ungas uppväxtmiljö, hälsa och möjlighet till egen försörjning i vuxen ålder. I rapporten framkommer att i mätningarna under åren 2010, 2011, 2012 och 2013 har resultaten succesivt förbättrats. Vid senaste jämförelsen var det 70–80 procent av kommunerna som hade tecknat överenskommelser om samverkan med ledningen för barnhälsovården, BUP, förskolor och skolor och polis. Men samordningen och det praktiska samarbetet behöver fördjupas mellan aktörerna för att få ett lyckat resultat på sikt. Socialstyrelsen och Skolverkets vägledning *Placerade barns skolgång och*

hälsa kan ge råd om hur placerade barn och ungas förutsättningar kan förbättras [66].

Samverkansavtal på länsnivå

För att få en uppfattning av vad skriftliga samverkansavtal kan innehålla genomförde Socialstyrelsen tillsammans med SKL ett seminarium 2009 med representanter från sex olika samverkansprojekt i landet för att utbyta erfarenheter.

Arbetet som beskrivs i överenskommelserna inventerades utifrån fem olika områden: avtalets innehåll, medverkande aktörer, ledning/styrning, typ av mål samt utvärdering/uppföljning [67]. Beskrivningen består av sju samverkansavtal på övergripande läns- eller regionnivå och gäller barn och ungas psykiska hälsa. Ibland är målgrupperna preciserade delar av denna grupp, och andra gånger gäller det ytterligare grupper utöver denna. De berörda länen/regionerna är:

- Norr-BUS – Norrbotten
- Strategigrupp – Västerbotten
- Samverkan skola – BUP – Västerbotten
- BUS – Stockholm
- VästBus – Västra Götaland
- VITS – Jönköping
- Region Skåne

Avtalens målgrupper och innehåll

Avtalen om samverkan har sin tyngdpunkt på olika nivåer – från övergripande regionala till lokala – och fokuserar på olika målgrupper (tabell 1). Avtalen rör oftast barn som behöver individuellt utformade specialistinsatser och där behoven/problemen är sammansatta. Tre län beskriver att barn med sammansatta problem/behov är målgrupp för samverkan. Barn i behov av särskilt stöd (BiBaSS) och barn med funktionshinder utgör målgrupp för två län, medan barn med koncentrations-svårigheter och barn som vårdas utanför hemmet nämns av två. I ett län rör avtalet alla barn i länet. Merparten av de länsvisa avtalen preciserar en målgrupp medan två avtal rör flera av de ovan nämnda målgrupperna.

Tabell 1. Vilka målgrupper är samverkansavtalet avsett för?

Målgrupper	Stockholm BUS	Västerbotten Strategi-grupp	Västerbotten-Skola-BUP	VITS JKPG	Väst BUS	Norr BUS	Region Skåne
BiBaSS*	X						X
Sammansatta problem /behov					X	X	X
Funktionshinder	X		X				
Vårdad utanför hemmet	X						
Koncentrations-svårigheter				X			
Alla barn		X					

*BiBaSS (Barn i behov av särskilt stöd i skolan)

Avtalens innehåll har delats in i tre områden: övergripande strategi, förtydligande kring struktur och process samt konkreta verktyg.

Alla avtal innehåller övergripande strategiska frågor kring samverkan. När det gäller förtydligande kring struktur och process har fyra län/regioner formulerat tre av fyra aspekter (kring processer, styrning, ekonomiska åtaganden och regelverk). De övriga tre har förtydligat högst en av dessa aspekter. Ett av de sju länen/regionerna har utvecklat konkreta verktyg, till exempel en ordlista och en händelseanalys. Inget avtal innehåller frågor om uppföljning eller mätbara resultat av samverkan för barn och unga (tabell 2).

Tabell 2. Vad innehåller avtalet?

Innehåll	Stockholm BUS	Västerbotten Strategigrupp	Västerbotten-Skola-BUP	VITS JKPG	Väst BUS	Norr BUS	Region Skåne
Övergripande strategi							
Vision	X	X		X	X	X	
Värderingar	X			X	X	X	
Principer	X		X		X	X	X
Förtydligande kring struktur och process							
Processer				X	X	X	
Förtydligande av styrning av samverkan	X			X	X	X	
Ekonomiska åtaganden	X			X		X	
Regelverk	X		X		X	X	
Konkreta verktyg							
Aktiviteter					X		
Ordlista					X		
Händelseanalys					X		

Medverkande aktörer

Genomgången visade att det ofta är många verksamheter som är aktörer inom avtalen oftast mellan 10 och 15 verksamheter. Förskola, skola, elevvård, skolhälsovård och ungdomsmottagning är aktörer i fem av de sju avtalen. Verksamheternas uppdrag beskrivs på olika sätt i avtalen. Ibland har de uppdrag på generell nivå, det vill säga till alla barn. I andra fall rör uppdragen den så kallade första linjens nivå, en lätt tillgänglig vård och stöd av sakkunniga personer. Socialtjänsten finns med i fyra avtal och har en varierande roll, med insatser på första linjens nivå och på specialistnivå. I några avtal är SiS-institutioner, HVB-hem och LSS/Funktionshinder parter.

I allmänhet är landstingsverksamheter såsom BUP, BUM och barn- och ungdomshabilitering aktörer i avtalen och har då nästan uteslutande uppdrag på specialistnivå. Andra landstingsverksamheter såsom primärvård, mödrahälsovård och barnhälsovård är aktörer i de flesta avtalen, men deras uppgift kan ibland vara i första linjen och andra gånger på specialistnivå. I fyra av sju avtal medverkar vuxenpsykiatri och i alla dessa fall utom ett är de aktiva på specialistnivå.

Sammanfattning av de genomgångna avtalen

Målgrupperna i de beskrivna avtalen är oftast barn och unga som har sammansatta behov eller problem och som behöver få samtidiga och samordnade insatser från flera aktörer. Preciseringsen av målgrupperna varierar. Ibland är det vida grupper såsom barn i behov av stöd och barn med funktionsnedsättning. Ibland är det mer precisa målgrupper som barn med neuropsykiatrisk problematik eller barn i samhällsvård.

Olika begrepp används om samma målgrupp, såsom till exempel; barn med sammansatta behov, barn med behov av stöd, barn med neuropsykiatriska problem och barn med koncentrationssvårigheter.

Inget av de beskrivna avtalen berör barn vars föräldrar har psykisk sjukdom, kognitiva funktionsnedsättningar eller missbruksproblem.

Det är oftast många verksamheter som är aktörer inom avtalen. Skola och BUP är de verksamheter som oftast är parter i avtalen tätt följt av socialtjänsten. Verksamheternas uppdrag varierar i de beskrivna avtalen. Vissa verksamheter har uppdrag på flera nivåer: generell nivå, första linjen och specialistnivå. Inget avtal innehåller kriterier för uppföljning eller mätbara resultat av samverkan vare sig för de barn och unga som är målgrupp för avtalet eller för organisationerna/verksamheterna som ingår i avtalet.

Komplicerat arbete att nå fram till stabila avtal

Även om det inte finns någon nationell studie av omfattningen eller resultatet av avtal på övergripande nivå för barn och unga som behöver insatser från flera verksamheter går det att dra vissa slutsatser av de studier och kartläggningar som har gjorts. Resultatet visar att det är en omfattande och komplicerad uppgift att åstadkomma tydliga och stabila avtal om samverkan för insatser till barn och unga. Många olika verksamheter är berörda inom kommunerna och landstingen.

Tydligare uppdrag

Flera av de berörda verksamheterna saknar eller har otydliga uppdrag, vilket medför gränsdragningsproblem mellan landsting och kommuner, inom landstinget och inom kommunen. Enligt studierna är det till exempel ofta oklart vem inom skola eller hälso- och sjukvård som ska göra vad när det gäller barns psykiska ohälsa. En tydlig ansvarsfördelning underlättar möjligheten att få stabila och ändamålsenliga avtal om samverkan.

Stabilare strukturer

Såväl SKL som Socialstyrelsen har funnit att det saknas stabila, långsiktiga strukturer som stödjer ett gemensamt ansvarstagande för hela barnet i alla åldrar. SKL menar dock att de traditionella organisationsformerna motverkar en helhetssyn [21]. Expertgruppen för offentliga studier (ESO) har i en rapport från 2012 [68] konstaterat att infrastrukturen kring insatser för att stödja barns utveckling i allmänhet är splittrad och det gäller i synnerhet de som behöver stöd. Till viss del skulle det kunna avhjälpas med lokala eller regionala avtal.

Precisera målgrupper och begreppen

Det finns behov av att utveckla mer enhetliga begrepp och beskrivningar för att uppnå en samsyn om innebörden av dessa. I några av överenskommelserna anges definitionen ”barn i behov av särskilt stöd” och i andra används begreppet ”barn med sammansatta behov/problem”. Båda formuleringarna är vaga och ger utrymme för olika tolkningar. Det viktiga är att alla avtalslutande parter och medverkande aktörer är överens om vilken målgruppen är. En del målgrupper är relativt konstanta över tid medan andra kan tillkomma beroende på ändrad lagstiftning, och ny kunskap kan medföra att gruppen både ökar och blir tydligare och efterfrågar insatser. Det kan också vara omvärldsförändringar som medför att en grupp ökar, till exempel ensamkommande barn.

