

Akutavdelningar på särskilda ungdomshem

Akutpraktiken ur personalens, de ungas och socialtjänstens perspektiv



Lina Ponnert, Susanna Johansson och Kerstin Svensson

FORSKNINGSRAPPORT

Institutionsvård i fokus ges ut av Statens institutionsstyrelse, SiS. Serien omfattar såväl sammanfattningar, statistik, redovisningar och utvärderingar som forskningspublikationer.

SiS forskningsprojekt finansieras genom årlig utlysning av forskningsmedel. Beslut om finansiering av externa forskningsprojekt tas av SiS generaldirektör efter bedömning av SiS vetenskapliga råd och sakkunnig granskning (peer-review). Publicering sker efter beredning i publikationsseriens redaktionsråd och vetenskaplig granskning av SiS forskningsledare med stöd av externa sakkunniga.

Redaktionsrådet för Institutionsvård i fokus består av företrädare för SiS forsknings- och utvecklingsenhet, vård- och behandlingsenhet samt kommunikationsavdelning. Ordförande är utvecklingsdirektör Annika Eriksson.

Ansvarig utgivare för Institutionsvård i fokus är generaldirektör Elisabet Åbjörnsson Hollmark.

SiS vetenskapliga råd

Ordförande:

Annika Eriksson, utvecklingsdirektör, SiS

Forskare:

Anna-Karin Andershed, professor, Örebro universitet

Sven Bölte, professor, Karolinska institutet

Anders Hammarberg, med.doktor, Karolinska institutet

Anita Heber, docent, Stockholms universitet

Therese Reitan, docent, Södertörns högskola

Johanna Schiratzki, professor, Ersta Sköndal Bräcke Högskola

Jessica Storbjörk, docent, Stockholms universitet

Kerstin Svensson, professor, Lunds universitet

Verksamhetsföreträdare:

Rickard Amylon, utredare, forsknings- och utvecklingsenheten, SiS

Sverker Göransson, institutionschef, SiS ungdomshem Hässleholm

Paula Liljeberg, divisionschef, BUP Stockholm

Alexis Ljungkvist, områdeschef, Göteborgs stad

ISBN 978-91-87053-68-9

Akutavdelningar på särskilda ungdomshem

Nummer 1 år 2020 i rapportserien Institutionsvård i fokus.

Publikationerna finns att beställa eller ladda ner från SiS webbplats.
www.stat-inst.se

Publikationsseriens adress:
Statens institutionsstyrelse, SiS
Box 30224
104 25 Stockholm

Engelsk titel:

Institutional Care in Focus

Akutavdelningar på särskilda ungdomshem

Lina Ponnert, Susanna Johansson och Kerstin Svensson

Innehållsförteckning

Förord	5
Kapitel 1. Inledning	6
Socialtjänsten och den sociala barnvården som arbetsfält.....	6
Tvångsvård och placering utanför hemmet som åtgärd	7
Särskilda ungdomshem i den sociala barnvården	9
Varför en studie om akutavdelningar på särskilda ungdomshem?	11
Projektets syfte och frågeställningar	12
De olika avdelningarnas organisering utifrån uppdrag och tjänster på särskilda ungdomshem	13
Förändringar under planering och genomförande av projektet	15
Forskning om unga i låst institutionsvård.....	16
Omfattande problematik och tveksamma behandlingsresultat	16
Institutionslivet för ungdomar och för personal	17
Professionsperspektiv på personal inom ungdomsvården och socialtjänsten	20
Jämförbarhet över tid	21
Fortsatt framställning.....	22
Kapitel 2. Metod	24
Övergripande beskrivning av arbetsprocessen.....	24
Ungdomsintervjuer och fältbesök.....	25
Gruppintervjuer med personal på ungdomshem	27
Genomförande av gruppintervjuer med personal	28
Intervjupersonerna	29
Intervjuer med socialsekreterare.....	30
Webbenkäter till personal på ungdomshem och till representanter för socialtjänsten – urval och material	32
Webbenkäten till personal på ungdomshem – urval och respondenter	33
Webbenkäten till socialtjänsten – urval och respondenter	35
Bearbetning och analys.....	37
Etiska överväganden och metodreflektioner	38
Kapitel 3. Socialtjänstens perspektiv	40
Målgrupp för akutplacering på särskilt ungdomshem	40
Olika motiv och argument för placering på akutavdelning	41
Akutavdelning för respit – tid för kartläggning och ger socialtjänsten rådrum	42
”Man får ta den plats man får” – akutavdelning på grund av kötider och platsbrist	42
Akutavdelning som första anhalt inom SiS – ett krav från SiS?	43

Förväntningar på akutavdelningarna – kartlägga, skapa struktur, motivera och låta den unge landa.....	44
Konsekvenser av långa vårdköer och platsbrist för socialtjänst och för unga.....	45
Olika målgrupper inom SiS och samverkan med andra aktörer	49
Kvalitet och kompetens inom SiS och socialtjänst – förutsättningar för samarbetet.....	52
Önskemål om familjearbete inom SiS	55
Summering.....	56

Kapitel 4. Personalens perspektiv..... 58

En heterogen målgrupp, men ungdomar i sämre skick på akutavdelningarna	58
Akutavdelningarnas roll och praktik.....	62
Akutavdelningen – en plats för att landa och inskolas i rutiner.....	62
För deras egen säkerhet – akutavdelningen som skydd och trygghet. 64	
Akutavdelningen som förberedelse för behandling – SiS behov av kunskap om den unge.....	65
Tiden som förutsättning och hinder.....	67
Personalens roll och syn på sitt arbete.....	68
Akutavdelningar: Omsorgsfull distans och vikten av personlig lämplighet.....	68
Flexibel fyrkantighet – regler och undantag.....	71
Samarbete med olika aktörer.....	74
Förändringar över tid som påverkat akutavdelningar	76
När gränserna mellan avdelningar suddas ut	78
Summering.....	80

Kapitel 5. Ungdomarnas perspektiv..... 82

Olika avdelningar, olika upplevelser	82
Den ”goda” akutavdelningen.....	83
Den ”onda akutavdelningen”	84
Förlust av kontroll och förlust av saker.....	86
Tristess och väntan – avsaknad av innehåll	89
Vård i öppnare former som förutsättning för ungas deltagande i vissa aktiviteter	91
Sköta sig och sköta sitt.....	92
När tiden på akutavdelningen blir för lång – att matcha behov och innehåll.....	94
Den upptagne frånvarande socialsekreteraren	97
Vad är skillnaden mellan akut- och behandlingsavdelning?.....	99
Summering.....	100

Kapitel 6. Samlad analys och diskussion..... 103

Akutavdelningar som livräddande hållplats och rondell.....	103
Meningslös skötsamhet	104

Tidens betydelse och vårdtiden på akutavdelningen som tid som inte räknas	105
Myten om behandling som organiserande princip.....	107
Oklar praktik – vem och vad styr vad?	108
Olika typer av professionalitet.....	110
Avslutande diskussion.....	111
Implikationer för SiS	113
Implikationer för socialtjänsten	114
Referenser	115
Lagar och förkortningar:.....	121
Bilaga 1. Intervjuguide ungdomar	123
Bilaga 2. Intervjuguide personal gruppintervjuer	127
Bilaga 3. Intervjuguide socialtjänst	128
Författarpresentation	130

FÖRORD

I denna rapport redovisas projektet "Akutavdelningar på särskilda ungdomshem. En studie av akutpraktiken ur personalens, de ungas och socialtjänstens perspektiv."

Vi är tre forskare som arbetat i projektet och som haft huvudansvar för olika delstudier och kapitel i denna rapport. Lina Ponnert har varit projektledare och har ansvarat för projektet i sin helhet, liksom för genomförandet av webbenkäter till personal på ungdomshem och till socialtjänst, samt genomförande och bearbetning av ungdomsintervjuer och fältbesök. Lina har skrivit rapportens inledningskapitel och kapitlet om ungdomarnas perspektiv (kapitel ett och kapitel fem). Hon har också haft huvudansvar för de två kapitel som skrivits av alla tre tillsammans: metodkapitlet (kapitel två) och den samlade analysen (kapitel sex). Susanna Johansson har ansvarat för genomförande och bearbetning av intervjuer med socialsekreterare och har i rapporten haft ansvar för kapitel tre, där socialtjänstens perspektiv redovisas utifrån intervjuer med socialsekreterare och webbenkäter till socialtjänsten. Lina Ponnert och Kerstin Svensson har tillsammans ansvarat för genomförande och bearbetning av gruppintervjuer med personal på ungdomshemmen och webbenkäter till personalen, och har tillsammans skrivit kapitel fyra. Under arbetet med rapporten och dess olika kapitel har vi alla kontinuerligt läst och kommenterat samtliga kapitel.

Vi vill tacka ungdomar och personal på ungdomshem som har medverkat i intervjuer och som samtyckt till fältbesök. Tack också till personal och chefer på ungdomshem som svarat på webbenkäter och till de ungdomshem som möjliggjort de kvalitativa delstudierna på ungdomshem. Vi vill även tacka de socialsekreterare som tagit sig tid att delta i intervjuer och svara på webbenkäter. Tack också till projektassistent Tilde Jarl som har skrivit ut en del av intervjuerna, och till projektassistent Mia Regnér som har haft kontakt med kommuner inför utskick av webbenkäter till socialtjänsten. Slutligen vill vi tacka Sofia Enell och deltagare från Statens institutionsstyrelses forskning och praktik som vid ett seminarium gav värdefulla synpunkter på en tidigare version av denna rapport.

Lina Ponnert, Susanna Johansson och Kerstin Svensson
Augusti 2019

Kapitel I. Inledning

I detta kapitel ges en bakgrund till projektet och den kontext projektet utförts i. Projektets problemområde med syfte och frågeställningar presenteras, vidare beskrivs några utgångspunkter för den sociala barnvården och de särskilda ungdomshemmen. En inblick ges även i relevant forskning på området, med fokus på institutionsvård för unga, och i de riktlinjer som SiS utarbetat gällande akutavdelningar och behandlingsavdelningar.

Socialtjänsten och den sociala barnvården som arbetsfält

När barn och unga behöver socialt stöd eller placering utanför det egna hemmet, på grund av brister i hemmiljön eller på grund av eget beteende, är det socialtjänsten som ansvarar för utredning av den unges situation och som ger förslag till insats. Detta verksamhetsområde brukar kallas för "den sociala barnvården" och inrymmer socialtjänstens bedömningar, beslut, arbete och uppföljning av insatser gällande barn och deras familjer. Också insatser som ges på uppdrag av andra, men där socialtjänsten har vårdansvaret, inryms i begreppet social barnvård, till exempel familjehem och institutionsvård. Socialtjänsten i varje kommun har enligt socialtjänstlagen "det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver" (2 kap. 1 § SoL), vilket även omfattar stöd till barn och unga. Socialtjänsten har också ett särskilt ansvar vad gäller att förebygga och motverka att barn och unga i samhället far illa (5 kap. 1–3 §§ SoL). Det "yttersta ansvaret" medför att socialtjänsten har ansvar för barns stöd och hjälp när sociala situationer föreligger och när omedelbara insatser behövs. Vid anmälningar om barn som misstänks fara illa ska det genast göras en skyddsbedömning om omedelbart skydd krävs, och ställning måste tas inom 14 dagar huruvida en utredning ska inledas eller inte (11 kap. 1a § SoL). Om en barnvårdsutredning inleds ska den i normalfallet vara färdig inom fyra månader (11 kap. 2 § SoL). Numera finns krav på att de som arbetar med att utreda och följa upp insatser för barn och unga i socialtjänsten ska ha socionomexamen eller motsvarande (3 kap. 3a § SoL).