Fokus på barn och unga och deras föräldrar

Det är mycket ovanligt att det finns en formaliserad uppföljning och utvärdering av resultaten av samverkan. Det gäller för målgrupperna barn, unga och deras familjer samt för de verksamheter som är aktörer i avtalen. Det saknas synpunkter och erfarenheter från barn, unga och deras föräldrar i avtalen. Det är ett angeläget utvecklingsområde att systematiskt ta reda på hur resultaten faktiskt blir för de barn och unga som avtalen och överenskommelserna rör.

EBP i praktiken

Socialstyrelsen har beskrivit hur evidensbaserad praktik (EBP) kan användas när beslut om åtgärder (insatser och metoder) ska fattas för enskilda personer [69].

Det handlar om att väga samman den bästa tillgängliga kunskapen, den professionella kompetensen och samtidigt ta hänsyn till den berörda personens situation och önskemål.

Utgå från barnets perspektiv

FN:s konvention om barnets rättigheter, den så kallade barnkonventionen kan vara en grund att utgå ifrån. Barnrättsperspektivet handlar om att barn och unga får del av de som de har laglig rätt till. Det handlar om att säkerställa barnets rättigheter i olika åtgärder eller vid beslut som rör barn som till exempel är placerade i samhällsvård eller rätten till samordnad rehabilitering för barn och unga med funktionsnedsättning. Barnperspektivet innebär att de vuxna ska se barnet och ha det i åtanke. Det kan handla om att skifta fokus från problem till behov. Det räcker alltså inte med att göra någonting som man som vuxen anser vara för barnets bästa. Ett barnperspektiv innebär att man sätter sig in i och försöker förstå barns eller ungdomars situation [70]. Barnets perspektiv innebär att barnet och dess familj ses som kompetenta och resursstarka med rätt att vara delaktiga och ha inflytande över beslut som berör dem. Här kan det handla om att använda metoder och förhållningssätt som stärker barns och familjers delaktighet, till exempel genom att använda standardiserade bedömningsinstrument.

När är avtal om samverkan extra viktigt?

Sammantaget visar beskrivningarna att det är ett komplicerat och tålamodskrävande arbete att utarbeta, implementera och följa upp gemensamma skriftliga överenskommelser/avtal.

Det är därför viktigt att de verksamhetsansvariga överväger för vilka målgrupper eller situationer som skriftliga avtal kan vara ett lämpligt stöd. Det kan till exempel handla om barn som behöver insatser med tvång, barn som placeras utanför det egna hemmet, ensamkommande och andra asylsökande barn. Det kan också vara barn som behöver omfattande insatser från flera verksamheter samt barn med neuropsykiatriska tillstånd, funktionsnedsättning eller sjukdom. Elever som har olovlig frånvaro riskerar att falla ur skolsystemet och bör också uppmärksammas då det tyder på ett liv som är på väg i fel riktning [71].

Ett sätt att strukturera vilka barn eller situationer det kan handla om är att utgå från följande grupper och situationer:

- Barn och unga som får dygnsvård enligt SoL, LVU, LSS och LPT behöver alltid samordnade insatser från flera huvudmän – skola, hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Ny kunskap eller ny lagstiftning kan medföra att en viss grupp ökar hastigt och kraftigt, och det blir otydligt vilken huvudman eller verksamhet som ska göra vad (exempelvis barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning).
- Nya målgrupper tillkommer för vilka det är otydligt vilken verksamhet eller huvudman som ska göra vad. Det är dessutom ofta oklart vad som är verkningfulla insatser (exempelvis ensamkommande barn och barn som har drabbats av hedersrelaterat våld).

Dessutom behöver följande kriterier vara uppfyllda:

- Det är nödvändigt med samordnade insatser från flera huvudmän samtidigt eller i viss följd för att effekten ska uppnås.
- Ett tydligt ekonomiskt ansvarstagande från respektive huvudman är nödvändigt för att insatserna ska kunna genomföras.

Så kan avtal se ut

Vid framtagandet av vägledningen av arbeten i kommuner och landsting har Socialstyrelsen gjort en avvägning och samlad bedömning av erfarenheter av olika huvudmäns och verksamheters utvecklingsarbeten samt av tillsynsresultat och åsikter från professionell expertis.

Med ett avtal eller en avtalsliknande överenskommelse menas ett avtal som är gemensamt upprättat av de inblandade avtalsparterna.

De aktuella avtalen har granskats och följande punkter har mejslats fram som ett minimum för att utgöra en grund för ett avtal eller en överenskommelse.

Följande uppgifter kan beslutsfattare och förvaltningsansvariga besluta om och följa upp:

- Ange målgrupp för avtalet.
- Ge tydliga uppdrag till de huvudmän/verksamheter som ingår i avtalet.
- Planera tillvägagångssättet för samverkan med ekonomiska åtaganden.
- Ha med samverkan som en parameter vid upphandlingar av tjänster i verksamheterna.
- Fördela arbetet mellan berörda huvudmän/verksamheter och precisera ansvaret.

Lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd

För att den samverkan som är nödvändig för många barn och unga ska komma till stånd har det införts bestämmelser om det i den lagstiftning som gäller för de olika verksamheterna inom socialtjänst, hälso- och sjukvård och skola. Bestämmelserna är uppbyggda på olika sätt och har tillkommit vid olika tidpunkter. De kan ha olika begrepp som helt eller delvis har samma syfte som samråd, samverkan och samordning. Detta medför bland annat att det kan vara svårt att få överblick och att det finns grupper av barn som inte berörs i alla regelverk.

Lagarna innehåller också bestämmelser om bland annat planer för att genomföra insatser och stöd. Syftet är att det ska vara tydligt för alla inblandade vilka regler som gäller samt hur, när och på vilket sätt stödet eller insatserna ska genomföras. Planerna har olika namn och gäller i olika situationer. Det kan till exempel vara en individuell plan, ett åtgärdsprogram, en genomförandeplan, en vårdplan eller en behandlingsplan. Det enskilda barnet eller den unge kan därmed ha flera olika planer inom olika verksamheter och det är viktigt att dessa inte motverkar varandra.

I detta kapitel redogörs för en del av de bestämmelser som gäller på området kring samverkan. Det finns allmänna lagar som berör olika huvudmän och verksamhetsområden, och det finns speciallagar som innehåller mer specifika regler. Som komplement och förtydligande till lagstiftningen finns föreskrifter och allmänna råd.

Samverkan som generell skyldighet och möjlighet

En allmän bestämmelse om samverkan mellan myndigheter finns i 6 § förvaltningslagen (1986:223). Enligt denna bestämmelse ska varje myndighet lämna andra myndigheter hjälp inom ramen för den egna verksamheten.

Bestämmelser om att myndigheter ska samverka och hjälpa varandra på olika sätt finns också i många andra författningar.

I kommunallagen (1991:900) regleras bland annat kommuners och landstings befogenheter. Kommuner och landsting har möjlighet att samverka på olika sätt, till exempel genom kommunalförbund eller gemensamma nämnder. Detta framgår av kommunallagen. En gemensam nämnd får fullgöra uppgifter för vilka det enligt särskilda författningar ska finnas

en eller flera nämnder i varje kommun eller landsting. Det framgår av 3 kap. 3 a § kommunallagen.

Sekretess

I det allmännas verksamhet gäller offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.

Enligt 6 kap. 5 § OSL ska en myndighet på begäran av en annan myndighet lämna ut uppgifter som den förfogar över, om inte uppgiften är sekretessbelagd eller det skulle hindra arbetets behöriga gång.

Sekretessreglerna ser olika ut för olika myndigheter. Flera myndigheter kan också samverka på en mer generell nivå utan att det alltid finns behov av att utbyta sekretessbelagda uppgifter mellan sig. När samverkan sker beträffande en viss enskild individ kan bestämmelserna om sekretess utgöra ett hinder för vilka uppgifter om den enskilde som kan lämnas ut mellan de samverkande myndigheterna. Som huvudregel gäller dock att den enskilde helt eller delvis kan häva den sekretess som gäller till skydd för honom eller henne. Bestämmelser om detta finns i 12 kap. 2 § OSL. Utbyte av uppgifter mellan olika myndigheter kan därför ofta ske med den enskildes samtycke. Finns inget samtycke får sekretessen bara brytas om det finns stöd för det i andra bestämmelser.

Socialtjänsten

Socialtjänsten ansvarar för stöd- och hjälpinsatser för bland annat barn och ungdomar i utsatta situationer. Till socialnämndens uppgifter hör bland annat att medverka i samhällsplaneringen och att i samarbete med andra samhällsorgan, organisationer, föreningar och enskilda främja goda miljöer i kommunen. Detta framgår av 3 kap. 1 § SoL.

I 3 kap. 4 § SoL anges att socialnämnden i den uppsökande verksamheten ska upplysa om socialtjänsten och erbjuda grupper och enskilda sin hjälp. När det är lämpligt ska nämnden samverka med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar. Enligt 3 kap. 5 § SoL ska socialnämndens insatser för den enskilde utformas och genomföras tillsammans med henne eller honom och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.