Även om socionomer kan arbeta inom en mängd olika organisationer och ha olika yrkestitlar, tyder studier på att majoriteten arbetar inom kommunal verksamhet och att den sociala barnvården är det arbetsområde flest socionomer arbetar inom (Svensson, 2019, s. 16–17). Historiskt har den sociala barnvården också utgjort en stomme i framväxten av det sociala arbetet, tillsammans med fattigvård och missbruksvård. Sverige

fick sina första barnavårdslagar år 1902¹, vilka följdes av nya lagar på området 1924² och 1962³. Medan fokus i tidig barnavårdslagstiftning och praktik i början av 1900-talet var på samhällsskydd genom att tillhandahålla insatser för "vanartade" barn, kom efterhand också barns utsatthet i relation till bristande hemmiljö alltmer att uppmärksammas. Exempelvis ökades möjligheterna att tvångsomhänderta barn på grund av barnets egen utsatthet i hemmet och till följd av misshandel med 1924 års barnavårdslag. Den samhällsmoral som utgjorde grunden för de första barnavårdslagarna och den sociala barnvården kom under 1960-talet alltmer att ersättas av psykologiska och psykiatriska förklaringsmodeller (Lundström, 1993; Lundström & Sallnäs, 2003; Svensson, 1998). Samtidigt skedde en professionalisering av arbetet, från att sociala utredningar om barn utfördes av lekmän, till att vara byråkratiskt styrda, till att styras också av vetenskaplig kunskap (Lundström, 1993).

Den sociala barnvården byggde i början av 1900-talet i stor utsträckning på tvingande insatser. Socialreformen på 1980-talet kan beskrivas som ett perspektivskifte, utifrån att socialtjänstlagen som trädde i kraft 1982 skulle bygga på helhetssyn på sociala problem och frivilliga insatser till såväl barn som vuxna (prop. 1979/80: 1, Del A s. 1). Särskilda lagar stiftades dock som komplement till socialtjänstlagen för att möjliggöra vård utan samtycke för såväl barn och unga (LVU) som vuxna missbrukare (LVM). Men utgångspunkten för socialtjänstens arbete sedan dess är att insatser ske ges med samtycke så långt det är möjligt. Den senaste socialtjänstlagen är från 2001 (2001:453).

Tvångsvård och placering utanför hemmet som åtgärd

När ett barn eller en ung person behöver placeras utanför det egna hemmet kan det oftast ske på frivillig väg med samtycke av de som berörs. Den unge placeras då enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, som ett frivilligt bistånd (4 kap. 1 § SoL), som i praktiken kan avslutas när barnets vårdnadshavare så önskar. De placeringsalternativ som finns för barn och unga är familjehem, hem för vård eller boende (HVB), stödboende för barn och unga 16–20 år och särskilda ungdomshem (se 6 kap. 1–3 §§ SoL). Det är kommunens ansvar att se till att det finns familjehem, HVB och stödboende att tillgå, men staten ansvarar för att det finns särskilda ungdomshem med särskilt noggrann tillsyn (12 § LVU), vilket bland annat innebär att vården är läsbar.

När ett barn eller en ung person behöver vårdas utanför det egna hemmet utan samtycke kan det ha sin grund i hemmiljön och/eller i den unges eget destruktiva beteende. Förutsättningarna för tvångsvård anges i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. För att tvångsvård av unga på grund av eget beteende ska bli ak-

1 Lag om i sedligt avseende försummade barn och vanartiga barn 1902:67 möjliggjorde tvångsvård av barn under 15 år som riskerade att bli "vanartat" på grund av föräldrarnas bristande uppfostran (vanartslagen). Lag angående verkställighet af domstols förordnande om tvångsuppfostran (1902:72) gjorde det möjligt att tvångsuppfostra barn i åldern 15–18 år på anstalt under obegränsad tid. Lag om fosterbarns vård (1902:63) reglerade fosterbarnsvården för barn under sju år.

2 Lagen om samhällets barnavård (1924:361)

3 Lag om samhällets barnavård (1960:97)

tueellt krävs att det finns en påtaglig risk för den unges hälsa och utveckling att skadas på grund av missbruk, kriminalitet eller annat nedbrytande beteende.

Vård skall också beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende. (3 § LVU)

Ytterligare en förutsättning är att "det kan antas att behövlig vård inte kan ges den unge med samtycke av den eller dem som har vårdnaden om honom eller henne och, när den unge har fyllt 15 år, av honom eller henne själv" (1 § LVU). Beslut om tvångsvård fattas av förvaltningsdomstolen efter ansökan av socialtjänsten (4 § LVU), men det är socialtjänsten som avgör var den unge ska vistas under vårdtiden och som tar över det faktiska vårdansvaret för barnet i föräldrarnas ställe (11 § LVU). Socialtjänsten är vårdansvarig vid alla placeringar utanför hemmet och ansvarig socialsekreterare har därmed stort inflytande över den unges vårdtid på ungdomshem, då det är socialtjänsten som både ansöker om plats på särskilt ungdomshem och beslutar när den unge är redo att flytta till annan vårdform eller flytta hem. Särskilda ungdomshem och HVB får inte heller skriva ut någon som vårdas där utan samtycke om inte socialtjänsten medgivit detta, SiS kan dock tillfälligt besluta att en ung person tillfälligt ska vistas på annat ungdomshem i samband med transport (3 kap. 14 § SoF; 11 § LVU). Beslut om tvångsvård av unga på grund av eget beteende kan fattas till den unge fyllt 20 år, och tvångsvården kan maximalt pågå till 21 års ålder (21 § LVU).

I brådskande fall kan socialtjänsten göra ett omedelbart omhändertagande enligt 6 § LVU, beslutet underställs då förvaltningsdomstolens prövning först i efterhand. Även om omedelbara omhändertaganden är tänkta att fungera som en nödlösning när domstolens beslut inte kan avvaktas (6 § LVU), tyder statistik på att det är en vanlig ingång i tvångsvård för barn och unga, och cirka hälften av de unga som skrivs in på särskilda ungdomshem har erfarit ett omedelbart omhändertagande (Statens institutionstyrelse, 2018c, s. 5; se även Socialstyrelsen, 2017).

Den vanligaste insatsen i barnavården är att barnet och familjen ges någon form av öppenvårdsinsats och bor kvar hemma; 31 700 barn och unga hade minst en behovsprövad öppenvårdsinsats 1 november 2016 (Socialstyrelsen, 2017). Av de barn som placeras utanför hemmet är det också vanligast att placeringen sker frivilligt med stöd av socialtjänstlagen. År 2016 var cirka 30 500 barn någon gång utanför det egna hemmet i heldygnsvård, den 1 november 2016 var cirka 15 800 barn placerade med stöd av socialtjänstlagen och cirka 5 800 var placerade med stöd av LVU eller utifrån ett omedelbart omhändertagande (Socialstyrelsen, 2017, tabell 25). Den placeringsform som är vanligast för barn och unga i den sociala barnavården är familjehemsvård – med undantag för unga pojkar som är 18 år och äldre, där HVB-hem i kommunal eller enskild regi är den vanligaste placeringen (Socialstyrelsen, 2017, tabell 28). Därefter följer placering på särskilda ungdomshem, det vill säga hem med särskild tillsyn. År 2016 fick 921 barn och unga någon gång vård på särskilt ungdomshem, att jämföras med 19 944 barn och unga i familjehemsvård och 10 424 barn och unga i HVB-hem i kommunal eller enskild regi (Socialstyrelsen, 2017, tabell 28). Mycket få unga placeras på särskilt ungdomshem före 13 års ålder (ibid.).

Studier visar att socialsekreterare undviker placering, och i synnerhet tvångsvård, av barn så långt det är möjligt (Leviner, 2011; Ponnert, 2007), vilket också den rättsliga inramningen förordar. Socialsekreterare är också medvetna om risker med såväl placering som ungdomsvård och den osäkerhet som finns förknippad med den rättsliga processen (Ponnert, 2007). För att ingripa med tvångsvård inväntar socialsekreterare ofta tillräckligt med rättsliga "bevis" så att ingripandet förväntas kunna hålla för en rättslig prövning (Becket, McKeigue & Taylor, 2007; Christiansen & Anderssen, 2010; Ponnert, 2007). Flera studier har visat att beslutet om att använda tvångsvård påverkas av ett institutionellt tryck från omvärlden att "göra något" när ungdomars beteende syns och märks (se t.ex. Levin, 2017; Packman, Randall & Jaques, 1986). Placering på särskilt ungdomshem kan dock betraktas som ett sista placeringsalternativ när inget annat står till buds, en form av "last resort" (jfr Emerson, 1981; se även Enell, 2015; Levin, 2017). Levins (2017) studie av behandlingsprocessen för unga som placerats på särskilt ungdomshem tydliggör processen för unga som placeras på ungdomshem, men också hur socialsekreterare tänker kring behandling. Den bild som framträder av beslutsprocessen är att den drivs av externa händelser och faktorer snarare än professionella bedömningar, där placering på ungdomshem blir en sista nödlösning att ta till i brist på annat (Levin, 2017).

Särskilda ungdomshem i den sociala barnvården

Särskilda ungdomshem är statliga institutioner för unga som behöver "särskilt noggrann tillsyn" (12 § LVU), på grund av någon form av problematik kopplad till det egna beteendet såsom missbruk, brottslig verksamhet eller annat socialt nedbrytande beteende (se 12 och 3 §§ LVU). Särskilda ungdomshem är de enda institutioner för barn och unga som har så kallade "särskilda befogenheter" (se 15–20c §§ LVU) vilket bland annat innebär att institutionerna är låsbara, att personal har rätt hålla kvar de unga som vistas där, och att unga kan hållas åtskilda från andra unga (vård i enskildhet) eller isoleras (vård i avskildhet, numera max 4 timmar)⁴. Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för ungdomshemmen.

4 Ungdomshemmens särskilda befogenheter återfinns i 15–20c §§ LVU). T.ex. finns befogenhet att hindra den unge från att lämna avdelningen (15 § LVU), att begränsa möjligheterna till kontakt via besök eller genom elektroniska kommunikationsmedel (15a § LVU), att använda låsbar avdelning (15b § LVU), att hålla den unge i avskildhet, dvs. isolerad från övriga (15 § LVU), befogenhet att utföra kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning (17 § LVU). Det är endast befogenheterna som avser att ungdomshem får kroppsvisitera eller ytligt kroppsbesiktiga unga, genomföra rumsvisitation och säkerhetskontroll med metalldetektor, samt förbud mot innehav av droger, alkohol och andra farliga varor som kan omfatta alla unga som vårdas på särskilda ungdomshem, dvs. även de som vårdas där frivilligt utifrån socialtjänstlagen (18 § LVU). Sedan oktober 2018 har det tillkommit vissa förtydliganden i lagstiftningen (t.ex. används begreppet elektroniska kommunikationsmedel i stället för telefon i 15a § LVU) samt vissa nya befogenheter på särskilda ungdomshem, t.ex. att ungdomshem får göra rumsvisitationer (17b § LVU). Samtidigt har tiden för isolering begränsats till fyra timmar från tidigare 24 timmar (15c § LVU). En ungdom som vårdats i avskildhet (isolerats), kroppsvisiterats eller ytligt kroppsbesiktigats, eller fått sitt rum genomsökt ska sedan oktober 2018 också erbjudas uppföljande samtal (20c § LVU), och möjligheten att överklaga olika särskilda befogenheter har utökats (42 § LVU) (se även prop. 2017/18:168).

Ungdomar som placeras på särskilda ungdomshem har varierande bakgrund, men ofta allvarlig psykosocial problematik som kan innefatta kriminalitet, droger eller annat destruktivt beteende. De ungdomar som vårdas frivilligt på ungdomshem tenderar att vara få; år 2017 var det endast 2 procent av de intagna (23 av totalt 1 114 unga) som vårdades enligt socialtjänstlagen (Statens institutionsstyrelse, 2018c, s. 5). Huvudmålgruppen för de särskilda ungdomshemmen är unga som vårdas med stöd av 3 § LVU, varmed de också kan placeras på låst eller låsbar avdelning på särskilt ungdomshem.

Även om eget "beteende" utgör grunden för placering på särskilt ungdomshem, så har ungdomarna ofta en sammansatt problematik där det också kan förekomma brister i hemmiljön eller annan social utsatthet. Vogels (2012, s. 126–127) studie av 128 unga som skrevs ut från ungdomshem inom SiS 2007 visar till exempel att en tredjedel av ungdomarna vid inskrivningen hade minst en förälder med social problematik som missbruk, psykiska besvär eller kriminalitet, medan hälften hade en omfattande skolproblematik och var mycket tillsammans med kompisar som hade drogproblem eller brottslighet. Ungdomarna i studien hade också själva en omfattande brottslighet; hälften uppgav att de begått våldsbrott senaste halvåret, de flesta brukade alkohol och en fjärdedel brukade cannabis mer än två gånger i veckan (s. 126–127). Psykisk ohälsa var också vanligt; mer än en tredjedel uppgav sig ha haft någon allvarlig depression och en fjärdedel hade någon gång försökt begå självmord (ibid.). Sammantaget handlar det därmed om en mycket utsatt grupp unga som placeras på särskilda ungdomshem. I samband med placering på ungdomshem utan eget samtycke blir den unge också beroende av personalens förhållningssätt, regler och rutiner på avdelningen, samt bruket av särskilda befogenheter men också av beslut som deras ansvariga socialsekreterare tar.