När det gäller gruppen barn och unga finns särskilda bestämmelser i 5 kap. socialtjänstlagen. Av 5 kap. 1 § SoL framgår att socialnämnden bland ska verka för att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden. Nämnden ska också i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och

social utveckling hos barn och ungdomar, bedriva uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och ungdomar far illa. Tillsammans med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs ska nämnden uppmärksamma och verka för att barn och ungdomar inte vistas i miljöer som är skadliga för dem, och den ska med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdomar som har visat tecken till en ogynnsam utveckling. Vidare ska nämnden i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver och, om den unges bästa motiverar det, vård och fostran utanför det egna hemmet.

Socialtjänsten är skyldig att samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Socialnämnden ska aktivt verka för att samverkan kommer till stånd. Det följer av 5 kap. 1 a § SoL.

Socialtjänstlagen innehåller också bestämmelser om olika planer för enskilda.

När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det (2 kap. 7 § SoL).

Skyldigheten att upprätta en individuell plan är inte avgränsad till vissa åldersgrupper utan är avsedd att gälla insatser till både vuxna och barn (proposition 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor m.m. s. 20).

Socialtjänstlagen innehåller även bestämmelser om vårdplaner och genomförandeplaner i vissa fall. När någon behöver vårdas i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem ska en plan upprättas för den vård som socialnämnden avser att anordna (en vårdplan). För barn och unga som vårdas i ett hem för vård eller boende eller i ett familjehem ska en plan upprättas över hur vården ska genomföras (en genomförandeplan). Vård- och genomförandeplanen ska även uppta åtgärder och insatser som andra huvudmän har ansvar för (11 kap. 3 § SoL).

Genomförandeplanen beskriver hur vårdplanen ska omsättas i praktisk handling. Syftet med genomförandeplanen är att bidra till att vården planeras, bedrivs målinriktat och följs upp. I genomförandeplanen tydliggörs ansvaret mellan alla inblandade parter så som insatser från socialtjänsten,

skolan och hälso- och sjukvården. Socialtjänstens ansvar för att följa upp olika insatser underlättas av att det finns en plan för vad vården ska uppnå [66].

När det gäller barn som bor kvar i sitt hem är lagen inte lika entydig. I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2006:12) om handläggning och dokumentation av ärenden som rör barn och unga anges dock att det i socialtjänstens genomförandeplan vid öppna insatser bland annat bör framgå hur barnets olika behov ska tillgodoses när det gäller de specificerade insatser som ska genomföras av andra huvudmän, till exempel hälso- och sjukvården, förskolan och skolan.

Stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning

I 6 § LSS anges att verksamheten ska bedrivas i samarbete med andra berörda samhällsorgan och myndigheter.

I samband med att en insats enligt LSS beviljas ska den enskilde erbjudas att en individuell plan med beslutade och planerade insatser upprättas i samråd med honom eller henne. Den som har beviljats en insats ska när som helst kunna begära att en plan upprättas, om det inte redan har skett. I planen ska även åtgärder redovisas som vidtas av andra än kommunen eller landstinget. Planen ska omprövas fortlöpande och minst en gång om året. Landstinget och kommunen ska underrätta varandra om upprättade planer (10 § LSS).

Hälso- och sjukvården

Av 2 f § HSL framgår att hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Det sker då på socialnämndens initiativ.

Av 3 f § HSL framgår att när den enskilde har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Av planen ska det framgå:

- vilka insatser som behövs
- vilka insatser respektive huvudman ska svara för
- vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen och
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Av 2 g § HSL framgår att hälso- och sjukvården särskilt ska beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada alternativt missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel. Samma skyldighet gäller om den vuxne oväntat avlider.

Enligt 8 a § HSL ska landstinget ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. I HSL framgår ingenting om samverkan med skolan när det gäller barn som har behov av samordnade insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Skolan

I 29 kap. 13 § skollagen finns bestämmelser om samverkan i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa. Av bestämmelsen framgår att huvudmannen för de verksamheter som avses i denna lag och den som är anställd i sådan verksamhet på socialnämndens initiativ i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs.

Elevhälsans arbete utförs i skolan och styrs av skollag, läroplaner och kursplaner, samt de författningar som reglerar hälso- och sjukvården. Elevhälsans personal berörs på olika sätt av dessa olika regelverk och har en viktig uppgift när det gäller att samverka kring elever. I förarbetena uttalas bland annat att arbete med elevhälsa förutsätter en hög grad av samverkan mellan elevhälsans personal och övriga personalgrupper samt att det finns kompetens att tillgå för detta arbete. Där uttalas vidare att det också är angeläget att samverkan sker med övrig hälso- och sjukvård samt med socialtjänsten. I det individuellt inriktade arbetet har elevhälsan ett särskilt ansvar för att undanröja hinder för varje enskild elevs lärande och utveckling. (Prop. 2009/10:165 s. 276)

Skollagen har bestämmelser om det interna samråd som ska ske mellan skolans yrkesgrupper/professioner när en elev har behov av särskilt stöd för att nå kunskapskraven eller har andra svårigheter i sin skolsituation. Av 3 kap. 8 § skollagen framgår att rektor ansvar för att se till att elevens behov av särskilt stöd utreds skyndsamt. Samråd ska enligt bestämmelsen ske med elevhälsan om det inte är uppenbart obehövligt.

Av 3 kap. 9 § skollagen framgår att ett åtgärdsprogram ska utarbetas för en elev som ska få särskilt stöd. Programmet ska ange vilka behoven är, hur de ska tillgodoses och hur åtgärderna ska följas upp och utvärderas. Eleven och dennes vårdnadshavare ska ges möjlighet att delta när ett åtgärdsprogram utarbetas.

Särskilt om förskolan

Barn som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling ska ges det stöd som deras speciella behov kräver. Vårdnadshavare ska ha möjlighet att delta vid utformningen av de särskilda stödinsatserna. Det är förskolechefens ansvar att barnet får sådant stöd. Det följer av 8 kap. 9 § skollagen. Skollagen ställer dock inga krav på åtgärdsprogram för barn i förskolan.

Barn som inte vistas i förskolan kan erbjudas annan pedagogisk verksamhet. Av 25 kap. 2 § skollagen framgår att barn som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling ska ges den omsorg som deras speciella behov kräver.

Skolans kvalitetsarbete

Enligt 4 kap. 3 § skollagen ska varje huvudman inom skolväsendet på huvudmannanivå systematiskt och kontinuerligt planera, följa upp och utveckla utbildningen.

Skolverket ska under de kommande åren ta fram stödmaterial om en förstärkt elevhälsa. Det handlar bland annat om hur skolorna bör utforma dokumentationen om elevers behov av stöd vid övergångar mellan skolor och skolformer [72].

Gemensamma bestämmelser om samverkan i hälso- och sjukvård och socialtjänst

Den 1 januari 2010 infördes en lagstadgad skyldighet i både 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL som innebär att landstinget och kommunen tillsammans ska upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas.

Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

I förarbetena framhålls att bestämmelserna gäller alla enskilda, inte enbart personer med psykiska funktionsnedsättningar. Skyldigheten att upprätta en individuell plan är inte heller avgränsad till vissa åldersgrupper utan är avsedd att gälla insatser till både vuxna och barn. Vidare är skyldigheten inte tänkt att begränsas till personer med stora och omfattande behov, utan kan gälla alla människor som landsting och kommuner kommer i kontakt med och där en individuell plan behövs för att behoven av socialtjänst och hälso- och sjukvård ska tillgodoses. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen, så att enskildas samlade behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. Om det redan finns en plan, antingen på grund av en annan bestämmelse eller på frivillig grund, är det tillräckligt med den planen så länge samtliga föreskrivna krav är uppfyllda (Prop. 2008/09:193 s. 19 f.) [73].

Sedan den 1 januari 2010 är landsting och kommuner skyldiga att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar.

De nya bestämmelserna i 8 a § HSL och 5 kap. 8 a § SoL tydliggör och förstärker huvudmännens ansvar på området. De innebär att det ställs krav på kommuner och landsting att ingå formaliserade, övergripande överenskommelser [73]. Av bestämmelserna framgår att organisationer som företräder personer med psykisk funktionsnedsättning eller deras närstående bör ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen om det är möjligt.

När det gäller barn och unga är även samverkan med skolan i dess olika former viktig [74].

Samverkan när barn far illa eller riskerar att fara illa

Utöver de mer allmänna bestämmelserna om samverkan finns särskilda bestämmelser i olika lagar om samverkan i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa.

Av 5 kap. 1 a § SoL framgår att socialnämnden i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa ska samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Av bestämmelsen framgår vidare att nämnden aktivt ska verka för att samverkan kommer till stånd. I förarbetena tydliggörs att socialnämnden har ett förstahandsansvar för att sådan samverkan kommer till stånd (prop. 2002/03:53 Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m. s. 108).

Motsvarande bestämmelser, men utan förstahandsansvar, finns i hälso- och sjukvårdslagen och skollagen.

Vissa myndigheter och yrkesverksamma är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa enligt 14 kap. 1 § SoL. Anmälningsskyldiga är bland annat myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom, andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och kriminalvården och anställda inom sådana myndigheter. Även de som är verksamma inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet och fullgör uppgifter som berör barn och unga eller inom annan sådan verksamhet inom hälso- och sjukvården eller på socialtjänstens område omfattas av anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § SoL.