År 2019 fanns 23 särskilda ungdomshem i landet med cirka 750 platser för akutplacering, utredningsplacering och behandlingsplacering (Statens institutionsstyrelse, 2019, s. 2), och de flesta ungdomshem har olika avdelningstyper. SiS delar in den statliga ungdomsvården i det som kallas akuttjänst, utredningstjänst samt behandlingstjänst. Akut- och utredningstjänst kan på vissa ungdomshem erbjudas på kombinerande akut- och utredningsavdelningar, mindre vanligt är kombinerade utrednings- och behandlingsavdelningar. Det finns också renodlade akutavdelningar, utredningsavdelningar och behandlingsavdelningar som fokuserar på endast en av dessa tjänster. På vissa ungdomshem tillhandahålls platser för verkställighet enligt LSU, utifrån lagen (1998:603) om verkställighet av slutna ungdomsvård. LSU innebär att unga i åldern 15–17 år dömts till ett tidsbestämt straff med vistelse på särskilt ungdomshem i stället för fängelse för allvarliga brott. Ungdomshemmen är organiserade utifrån de tjänster de erbjuder. De olika tjänsterna inom SiS resulterar i att det som regel finns flera olika avdelningar på varje särskilt ungdomshem.

Varför en studie om akutavdelningar på särskilda ungdomshem?

Vad är en akutavdelning? Vad skiljer den från andra avdelningar på särskilda ungdomshem? Det är centrala frågor för denna studie. Fokus har varit på att förstå akutavdelningar som fenomen och vad praktiken där innebär utifrån olika aktörers perspektiv, såsom personal, ungdomar och socialtjänst.

Vårt fokus i detta projekt har endast varit unga som tvångsvårdas på särskilda ungdomshem, utifrån lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och akutavdelningarnas funktion att genomföra ett vårduppdrag från socialtjänsten. Det vill säga studien omfattar inte unga vars påföljd enligt LSU verkställs på ungdomshemmet, inte heller unga som vårdas frivilligt enligt socialtjänstlagen (2001:453) på särskilt ungdomshem, då det senare är mycket ovanligt. Tvångsvården av ungdomarna i denna studie innefattar därmed två dimensioner, tvång och vård, vilket gör att ingen av dem kan bortses från. Tvång kan sägas vara motsatsen till frivillighet, medan vård (eller behandling) ofta diskuteras i kontrast till straff.

Beträffande unga lagöverträdare så präglas det svenska samhällets insatser historiskt dock av både idén om straff och idén om behandling, varmed det finns en spänning mellan dessa perspektiv i barnvården (se t.ex. Kaldal & Tärnfalk, 2018; Kallenberg, 2016; Levin, 1998; Svensson, 1998). Särskilda ungdomshem utgör också en plats där denna spänning framträder då Statens institutionsstyrelse på särskilda ungdomshem ska tillhandahålla både LVU- och LSU-platser. Unga som vårdas mot sin egen vilja kan också förknippa eller uppleva vård och behandling som ett "straff" (se t.ex. Kallenberg, 2016; Levin, 1998; Palm, 2003). De problem som ungdomar på särskilda ungdomshem har kan också omfatta missbruk eller kriminalitet där konkreta brott föranlett omhändertagandet, liksom andra psykosociala problem. En akut placering på ett ungdomshem enligt 6 § LVU kan också användas av socialtjänsten som ett sätt att undvika häktning av unga (Svensson, 2006; Petersson, 2017; se även SOU 2016:92).

På i princip alla ungdomshem erbjuds i dag någon form av akuttjänst, det kan på vissa ungdomshem förekomma att akut- och utredningstjänst erbjuds inom ramen för en och samma avdelning. När så inte är fallet behöver personal och unga förhålla sig till att vården definieras av att den är "akut" och tillfällig och att det saknas något tydligt uppdrag i form av "utredning" eller "behandling".

Studiens utgångspunkt har varit att akutavdelningen skiljer sig från andra avdelningsformer på vissa sätt som borde påverka praktiken. För den unge sker akuta placeringar oftast i form av ett omedelbart omhändertagande enligt 6 § LVU varmed det troligtvis inte finns någon omfattande planering klar för den unges vård från socialtjänstens sida. Ett sådant beslut är tillfälligt och måste underställas förvaltningsrättens prövning samt följas av en grundligare utredning och ansökan om tvångsvård från socialtjänsten för att kunna bestå en längre tid (7–9 §§ LVU).

Den statliga ungdomsvården är å ena sidan väl beforskad och det finns mycket kunskap om låst institutionsvård som fenomen. Å andra sidan saknas studier som specifikt fokuserat akutavdelningar inom SiS, och vilka likheter och skillnader som egentligen

finns i praktiken mellan olika avdelningstyper. Avdelningar som fungerar som både akut- och utredningsavdelningar har dock ingått i tidigare studier av institutionsvård av unga (se t.ex. Hennem, 1997; Kallenberg, 2016). I en masteruppsats har också fyra ungdomar med erfarenhet av vård på akutavdelning inom SiS intervjuats (Hällberg, 2016). Socialtjänstens syn på och bild av just akutavdelningar inom SiS ungdomsvård har inte heller varit föremål för forskning, och studier som fokuserar personalen inom SiS ungdomsvård är också få (se dock Franzén, 2014; Gruber, 2013; Kallenberg, 2016; Wästerfors, 2009) och har inte specifikt fokuserat personalens syn på akutavdelningar. Utan kunskap om akutavdelningarna som ett specifikt vårdalternativ är det också svårt att säga något om funktionen i den tänkta vårdkedja som de olika eller specialinriktade avdelningstyperna är tänkta att ingå i. I en tid när vården alltmer specialiseras är det också viktigt att undersöka vilken konsekvens detta kan ha för berörda aktörer såsom ungdomar, personal på olika avdelningar och för socialtjänsten som beställare av platser inom särskild ungdomsvård. Det är i ljuset av dessa frågor som studien kommit att genomföras.

Projektets syfte och frågeställningar

Syftet med detta projekt har varit att undersöka och analysera praktiken på akutavdelningar på särskilda ungdomshem utifrån ungdomarnas, personalens och socialtjänstens perspektiv, samt praktikens konsekvenser för ungdomar och personal på särskilda ungdomshem. En utgångspunkt för projektet har varit att akutavdelningar på särskilda ungdomshem skiljer sig från andra avdelningstyper inom SiS utifrån att vården inleds i ett akut skede och ska pågå under en begränsad tid, vidare saknas ett utredningsuppdrag eller ett behandlingsuppdrag. En central fråga blir därmed vad praktiken och vårdinnehållet på akutavdelningar kan sägas bestå av och hur akutpraktiken uppfattas av olika centrala aktörer. Projektet har utgått från följande frågeställningar:

- Hur uppfattas och beskrivs akutavdelningens uppdrag, syfte och verksamhet av personal på ungdomshem, av unga och av socialtjänst?
- Hur är verksamheten på akutavdelningar organiserad och vad består arbetet av?
- Vad utmärker och särskiljer praktiken på akutavdelningar jämfört med behandlingsavdelningar?
- Vilka konsekvenser får praktiken på akutavdelningar för personal och för de unga som vistas där?

Studien baseras på material från sex olika källor:

- Webbenkäter till personal på ungdomshem
- Webbenkäter till personal inom socialtjänst
- Gruppintervjuer med personal på ungdomshem
- Intervjuer med socialsekreterare
- Intervjuer med ungdomar som har erfarenhet av både akut- och behandlingsavdelning
- Fältbesök på akut- och behandlingsavdelningar

De olika avdelningarnas organisering utifrån uppdrag och tjänster på särskilda ungdomshem

När den unge placeras på akutavdelning är den fortsatta vårdkedjan för den unge ofta oklar. Medan placering på utredningsavdelning och behandlingsavdelning har ett tydligt uppdrag att utreda eller behandla, så är syftet med placering på akutavdelning mer oklart. SiS riktlinjer för akuttjänst och behandlingstjänst har också både likheter och olikheter för hur de båda avdelningstyperna är tänkta att fungera. I SiS verksamhetsplan för 2018 beskrivs de olika tjänsterna som följer:

SiS akuttjänst består av avgränsade vård- och omsorgsinsatser med syfte att avbryta ett socialt nedbrytande beteende och skapa förutsättningar för socialtjänstens vidare planering.

Utredningstjänsten består av omfattande utredningsinsatser för att identifiera risk- och skyddsfaktorer och bedöma behovet av fortsatta behandlingsinsatser. Behandlingstjänsten består av vård- och behandlingsinsatser för att stärka ungdomarnas förutsättningar att klara av vård i öppnare former (Statens institutionsstyrelse, 2018a, verksamhetsplan 2018, s. 2)

SiS riktlinjer för utformning och genomförande av akuttjänst och behandlingstjänst från 2014 är i de flesta delarna lika när det kommer till att beskriva vårdens innehåll. För akuttjänst räknas 13 olika punkter upp för vad som ska erbjudas inom ramen för en akutplacering, och för behandlingstjänsten finns 16 punkter. Nedan finns i figur 1 en bild över det vårdinnehåll som ska erbjudas på respektive avdelningstyp utifrån riktlinjerna. I figuren anges de områden som bara förekommer på den ena avdelningstypen med fetstil, och författarnas tillägg är markerade med kursiv stil.

Figur 1: Innehåll i SiS akut- och behandlingstjänst (baserat på SiS riktlinjer, se Statens institutionsstyrelse, 2014a, s. 23–28; Statens institutionsstyrelse, 2014b, s. 23–31).

INNEHÅLL AKUTTJÄNST	INNEHÅLL BEHANDLINGSTJÄNST
Behandlingsplanering	Behandlingsplanering
Stärka prosociala tankar, attityder och värderingar	Stärka prosociala tankar, attityder och värderingar
Social färdighetsträning	Social färdighetsträning
Träning av känsloreglering och impuls kontroll	Träning av känsloreglering och impuls kontroll
Stödjande insatser	Stödjande insatser
Praktisk färdighetsträning	Praktisk färdighetsträning
Demokratifrämjande aktiviteter	Demokratifrämjande aktiviteter
Utbildning	Utbildning
Kulturfrämjande aktiviteter	Kulturfrämjande aktiviteter
Hälsufrämjande aktiviteter	Hälsufrämjande aktiviteter
Hälsa- och sjukvårdsinsatser	Hälsa- och sjukvårdsinsatser (med vissa tillägg om psykiatriska bedömningar, tandvård och remittering till specialist).

<p>Beslutsunderlag på uppdrag från socialtjänsten ("bistå med vissa underlag för att underlätta socialtjänstens vidare planering").</p>	<p>Risk- och behovsbedömning</p>
<p>Familjeinsatser (avgränsat till information till och från föräldrar och samarbete gällande hur kontakten med föräldrar ska ske).</p>	<p>Familjeinsatser (förutom information och samarbete gällande kontakt nämns här också att föräldrarna ska engageras och involveras i vården. Stöd och behandling ska också ges via familjeinsatser; föräldrarnas kunskap och deras förmåga att hantera den unges beteende ska öka, ineffektivt föräldrabetende ska förbättras och positiv kommunikation och samvaro mellan föräldrar och ungdom ska öka. En insats som nämns är föräldraträningsprogram).</p>
<p>Behandlande samtal⁵</p>	<p>Insatser för att motverka återfall i kriminellt beteende, våld och missbruk⁶</p>
<p>Psykoedukativa insatser⁷</p>	