För de som inte omfattas av skyldigheten att anmäla enligt 14 kap. 1 § SoL gäller enligt 14 kap. 1 c § SoL en rekommendation att anmäla i motsvarande situation. Enligt denna bestämmelse bör var och en som får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa anmäla detta till socialnämnden.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har ett brett tillämpningsområde och gäller för socialtjänsten, verksamhet enligt LSS och hälso- och sjukvården [22].

Den som bedriver socialtjänst eller verksamheter enligt LSS ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvaliteten på de insatser som ges i verksamheten. På samma sätt gäller för hälso- och sjukvården att vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av en vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten. Det framgår av 4 kap. 5 och 6 §§ SOSFS 2011:9. Av dessa bestämmelser följer att det av processerna och rutinerna också ska framgå hur samverkan möjliggörs med externa aktörer [22].

Allmänna råd om handläggning och dokumentation av ärenden som rör barn och unga

I Socialstyrelsens allmänna råd (2006:12) om handläggning och dokumentation av ärenden som rör barn och unga ges rekommendationer till stöd för handläggning och dokumentation av ärenden samt genomförande och uppföljning av beslutade insatser för barn och unga inom socialtjänsten enligt socialtjänstlagen, lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga, och socialtjänstförordningen (2001:937). Här anges bland annat att socialnämnden bör utarbeta rutiner för samverkan enligt 3 kap. 4 och 5 §§ och 5 kap. 1 a § SoL med bland annat förskola, skola, hälso- och sjukvård, polis och åklagare på så väl övergripande nivå som grupp- och individnivå.

De allmänna råden har kompletterats med handboken *Barn och unga i socialtjänsten*. Utreda, planera och följa upp beslutade insatser [75].

Föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering, vilken har reviderats genom SOSFS 2008:20, anges hur genomförande av samordning av insatser för enskildas habilitering och rehabilitering ska tillämpas.

Föreskrifterna ska tillämpas vid vissa insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, SoL och LSS.

Barn och vuxna med behov av habilitering och rehabilitering behöver inte sällan insatser både från hälso- och sjukvård och från socialtjänst. Många insatser kan bli aktuella och många olika yrkesutövare involverade. Därför behövs ofta en samordning för att insatserna ska kunna ges i rätt tid och rätt ordning för brukarens bästa.

Föreskrifterna och allmänna råden om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering rör i första hand brukare med stora och långvariga behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Ett centralt krav är att kommuner och landsting gemensamt ska utforma rutiner för samordning av rehabiliterings- och habiliteringsinsatser för enskilda personer. De brukare som bedöms ha behov av samverkan ska erbjudas kontakt med en eller flera personer i personalen (samordningsansvariga) som får ett ansvar för brukarens samordningsplan.

I skriften *Samverkan i re/habilitering – en vägledning* från 2008, redovisar Socialstyrelsen sin syn på begreppen habilitering, rehabilitering,

samverkan, helhetssyn och livskvalitet. Dessutom redovisas kunskap och beprövad erfarenhet om vad som främjar respektive hindrar en framgångsrik gränsöverskridande samverkan.

Utvecklingsområden

Tydliga uppdrag behövs

Flera av de berörda verksamheterna saknar eller har otydliga uppdrag. Det medför gränsdragningsproblem mellan landsting och kommuner, inom landstinget och inom kommunen. Enligt studierna är det till exempel ofta oklart vem inom skola eller hälso- och sjukvård som ska göra vad när det gäller barns psykiska ohälsa. Det är speciellt otydligt när det gäller barn med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Otydliga uppdrag och en otydlig ansvarsfördelning försvårar möjligheten att få stabila och ändamålsenliga avtal om samverkan. Verksamheternas otydliga uppdrag kring barn som riskerar att drabbas av ohälsa har varit återkommande i tillsyn och kartläggningar under den senaste tio-årsperioden. Det är oklart om huvudmännen ensamma kommer att klara att förtydliga verksamheternas uppdrag eller på vilket sätt staten och SKL kan bidra till en förbättring.

En angelägen uppgift för landsting och kommuner är att förtydliga vad som ska ingå i första linjens psykiatri för barn och unga samt vem eller vilka som ska ansvara för att dessa insatser kommer till stånd och att samverka när det krävs.

Viktig att tänka på samverkan vid upphandling

Omvärldsförändringar påverkar förutsättningarna för och ställer delvis nya krav på samverkan. Ett sådant påtagligt inslag är allt fler nya aktörer och nya driftsformer. Ibland har dessa aktörer annorlunda regelverk och intresse av att avgränsa sina uppdrag jämfört med kommunala och landstingskommunala verksamheter. Om det byggs in en parameter om samverkan vid upphandlingen kan det bidra till att dessa aktörer medverkar i uppbyggnad av och deltagande i samverkan.

Stabila strukturer behövs

Såväl SKL som statliga utredningar har funnit att det saknas stabila, långsiktiga strukturer som stödjer ett gemensamt ansvarstagande för hela barnet i alla åldrar. SKL menar att de traditionella organisationsformerna motverkar helhetssyn. Expertgruppen för offentliga studier konstaterade i

en rapport från 2012 att infrastrukturen kring insatser för att stödja barns utveckling i allmänhet är splittrad och i synnerhet när det gäller de barn som behöver stöd. Till viss del skulle det kunna avhjälpas med lokala eller regionala avtal.

Ledningens engagemang och ansvar behöver förstärkas

Sammanställningen av kunskapsläget kring samverkan visar på en positiv utveckling när det gäller flera aspekter av förutsättningar för samverkan. Det gäller till exempel förankring i organisationen. Det var dock vanligare med förankring på den operativa nivån än hos högsta ledningen. Ledningarnas aktiva stöd och ”ägarskap” har visat sig vara en avgörande faktor för att lyckas med utvecklingsarbete, skapa en gemensam vision, förtydliga uppdrag, göra kommun- och landstingsgemensamma beställningar med mera.

Konkreta mål och uppföljning behöver utvecklas

Sammanställningen av kunskapsläget visar också att de övergripande målen för samverkan har blivit tydligare. Däremot är det ovanligt med konkreta och mätbara mål för arbetet. Förmågan att mäta och utvärdera de insatser som ges av samhället behöver hela tiden analyseras och förbättras, och det gäller på alla nivåer – lokal, regional och nationell nivå. Det är till exempel mycket ovanligt att avtal om samverkan har formaliserat uppföljningar och utvärderingar av resultat för barn och unga och deras familjer.

Fokus på barn, unga och deras familjer

Överhuvudtaget saknas synpunkter och erfarenheter från barn, unga och deras föräldrar i samverkansstudier och i avtal. Det är ett angeläget utvecklingsområde att systematiskt ta reda på hur resultaten faktiskt blir för de barn och unga som avtalen och överenskommelserna rör. Det är också viktigt att följa upp om och på vilket sätt barn och deras föräldrar har varit delaktiga i det konkreta samverkansarbetet. Barnkonventionen kan vara en grund att utgå ifrån. Barnrättsperspektivet handlar om att barn och unga får del av det som de har laglig rätt till. Det kan exempelvis gälla utbildning för barn som är placerade i samhällsvård eller samordnad rehabilitering för barn och unga med funktionsnedsättning. Barnperspektivet innebär att de vuxna ska se barnet och ha det i åtanke. Det kan

handla om att skifta fokus från problem till behov. Barnets perspektiv innebär att barnet och dess familj ses som kompetenta och resursstarka med rätt att vara delaktiga och ha inflytande över beslut som berör dem. Här kan det handla om att använda metoder och förhållningssätt som stärker barns och familjers delaktighet, till exempel evidensbaserade bedömningsinstrument.

Statlig tillsyn och uppföljning

Det finns ingen sammanställning av aktuella samverkansavtal på nationell nivå. Socialstyrelsen ställer frågor och följer samverkan kring barn som far illa inom den sociala barnvården inom ramen för öppna jämförelser. Avtal eller formella överenskommelser mellan huvudmän har lyfts fram som lämpliga verktyg i strategi för samverkan. Av uppföljningen av en förstärkt vårdgaranti för barn med psykisk ohälsa framgår att det är stora svårigheter med att ta fram avtal mellan landsting och elevhälsa.

Samordnarfunktioner

I skriften Strategi för samverkan nämns samordnarfunktioner som ett lämpligt verktyg för att skapa en hållbar struktur för samverkan [1]. Det finns inte någon nationell sammanställning över hur vanligt förekommande det är med samordnarfunktioner eller samordning av olika planer. Det finns inte heller några studier som visar på effekterna för barnet eller den unge när det finns särskilda samordnarfunktioner. Skolverket har i sin utvärdering av nationella samverkansprojekt för barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa funnit att en av faktorerna för framgång i samverkansarbetet är att det finns en utsedd samordnarfunktion. I en kartläggning som avsåg samordning för barn och unga med funktionsnedsättning framhöll Socialstyrelsen vikten av att landstingen följer upp samordningens effekter för barn och ungdomar. Sammantaget finns det skäl att kontinuerligt följa upp samverkansavtal, skriftliga överenskommelser och samordnarfunktioner. Särskilt viktigt är det att följa upp effekter för barn och unga.