Samtliga punkter från akuttjänst finns också med i behandlingstjänsten, förutom "beslutsunderlag på uppdrag från socialtjänsten". Övriga punkter är i merparten av fallen formulerade på samma sätt, med något enstaka tillägg för behandlingstjänsten (om hälso- och sjukvårdsinsatser, social och praktisk färdighetsträning, träning av känsloreglering och impuls kontroll samt stödjande insatser). Familjeinsatser är i akuttjänsten begränsade till hur information och samarbete med föräldrar ska se ut, medan det i behandlingstjänsten finns ambitioner om att öka och förbättra kommunikation och samvaro mellan barn och föräldrar, förbättra föräldrabetende och öka föräldrars kunskap om den unges beteende. Risk- och behovsbedömning, behandlande samtal och psykoedukativa insatser ska enligt riktlinjerna erbjudas på behandlingsavdelningar, men inte på akutavdelningar. Denna bild ger därmed ett intryck av flera likheter mellan de båda avdelningstyperna, samtidigt som behandlande avdelningar har ett något större uppdrag med insatser och bedömning. Detta preciseras dock inte i riktlinjerna, till exempel anges inga särskilda metoder eller insatser. Det framhålls att insatser ska

5 Denna punkt beskrivs i Riktlinjerna för behandlingstjänst som följer: "Behandlande samtal som adresserar ungdomarnas kriminogena behov eller behandlingsmottaglighet ska kunna erbjudas, antingen som fristående samtal eller inom ramen för en programverksamhet" (Statens institutionsstyrelse, 2014b, s. 24)

6 Denna punkt beskrivs i Riktlinjerna för behandlingstjänst som följer:

"Det specifika återfallsförebyggande arbetet sker främst under planerade och strukturerade former men de färdigheter som lärs ut behöver omsättas och tränas på i vardagliga situationer på avdelningen och utanför institutionsmiljön. Syftet är att identifiera högrisksituationer, lära ut och låta ungdomarna träna på strategier för att undvika och hantera sådana situationer. Det återfallsförebyggande arbetet förutsätter och innehåller också insatser för att stärka prosociala tankar, attityder och värderingar, social färdighetsträning och träning av känsloreglering och impuls kontroll (se nedan)" (Statens institutionsstyrelse, 2014b, s. 24).

7 I riktlinjerna anges: "Ungdomarna ska kunna erbjudas psykoedukativa insatser. Psykoedukation är utbildningsinsatser med syfte att ge kunskap om symptom, vad som orsakar problemen och vilka möjligheter som finns till behandling. Det kan exempelvis handla om ångest, sömnstörningar, depression eller ADHD. Ibland inryms övningar och strategier för att lära sig bemästra sina svårigheter. Psykoedukativa insatser kan ges separat eller som del i ett behandlingsprogram" (Statens institutionsstyrelse 2014b, s. 26).

ske under strukturerade former, vilka insatserna är kan däremot variera mellan ungdomshem. Behandlande samtal ska dock inte erbjudas inom ramen för akutpraktiken, samtidigt som vissa punkter som återfinns på båda avdelningstyperna kan sägas ha behandlande inslag (t.ex. träning av känslereglering och impuls kontroll samt stödjande insatser). Vistelsen på akutavdelning bör enligt riktlinjerna vara så kort som möjligt och maximalt åtta veckor (Statens institutionsstyrelse, 2014a).

År 2017 planerade SiS för cirka 750 platser inom ungdomsvården, mer än en tredjedel av dessa var akutplatser, samtliga låsta (Statens institutionsstyrelse, 2017a). De flesta ungdomar som placeras inom SiS placeras också inledningsvis på en akutavdelning. I en studie baserad på ADAD-intervjuer och inskrivningar på ungdomshem år 2012 uppgav 75 procent av ungdomarna (baserat på 631 unga svarande) att de varit akut placerade och endast 25 procent var placerade genom en planerad intagning (Statens institutionsstyrelse, 2013, s. 24). Vidare uppgav 63 procent att de var placerade för akut uppdrag, 25 procent för utredning och 9 procent för behandling (ibid.). Om man jämför med siffror för år 2017 tycks antalet akutplaceringar och akutuppdrag ha ökat över tid för de ungdomar som skrivs in på SiS. För unga som placerades 2017 uppgav 86 procent (av 787 unga) att de var akut placerade vid inskrivningen, endast 14 procent var planerat intagna inom SiS (Statens institutionsstyrelse, 2017b, s. 25). Vidare uppgav 83 procent att de var placerade utifrån ett akutuppdrag, 10 procent för utredning och 3 procent för behandling (ibid.). När unga avslutar SiS-vård är det fler som befinner sig på behandlingsavdelning. Av 935 utskrivningsintervjuer med unga som avslutat ungdomsvården inom SiS år 2016 uppgav 44 procent att de varit akut placerade, 41 procent avslutade en behandlingsplacering och 12 procent en utredningsplacering (Statens institutionsstyrelse, 2018d, s. 10).

Förändringar under planering och genomförande av projektet

När ansökan för projektet gjordes år 2014 framgick det av SiS webbplats att så kallade "renodlade" akutavdelningar, det vill säga akutavdelningar som inte också fungerade som utredningsavdelningar, fanns på minst åtta av de då 24 ungdomshemmen. Därefter har antalet platser på ungdomshem ökat, och så även andelen akutavdelningar. Av SiS verksamhetsplan för 2017 framgår exempelvis att 14 ungdomshem planerades ha en separat akutavdelning under året, medan sju ungdomshem skulle ha någon form av kombinerad akut- och utredningsavdelning. Endast två ungdomshem planerades inte ha någon form av akutuppdrag/-avdelning (Statens institutionsstyrelse, 2017a, s. 20–73).

År 2015, när studien påbörjades, hade SiS 24 ungdomshem med 599 LVU-platser. År 2016 hade LVU-platserna utökats till 649 och år 2017 till 701 platser (Statens institutionsstyrelse, 2018b, s. 17). Efterfrågan på SiS tjänster har varit hög, liksom beläggningen på ungdomshemmen, vilket medfört svårigheter att tillgodose behovet av platser i tid. Av SiS årsredovisning för 2017 framgår att tiden för att anvisas plats har ökat. År 2013 kunde 89 procent av de unga som behövde plats på akutavdelning anvisas plats omedelbart (senast dagen efter ansökan om plats), år 2015 hade andelen sjunkit till 58 procent och år 2017 var det endast 27 procent som erhöll en plats på akutavdelning omedelbart (Statens institutionsstyrelse, 2018b, s. 16).