Referenser

1. Strategi för samverkan – kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Skolverket, Rikspolisstyrelsen, Myndigheten för Skolutveckling, Socialstyrelsen; 2007.
2. Ägarprövning och mångfald vid offentligt finansierade välfärdstjänster. Regeringskansliet; 2012 (dir. 2012:131).
3. Ledsna barn, kunskapssammanfattning. Socialstyrelsen; 2010.
4. Nordens barn: Tidiga insatser för barn och familjer. Nordens Välfärdscenter; 2012.
5. Socialstyrelsens termbank. Hämtad 2013-04-04 från <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/>
6. Metoder som används för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – en nationell inventering i kommuner och landsting. Socialstyrelsen; 2008.
7. Skolverkets hemsida. Hämtad 2013-04-04 från <http://www.skolverket.se/>
8. Regeringen. Hälsa- och sjukvård i Sverige. Hämtad 2013-04-04 <http://www.regeringen.se/sb/d/14832>
9. Regeringen. Individ- och familjeomsorg i Sverige. Hämtad 2013-04-04 <http://www.regeringen.se/sb/d/14938/a/170355>
10. Social rapport 2010. Socialstyrelsen; 2010.
11. Danemark B. Samverkan – en fråga om makt. Gleerups förlag; 2004.
12. Andersson J, Ahgren B, Bihari Axelsson S, Eriksson A, Axelsson R. Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – an international literature review. *Int J Integr Care* 2011;11. Hämtad 2013-04-04 från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225240/>
13. Barn under 18 år som söker hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen; 2010. Meddelandeblad nr 7/2010.
14. Socialt arbete med barn och unga i utsatta situationer. Förslag till kompetensbeskrivningar. Socialstyrelsen; 2004.
15. Working together to safeguard children. Department of Health; 1999 och Working together to safeguard children. Department of Education; 2010.

Referenser

16. Danermark B, Germundsson P, Englund U. Slutrapport till SKL, Samverkan för barns psykiska hälsa. Modellområden – psykisk hälsa, barn och unga. 2012.
17. Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Skolverket, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut; 2004.
18. Nilsson I. En socioekonomisk analys av Skolverkets samverkansprojekt. 2009.
19. Sveriges Kommuner och Landstings hemsida. Socioekonomiskt verktyg. Hämtad 2013-04-04 från <http://www.skl.se/psynk/om-psynkprojektet/verktyg/socioekonomiskt-verktyg>
20. Erfarenheter av samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Skolverket; 2010.
21. Modellområdesprojektet – psykisk hälsa barn och unga. Slutredovisning för perioden 2009–2011. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
22. Ledningssystem för systematiskt arbete. Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen; 2012.
23. Förslag till nationell modell för kunskapsstyrning – enligt regeringsuppdrag om att utveckla modellen för God vård. Socialstyrelsen; 2012.
24. Om evidensbaserad praktik. Socialstyrelsen; 2012.
25. Haynes, Devereaux & Guyatt. Den evidensbaserade beslutsprocessen; 2002.
26. Att leda en evidensbaserad praktik – en guide för chefer i socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2012.
27. Upptäcka utvecklingsavvikelser hos barn och ungdomar – en sammanställning av systematiska kunskapsöversikter. Socialstyrelsen; 2013.
28. Upptäcka psykisk ohälsa hos barn och ungdomar – en sammanställning av systematiska översikter. Socialstyrelsen; 2013.
29. Implementering av VästBus. FoU i väst; 2010. Rapport 1:2010.
30. Sörmland UPP-märksammar barnen. Dokumentation från seminarium 3. Socialstyrelsen; 2011 (dnr 14342/2009).

31. Redovisning av uppdrag givet till Myndigheten för skolutveckling om att fördela medel till samverkansprojekt inom grund- och gymnasieskolan. Skolverket; 2009 (dnr U2006/5879/S).
32. Samordning för barn och unga med funktionsnedsättning – kartläggning av anslag för råd och stöd och föräldrars behov av information. Socialstyrelsen; 2013.
33. Andershed m.fl., Procedia. Social and Behavioral Sciences nr 5, H.; 2010
34. Projekt Pinocchio: erfarenheter från ett nationellt genombrottsprojekt med syfte att förbättra arbetet kring barn upp till 12 år som riskerar utveckla ett varaktigt normbrytande beteende. Sveriges Kommuner och Landsting; 2010.
35. Socialstyrelsens Metodguide. Hämtad 2013-04-04 från <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/metodguide>
36. Social barnavård i förändring, Slutrapport från BBIC-projektet. Socialstyrelsen; 2008.
37. Rasmusson B. Barnperspektiv i den sociala barnavården. Forsknings- och utvecklingsarbete inom ramen för projekt Kunskapsbaserad socialtjänst. Lunds universitet; 2006
38. Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – ett (o)lösligt problem? Riksrevisionen; 2011.
39. Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem? Socialstyrelsen; 2012.
40. Insatser till barn och unga med psykisk ohälsa – uppföljning av landstingens insatser för den förstärkta vårdgarantin 2011. Socialstyrelsen; 2012.
41. SOU 2010: 95 Se, tolka och agera – om rätten till en likvärdig utbildning
42. Expertseminarium kring praxis och konsekvenser vid LVU och LPT. Socialstyrelsen; 2013 (dnr 6913/2013).
43. Läroplan för förskolan Lpfö 98. Skolverket; 2011.
44. Läroplan för grundskolan, förskoleklassen och fritidshemmet. Skolverket; 2011.
45. Elevhälsan i skollagen. Skolverket; 2010.
46. Utvecklingsområden för mödra- och barnhälsovård samt elevhälsa. Socialstyrelsen; 2011.

Referenser

47. Barn och ungdomar med psykisk ohälsa – vem tar hand om dem? Socialstyrelsen 2012
48. 2013 års överenskommelse inom området psykisk ohälsa – bedömningskriterier och anvisningar för grundkrav och prestationsbaserade mål. Socialstyrelsen; 2013 (dnr 5.3-6553/2013).
49. Nätverket Hälsa och Demokrati (NHD), Nätverket Uppdrag Hälsa (NUH). Hämtad 2013-04-04 från <http://www.natverken.se/Om-oss/>
50. Hamnen. Mottagning för barn, unga och föräldrar. Utvärdering av mottagning för första linjens barn- och ungdomspsykiatri. Gustavsbergs vårdcentral (Stockholms läns landsting) och Värmdö kommun; 2011.
51. Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik. Västkom och Västra Götalandsregionen; 2005.
52. Samverkan kring barn i behov av särskilt stöd (BUS). Kommunförbundet Stockholms län (KSL); 2012.
53. BUS-brevet Nr: 1 Samverkan kring barn i behov av särskilt stöd (BUS). Kommunförbundet Stockholms län (KSL); 2013-02-01. Hämtad 2013-04-04 <http://www.ksl.se/download/18.364d8e6213cd04cfa373/BUS+brevet+nr+1.pdf>
54. Andershed A-K, Andershed H. Barn och unga som begår brott. Handbok för socialtjänsten. Bilaga 1: Bedömning av risk- och skyddsfaktorer för normbrytande beteende hos unga: Hur kan vi använda teori och forskning i praktiken? Socialstyrelsen; 2009.
55. Barn- och ungdomspsykiatrins metoder. En nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009
56. Barn- och ungdomshabiliteringens metoder för att förebygga psykisk ohälsa – en nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009
57. Förskolans metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – en nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009
58. Skolans metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – en nationell inventering i grundskolor och gymnasieskolor. En nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009
59. Socialtjänstens öppna verksamheter för barn och unga – en nationell inventering av metoder. Socialstyrelsen; 2009

60. Skolhälsovårdens metoder för att förebygga psykisk ohälsa – en nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009
61. Barnhälsovårdens metoder att förebygga psykisk ohälsa hos barn – en nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009
62. Mödrahälsovårdens metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – en nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009
63. De barn- och ungdomsmedicinska mottagningarnas metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos barn – en nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009
64. Ungdomsmottagningarnas metoder för att förebygga psykisk ohälsa – en nationell inventering. Socialstyrelsen; 2009
65. Vård och omsorg om placerade barn. Öppna jämförelser och utvärdering. Rekommendationer till kommuner och landsting om hälsa och utsatthet. Socialstyrelsen; 2013.
66. Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar. Socialstyrelsen; 2013.
67. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialstyrelsen. Hearing om regionala och länsvisa samarbeten. Långholmen maj 2009. Hämtad 2013-04-04 http://www.skl.se/psynk/teman_1/hur_andra_arbetar/regionala_och_lansvisa_samarbeten_3
68. En god start – en ESO-rapport om tidigt stöd i skolan. Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi (ESO); 2012. Rapport 2012:2.
69. Dokumentation av barnets bästa inom socialtjänsten. Socialstyrelsen; 2012.
70. Vårdnad, boende och umgänge. Handbok – stöd för rättstillämpning och handläggning inom socialtjänstens familjerätt. Socialstyrelsen; 2012.
71. Karlberg M, Sundell K. Skolk. Sund protest eller riskbeteende? Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten; 2004. FoU-rapport 2004:1.
72. Uppdrag att genomföra insatser för en förstärkt elevhälsa. Regeringen; 2011. U2011/5947/S m.fl.
73. Överenskommelser om samarbete. Socialstyrelsen; 2010. Meddelandeblad nr 1/2010.
74. Kraften av samverkan – om samverkan kring barn och unga som far illa eller riskerar att fara illa. Skolverket; 2009

Referenser

75. Barn och unga i socialtjänsten. Utreda, planera och följa upp beslutade insatser. Socialstyrelsen; 2006

Bilaga

Samverkan: skola, socialtjänst och hälso- och sjukvård

Kunskapssammanställning av Berth Danermark, 2011:

Inledning

För många har begreppet samverkan en positiv klang med stora förväntningar kopplade till ett sådant arbetssätt. För andra kan det vara fyllt med associationer till ökad arbetsbelastning och ökad administrativ börda. Samverkan ses ofta som ett sätt att lösa besvärliga samordningsproblem. Det finns tydliga förväntningar på att en effektiv samverkan skall innebära att man på ett effektivare sätt kan nå ett antal välfärdsmål. Om man samverkar kring exempelvis barn som far illa eller riskerar att fara illa så är förhoppningarna att arbetet på sikt kommer att kräva mindre resurser och i bästa fall även färre barn att fara illa. Ofta ser man bara till de tänkta vinsterna och man är mindre medveten om vad som krävs för att bygga hållbara samverkansstrukturer. Forskning om och erfarenhet från samverkan ger dock vid handen dels att det är en stor utmaning att samverkan och dels att det kräver initiala resurser, både i form av pengar, tid och kunskap.

Varför har då samverkan kommit att få en sådan framskjuten plats i diskussionen om hur välfärdstjänster i samhället skall utvecklas? En av de viktigaste orsakerna är den ökade fragmenteringen av sådana tjänster. Fragmenteringen har flera olika aspekter. Det blir allt fler olika typer av aktörer, privata, semiprivata och marknadsliknande offentliga aktörer erbjuder tjänster. Specialiseringen av tjänster till personer i behov av stöd ger också upphov till ett koordineringsbehov. Sett i detta perspektiv är förväntningarna på att en ökad samverkan skall lösa de problem som följer av fragmenteringen förståelig. Det finns även andra starka drivkrafter till ökat fokus på samverkan. Många sociala problem upplevs i dag vara synnerligen komplexa. Om komplexiteten ökat eller om vår medvetenhet om den ökat är svårt att säga men tydligt är att det finns en strävan att koordinera insatser på ett bredare sätt än förr. Även detta kräver samverkan.

När skall man samverka? Man bör noggrant överväga om samverkan verkligen krävs. En enkel tumregel är att man bara skall samverka i de fall en situation kräver samordnade insatser från flera aktörer samtidigt.

Om exempelvis olika insatser från olika aktörer på ett effektivt sätt kan ske successivt (först aktör A, sedan aktör B) kanske det räcker med ett väl utvecklat informationsutbyte mellan de inblandade aktörerna.

Om man kommer fram till att förhållandena kräver ett mer utvecklat samarbete och att långsiktiga och hållbara samverkansstrukturer behöver byggas upp mellan de inblandade aktörerna bör man närma sig uppgiften på ett respektfullt sätt. Att bygga sådana strukturer är som nämnts krävande. Det krävs kunskap och långsiktighet. Litteraturen om samverkan ger en tydlig bild av att det finns en lång rad mekanismer som såväl underlättar som försvårar samverkan.

I denna bilaga skall först ett perspektiv på samverkan presenteras som rymmer olika typer av mekanismer som påverkar samverkan. Vidare skall några erfarenheter från aktuella samverkanssträvanden redovisas och vilka slutsatser som kan dras från dessa. Forskning om samverkan har fokuserat två olika aspekter av samverkan. Den första rör hur bra samverkan skall utvecklas, så kallad processorienterad samverkansforskning. Den andra typen av studier berör effekterna av samverkan, effektstudier. I den tredje delen diskuteras samverkan i en föränderlig omvärld och vilka kompetenskrav som kan ställas på de som ansvarar för att bygga långsiktig samverkan. Avslutningsvis kommer några tentativa slutsatser dras och rekommendationer att ges.

Regelverk, organisation och synsätt

Samverkansforskningen i Sverige är ett fält i utveckling, kanske rent av än så länge bara i vardande. Det kännetecknas i dagsläget inte av någon central teoretisk kärna. Tendenser till sådan teoretisk utveckling finns dock. Vidare är den vetenskapliga publiceringen förhållandevis blygsam. En översikt (Axelsson, 2011) visar dock att samverkansforskningen i Sverige spänner över en lång rad olika områden, alltifrån samverkan om barn med funktionsnedsättning till samverkan om komplexa infrastrukturprojekt. Inte heller finns det några större integrerade forskarnätverk även om det finns några mindre forskargrupper i Sverige som har ett visst samarbete. Vi kan i detta läge därför inte ha några större förväntningar på att kunskapen om samverkan i den svenska kontexten skall ha en gedigen teoretisk och empirisk förankring.

Ett försök att strukturera några av de i den vetenskapliga litteraturen beskrivna mekanismerna som påverkar samverkansprocessen har gjorts av Danermark (2000). I den modell som utvecklats delas dessa mekanismer in i tre typer, sådana som rör hur samverkan organiseras, sådana som

fokuserar de ramar som finns för samverkan i termer av de regelverk som de olika aktörerna är underkastade samt sådana som rör de inblandade professionernas kunskap och synsätt. Dessa tre dimensioner av samverkan analyseras utifrån ett maktperspektiv (Danermark, 2004). Samverkan är till sin natur relationell. Man samverkar alltid med någon. I alla relationer finns en potentialitet till maktutövning (Danermark & Germundsson, 2011). Om den aktualiseras eller ej är en empirisk fråga men den är central och bör ingå i vår strävan att förstå hur hållbar samverkan kan byggas.

Det är utifrån det aktuella kunskapsläget svårt att avgöra vilken av de tre dimensionerna som är den mest centrala. Alla tre är viktiga men på helt olika sätt. Man kan närma sig dem genom att fråga om det finns något i de inblandade aktörernas regelverk, organisation eller kunskap och synsätt som försvårar samverkan. Regelverk sätter ramar för verksamheten. Det är en av deras uppgifter. De ser olika ut för olika aktörer men innebär denna olikhet hinder för samverkan? Som vi skall se finns det exempel på att så kan vara fallet. Varje aktör organiserar också sin verksamhet på det sätt som harmonierar med det uppdrag som den har. Det sätt de är organiserade på präglar också på vilket sätt de kan organisera sin del i samverkan. Detta behöver inte innebära några större problem för samverkan men när bristande flexibilitet i en organisation innebär att den inte kan anpassa sig till de krav som en effektiv organisation av samverkan ställer utgör den ett hinder. Slutligen innebär all samverkan att enskilda individer interagerar. De har en förankring såväl i en profession som i en organisation. Inom ramen för dessa utvecklas ofta olika kunskaper om och synsätt på det samverkan handlar om. I de fall de inblandade upplever att de kompletterar varandra är det inga problem men problem uppstår när de konkurrerar eller på annat sätt hamnar i konflikt med varandra (Germundsson, 2011). Sammanfattningsvis innebär det ovan antydda perspektivet att hur samverkan utvecklas är en följd av samspelet mellan de olika typerna av mekanismer.

Erfarenheter av försök att bygga hållbar samverkan

Utifrån det ovan skisserade synsättet på hur utvecklingen av samverkan kan förstås skall resultat från några nyligen genomförda studier av samverkan redovisas.

Under perioden 2007–2009 studerades ett 90-tal samverkansprojekt i en av regeringens satsning på att utveckla samverkan för att förbättra arbetet kring barn som far illa eller riskerar att fara illa. Huvudsyftet med satsningen var att utveckla hållbara samverkansstrukturer och att sprida

kunskap om dessa erfarenheter (Danermark et al. 2009). I uppdraget ingick inte primärt att studera eventuella effekter av en utvecklad samverkan utan fokus var att närmare studera vilka underlättande respektive försvårande faktorer som påverkar samverkan för målgruppen. Några av slutsatserna från kartläggningen är att samverkan utvecklats positivt under de åren projekten erhöll externa medel. I synnerhet utvecklades deltagarnas kunskap om det man samverkan kring samt om varandra. Inom andra viktiga områden kunde ingen utveckling noteras. För två viktiga samverkansmekanismer kunde ingen nämnvärd utveckling noteras, tillgång till resurser för samverkan samt politisk förankring av arbetet. Detta bedömdes som ett hot mot fortsatt utveckling av samverkan. En uppföljande studie ett år senare bekräftade dock inte den bilden. Det visade sig att ca 2/3 av projekten rapporterade att samverkan fortsatt att utvecklas även efter att de externa medlen upphört men att det fortfarande förelåg ett mycket stort behov av fortsatt utveckling (Danermark et al. 2010, s. 406). Åtta av tio pedagoger upplevde att det förelåg ett mycket stort behov av att fortsätta utveckla samverkan, i synnerhet med barn- och ungdomspsykiatri i arbetet med barns psykiska hälsa. Studien visar att fortfarande föreligger stora hinder för en sådan fortsatt utveckling. De största hindren för att samverkan kring barns psykiska hälsa utgjordes av tids- och kunskapsbrist, föräldrarnas förhållningssätt, andra aktörers synsätt samt regelverket, i synnerhet frågan om sekretess (Danermark et al. 2010, s. 416).

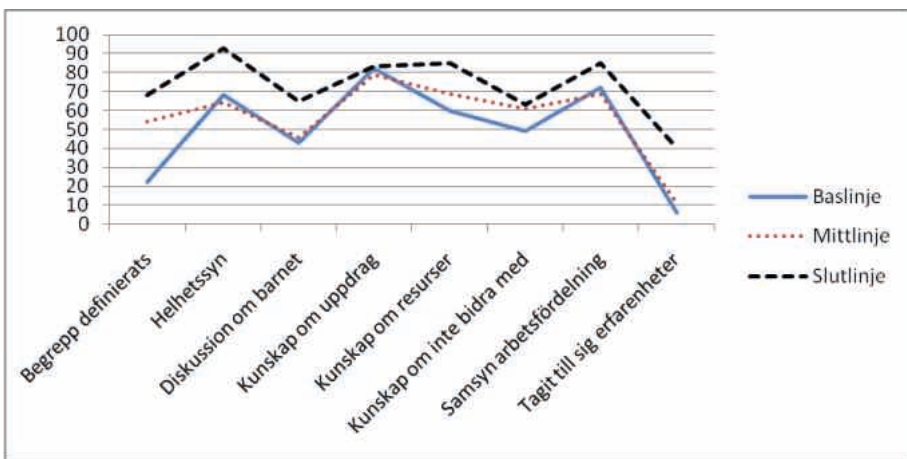
Den två ovan nämnda studierna fokuserar själva samverkansprocessen. I två andra studier har även utfallet av samverkan studierats. Den första studien rör samverkan kring barn med flerfunktionshinder, dels hur samverkan utvecklas i de nätverk som finns kring dessa barn och dels om en ökad samverkan leder till en mer positiv utveckling för barnen. Den andra studien handlar om samverkan kring barns psykiska hälsa. Sedan några år tillbaka pågår ett målinriktat arbete inom ett antal kommuner för att utveckla arbetsformer i syfte att förebygga och intervensera vad gäller barns psykiska hälsa. Arbetet initierades av Sveriges kommuner och landsting (SKL) och drivs inom ramen för s.k. Modellområden. Denna andra studie analyserar vad samverkan betyder för dels tidig upptäckt av barn med psykiska problem och dels samverkans betydelse för arbetet med frånvaro i skolan.

I en diskussion om vilken betydelse samverkan har för ett visst utfall måste samverkan sättas in i en större kontext. Samverkan sker ofta inom ramen för ett visst arbetssätt, till exempel Barns behov i centrum (BBIC). Det kan därför vara svårt att avgöra om ett eventuellt positivt utfall beror

på samverkan i sig eller på att man börjat tillämpa ett mer systematiskt arbetssätt. Det är dock inte ovanligt att sådana systematiska arbetssätt förutsätter en väl utvecklad samverkan.

I arbetet med barn med flera svåra funktionsnedsättningar tillämpades en systematisk arbetsmetod som kallas 5-stegsmodellen (Elmerskog et al., 1993). Den förutsätter god samverkan mellan exempelvis pedagoger (inklusive specialpedagoger), personal från barnrehabiliteringen, från syn- och hörselvården och föräldrar. I projektet kunde konstateras att samverkan utvecklades positivt under projekttiden. Nätverken arbetade systematiskt med att förbättra samverkan under projekttiden utifrån det synsätt på samverkan som redovisades tidigare. I figur 1 visas hur samverkan utvecklats inom de nätverk som arbetat med barnen. Här redovisas endast resultatet för en dimension, kunskap och synsätt, men resultaten är likartade även inom de två andra dimensionerna, regelverk och organisation.

Figur 1. Utvecklingen av samverkansdimensionen "Synsätt" i projekt om barn med flera funktionsnedsättningar.



Anm. Skalan 0–100 innebär att ju högre värde, desto större andel (%) av respondenter är nöjd med den aktuella indikatorn på samverkan.

Det tar tid att bygga samverkansstrukturer men resultaten från denna studie visar att med ett systematiskt fokus på samverkan kunde samverkan utvecklas under de 1,5 år som det pågick. Det framkom att en utvecklad samverkan i kombination med ett systematiskt arbetssätt, 5-stegsmodel-

len, ledde till utveckling hos de aktuella barnen som inte kunde förklaras av andra faktorer, till exempel ökade mognad. De inblandade aktörerna vittnade också om detta (Coniavitis Gellerstedt, 2010, Specialpedagogiska skolmyndigheten, 2011). Slutsatsen är att samverkan manifesterad i ett systematiskt arbetssätt gav påtagliga positiva effekter för barnets utveckling.

I en annan studie av samverkan i de s.k. modellområdena undersöks om samverkan har någon betydelse för dels frånvaron i skolan och dels möjligheterna till tidig upptäckt av psykisk problematik hos barn. Liksom i fallet med samverkan kring barn med flerfunktionshinder var det svårt att visa att samverkan i sig leder till några påtagliga positiva förändringar. Att bygga strukturer för samverkan är bra, att underhålla dessa och att utvecklas samverkansprocessen är också bra men samverkan måste materialiseras i ett konkret arbete – i en konkret arbetsmetod – som syftar till att förbättra situationen för barnen. I arbetet med att minska skolfrånvaron utvecklade de olika modellområden olika strategier liksom i arbete med tidig upptäckt av psykisk problematik. Gemensamt var dock att de krävde mer eller mindre samverkan. I modellområdena har hittills endast de kortsiktiga effekterna av samverkan i kombination med exempelvis nya dokumentationsrutiner och uppstegade åtgärdsprogram studerats. Resultatet visar att arbetet leder till en mycket tydligare bild av problematiken och att åtgärder kan sättas in på ett mer riktat och adekvat sätt. Huruvida dessa på sikt får önskad effekt i form av förbättrad psykisk hälsa är för tidigt att säga men tendensen är att skolfrånvaron minskar och att tidig upptäckt kan innebära att insatser sätts in i ett tidigare skede.

En viktig slutsats är att samverkan måste vara en del i en större kontext. Först bör ett problemområde definieras liksom målgrupp. Därefter bör klara och tydliga mål sättas upp. Samverkan bör sedan utvecklas parallellt med att ett systematiskt arbetssätt för att nå målen implementeras. I de fall samverkan kombineras med ett sådant arbetssätt tycks det ha positiv effekt på det man samverkar kring.

Samverkan i en föränderlig värld

Fragmentering

Omvärlden förändras och kraven och förutsättningarna för samverkan med den. Inledningsvis nämndes den ökade fragmenteringen av vård, omsorg och stöd till utsatta grupper som ett viktigt exempel på omvärldens dynamik. Ett sådant inslag är att nya aktörer träder in på arenan i allt större omfattning. Privata aktörer blir allt vanligare. Vilken roll kan

de spela i utvecklingen av goda samverkansstrukturer när de lyder under delvis andra rationaliteter (till exempel avkastningskrav på insatt kapital), annan lagstiftning som berör sekretessfrågan och andra kompetensprofiler?

Det saknas dock kunskap om hur de nämnda förhållandena påverkar förutsättningarna och ger ramar för samverkan. Kunskap om vilken betydelse dessa faktorer har för byggandet av samverkansstrukturer behöver utvecklas.

Erfarenheterna visar dock att den ökade fragmenteringen inte leder till ökad samverkan. Studier indikerar snarare motsatsen (se till exempel Möller et al, 2009). Med fragmentering kommer ökade krav på tydliga professionella gränsdragningar, tydlig ansvarsfördelning och ekonomiska gränsdragningar som försvårar samverkan.

Inträdet av privata och semiprivata aktörer leder också till nya frågor. Vinstdrivande företag kräver avkastning och därmed ersättning för nedlagt arbete. Att samverkan tar tid i anspråk och om kommunerna i sin upphandling inte bygger in frågan om samverkan kan man inte förvänta sig att dessa aktörer medverkar i uppbyggande av och deltagande i samverkan. En viktig slutsats är att vid all upphandling av tjänster som berör barns hälsa och utveckling skall frågan om samverkan ingå.

Elevhälsans nya roll

Ny lagstiftning tilldelar elevhälsan en central roll. Detta diskuterades utförligt i utredningen om utsatta barn och utredaren konstaterar att elevhälsans uppdrag förtydligats i den nya skollagen (SOU 2010:95). Samtidigt framhåller utredaren att det dock finns oklarheter kring behandlingsansvar för barn och ungas psykiska hälsa. Han konstaterar också att ”Arbetet med elevhälsan förutsätter en hög grad av samverkan mellan elevhälsans personal och övriga personalgrupper samt att det finns kompetens att tillgå för detta arbete. Det är också angeläget att samverkan sker med övrig hälso- och sjukvård samt med socialtjänsten.” (s.29) Det är av särskild vikt att samverkan på kommunal central nivå förbättras. Utredarens förslag innebär bland annat ett tidsbegränsat utvecklingsarbete ”för att stärka samverkan på kommunal central nivå mellan de ansvariga för utbildning och socialtjänst” (s. 18). Vidare skriver utredaren att det behövs ett förtydligande av skyldigheten att samverka och vem som har ansvar för att samverkan kommer till stånd (för en mer utförlig diskussion om elevhälsans nya roll i ett samverkansperspektiv, se Danermark et al. 2011). Elevhälsans nya roll kräver alltså ett målinriktat utvecklingsarbete för att finna de effektiva samverkansformerna.

Barnkonventionen

En central utgångspunkt i arbetet med utsatta barn är barnrättsperspektivet och i allt fler kommuner och landsting lyfts frågan om tillämpningen av barnkonventionen. Ett uttryck för detta är det arbete som bedrivs inom SKL för att stärka implementeringen av barnkonventionen.

I en studie av barnkonventionens roll i arbetet med utsatta barn konstaterades att kunskap om barnkonventionens och dess intentioner är relativt god. Konventionen utgjorde en övergripande ram för arbetet med barn och unga, till exempel vad gäller elevinflytande, värdegrundsfrågor och antimobbingarbete. Det kunde dock konstateras att endast i ett fåtal av de ca 90-tal projekt som studerades utgjorde barnkonventionen en uttalad utgångspunkt för arbetet. Inte i något av projekten gjordes det systematiska barnkonsekvensanalyser (Danermark et al. 2009).

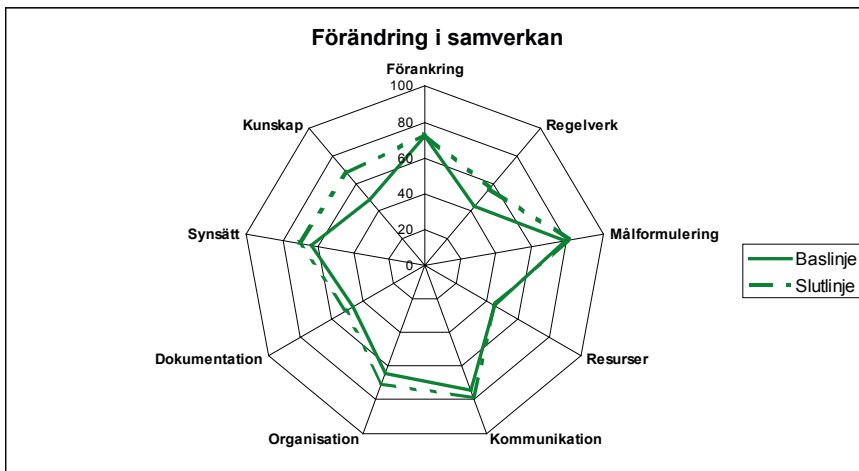
Barnkonventionen har stor betydelse för frågan om samverkan. Artikel 12 i barnkonventionen säger att ”varje barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör henne/honom. Barnets åsikt ska beaktas i förhållande till barnets ålder och mognad”. Barnet, eller om barnet inte själv kan föra sin talan, dess representant (förälder, gode man etc.), skall vara en självklar samverkanspart. Detta innebär dock stora utmaningar. Danermark et al. (2010) visar att bland de hinder för samverkan som nämns av pedagoger ses föräldrar ofta som ett hinder. Över 50 procent av lärarna upplever att föräldrarna inte bidrar till att utveckla samverkan. Detta gäller i synnerhet i de fall det handlar om kriminalitet hos den unge. Där uppger 2 av 3 lärare att föräldrarnas förhållningssätt utgör ett hinder för samverkan.

Samverkan kräver kompetens

Antag att en person får i uppdrag att ansvara för mathållningen på ett större äldreboende. En sådan person förutsätts ha kunskap om nutrition, ekonomi, måltidens estetik och psykologi, demens och en lång rad andra centrala områden. Det krävs utbildning, erfarenhet och resurser för att kunna ta ett sådant ansvar. När det gäller frågan om samverkan har dock inte samma medvetenhet vuxit fram. Detta trots att bristande samverkan kan ha förödande effekter för enskilda personers hälsa och välbefinnande. Samverkan kräver, precis som i exemplet med mathållningen, goda kunskaper inom en lång rad olika områden. I ett forskarperspektiv finns en förhållandevis god kunskap om vilka de grundläggande förutsättningarna för en god samverka är. De tidigare nämnda tre dimensionerna av samverkan (regelverk, organisation och synsätt) är ett exempel och de

kan brytas ned i följande nio kategorier: god förankring, harmonierande regelverk, tydlig målformulering, tillräckligt med resurser, ändamålsenlig organisation, god dokumentation, gemensamt synsätt samt god kunskap om det man samverkan om och om varandra. I nedanstående figur visas hur indikatorer på dessa kategorier utvecklades under ca 1,5 år i ett 90-tal projekt som arbetade med att utveckla samverkan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa. Det kan noteras att samverkansprocessen utvecklats inom flera av dimensionerna, framför allt gäller det kunskapsdimensionen. Det kan dock noteras att resursdimensionen var lågt utvecklad redan från början av projekttiden och förbättrades inte under den studerade tiden.

Figur 2. Utvecklingen av centrala aspekter av samverkan i arbetet med barn som far illa eller riskerar att fara illa. (Det sammanlagda resultatet för samtliga projekt)



Källa: (Danermark et al. 2009, sid 30)

Anm. Skalan 0–100 innebär att ju högre värde, desto större andel (%) av respondenterna är nöjd med den aktuella indikatorn på samverkan.

För att kunna hantera de olika aspekterna inom vart och ett av de nämnda nio områdena fordras kunskap om vilka de främjande och hindra faktorerna är. För detta krävs god samverkanskunskap.

Avslutning

Ett centralt tema i denna bilaga har varit att samverkan skall byggas systematiskt och i samklang med konkreta arbetssätt riktat mot det man vill förbättra. Detta är en långsiktig process men den kan påskyndas genom ett systematiskt förändringsarbete. Ett annat budskap har varit att kunskap om hur man bygger hållbar samverkan inte kan presenteras i form av en uppsättning detaljerade handlingsrekommendationer. Det handlar om att förstå samverkansprocessens grundläggande förutsättningar och vilka mekanismer som i den aktuella kontexten påverkar samverkan. Detta förutsätter att de som har ansvaret för ett sådant utvecklingsarbete har god samverkanskunskap.

Utifrån de erfarenheter som finns kring samverkan om barn i behov av stöd kan de krav som kan ställas på ett sådant utvecklingsarbete sammanfattas på följande sätt (Danermark, B. & Germundsson, P. 2007):

- bygg upp en god samverkanskompetens i organisationen
- identifiera de mekanismer som underlättar samverkan i den aktuella kontexten
- planera för att understödja dessa mekanismer
- identifiera de mekanismer som försvårar samverkan i den aktuella kontexten
- planera för att motverka dessa mekanismer
- följ löpande utvecklingen

Referenser

- Axelsson, R. (2011) Utveckling av forskningsmiljö kring samverkan. PM. Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden
- Coniavitis Gellerstedt, L. (2011) Att erövra sin vardag. Rapport. Specialpedagogiska skolmyndigheten.
- Danermark, B. (2000) Samverkan. Himmel eller helvete. Örebro: Delsam AB. Danermark, B. (2004) Samverkan. En fråga om makt. Örebro: Delsam AB.
- Danermark, B. & Germundsson, P. (2007) Nya vägar till arbetslivet – kvalitetssäkring av samverkan. Sundsvall: NTG-projektet.
- Danermark, B., Englund, U., Germundsson, P. & Lööf, K. (2009) Samverkan kring barn som far illa eller riskerar att fara illa. En formativ utvärdering av samverkan mellan skola, socialtjänst, polis samt barn- och ungdomspsykiatri. Örebro universitet, Hälsoakademin.
- Danermark, B., Englund, U. & Germundsson, P. (2010) Skolans arbete med utsatta barn – ett samverkansperspektiv. Rapport till utredningen ”Översyn av skolans arbete med utsatta barn”. I SOU 2010:95 Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning. Bilaga 4.
- Danermark, B. & Germundsson, P. (2011) Social representation and power. In Education, Professionalization and Social Representations: On the Transformation of Social Knowledge. London: Routledge
- Danermark, B., Englund, U. & Germundsson, P. (2011) Utredningsuppdrag gällande samarbetsformer mellan socialtjänst och skola i Hässleholms kommun. Örebro universitet, Hälsoakademin.
- Elmerskog B., Martinsen H, Storlökken M. & Tellevik, J. M. (1993) Førlighetsopplæring: mobility i en funksjonell sammenheng Trondheim: Tapir
- Germundsson, P. (2011) Lärare, socialsekreterare och barn som far illa. Om sociala representationer och interprofessionell samverkan. Akademisk avhandling. Studies from The Swedish Institute for Disability Research. No. 36. Örebro universitet.
- Möller, K. Eriksson, K., Sadeghi, A., Möller, C. & Danermark, B. (2009) Long-term ophthalmic health care in Usher Syndrome type I from an ICF perspective. Disability & rehabilitation. Vol. 31 Issue 15, p1283-1292
- Specialpedagogiska skolmyndigheten (2011). Rullstolsmobility. Ett samverkansprojekt där målet är att säkra barns och ungdomars aktivitet, delaktighet och involvering i livssituationer. Slutrapport till Allmänna Arvsfonden.