Studien har därmed genomförts under en tid som präglats av hög efterfrågan och platsbrist inom SiS. År 2015 kom också cirka 35 000 ensamkommande barn och unga till Sverige (Migrationsverket, 2018). Då dessa unga saknar eget boende och medföljande vårdnadshavare har de en annan situation än unga med hem och familj. Därmed råder andra förutsättningar för denna grupp när socialtjänsten tar ställning till val av insats. Behovet av dygnsvård för ensamkommande har inneburit en ökning av denna målgrupp också inom SiS, och var tredje ny pojke inom SiS var ensamkommande år 2017 (Statens institutionsstyrelse, 2018b, s. 17). Totalt tog SiS år 2017 emot 259 nyantagna ensamkommande, varav majoriteten var pojkar; endast 13 var flickor (s. 17). Trots deras annorlunda sociala förutsättningar är motiven till placering på ungdomshem lika motiven till placeringar av andra unga. En kartläggning av ensamkommande ungdomar på särskilda ungdomshem under januari till april 2015 visade att de, liksom andra ungdomar inom SiS, huvudsakligen hade placerats på grund av missbruk och kriminalitet och upprepade avvikelser (Kaunitz & Jakobsson, 2016).

Vårdtiderna för framför allt pojkar har enligt SiS också ökat sedan år 2013, och även om orsaken till detta inte är helt känd framhålls problem med genomströmningen som en möjlig förklaring, liksom att pojkar blir kvar för länge på akutplatser (Statens institutionsstyrelse, 2018b, s. 18). Situationen med hög efterfrågan på platser och problem med genomströmning återspeglas också i vårt empiriska material.

Vid tidpunkten för intervjuerna gällde ett kompetenskrav för behandlingsassistenter inom SiS på tvåårig eftergymnasial utbildning, vilket därefter justerades på grund av svårigheter med rekrytering. Undantagen från kompetenskraven togs dock bort från och med oktober 2018. Också inom socialtjänsten har svårigheten att rekrytera och behålla personal varit ett bekymmer under en längre tid, och den sociala barnvården har alltmer blivit ett genomgångsycke (Akademikerförbundet SSR, 2014).

Ungdomsvården kan sägas spegla en del av de bekymmer som är gemensamma för den sociala barnvården och samhällsvården i stort, där resurserna sällan är tillräckligt stora för att möta efterfrågan, och där snabba förändringar också kan ske. Den 1 oktober 2018 trädde en del förändringar i LVU-lagstiftningen i kraft som berör de särskilda befogenheterna på särskilda ungdomshem (prop. 2017/18:169). Även om de empiriska studierna genomfördes innan dessa lagförändringar ägde rum kommer resultaten att diskuteras i relation till de förändringar som trätt i kraft på ungdomsvårdens område därefter.

Forskning om unga i låst institutionsvård

I denna rapport har vi fokuserat på forskning om särskilda ungdomshem i Sverige, även om det finns paralleller att dra också till studier av andra former av tvångsvård och över huvud taget till institutionsvård.

Omfattande problematik och tveksamma behandlingsresultat

Ungdomar som placeras på särskilda ungdomshem har ofta erfarenhet av tidigare placeringar och det finns, som tidigare påtalats, ofta problematik på flera olika områden

som kan handla om skolgång, brottslighet, missbruk, hälsa och sociala problem eller svårigheter i hemmiljön (se t.ex. Levin, 1998; Lindroth, 2018; Vogel, 2012). En kartläggning av 791 ungdomar som skrevs in på ungdomshem år 2017 visar att 66 procent av ungdomarna hade tidigare erfarenhet av vård på behandlingsinstitution och 52 procent hade erfarenhet av familjehemsplacering (Statens institutionsstyrelse, 2017b, s. 23–24). Det finns sedan länge starkt vetenskapligt stöd för att vård av kriminella ungdomar i grupp är förenad med en risk för spridning och ökning av destruktivt beteende, och utfallet av behandlingen visar låg effekt (se t.ex. Buehler, Patterson & Furniss, 1966; Dishion, McCord & Poulin, 1999). Levins (1998) fallstudie av ett ungdomshem på 1990-talet visade till exempel att det gått bra eller någorlunda bra för 30 procent av ungdomarna, vilket innebar att de inte hade någon ytterligare anstaltsplacering och endast lindrigare kriminalitet, medan det gått dåligt eller mycket dåligt för cirka 70 procent (s. 263–264). En jämförelse mellan flickor och pojkar antydde att flickorna klarar sig bättre, av flickorna var det cirka hälften som det gick dåligt eller mycket dåligt för medan motsvarande andel för pojkarna var nästan 80 procent (ibid.). En uppföljning av ungdomar placerade på särskilda ungdomshem 1997–2001 visar att cirka 70–80 procent av pojkarna inom tre år var misstänkta eller dömda för nya brott, motsvarande siffra för flickorna var 35–50 procent (Shannon, 2011). Vogels studie tyder på liknande resultat, en tredjedel av ungdomarna i hennes studie (baserad på 88–91 ungdomar) hade upprepad brottslighet ett år efter utskrivningen från SiS, och lika många ansåg sig ha stora problem i skolan eller hade upplevt allvarlig depression (Vogel 2012, s. 154–155).

Några hinder för att åstadkomma förändring hos de unga kan också kopplas till att de vårdas på institutionen en begränsad tid, i en konstlad miljö med konstgjorda relationer (Ahonen, 2012). Organisatoriska hinder kan också medföra att tänkta behandlingsinslag på behandlingsavdelning inte kommer i gång eller fördröjs, till exempel på grund av att personal med viss utbildning saknas eller byts ut (Vogel, 2018). Franzén (2017) hävdar att vård bör förstås som något som blir till i interaktionen mellan ungdomar och personal på ungdomshem snarare än utifrån metoder. Trots flera inneboende dilemman med institutionsvård menar hon att både personal och ungdomar kan positionera sig på olika sätt i relation till aspekter som tvång och frivillighet, exempelvis kan personal undvika att tala om bestraffning när teckenekonomi beskrivs, använda humor som resurs, och positionera sig som barn respektive vuxen (Franzén, 2017; se även Gradin Franzén, 2014).

Institutionslivet för ungdomar och för personal

Institutioners förutsättningar att tillhandahålla vård och behandling präglas av flera motsättningar och dilemman. Egelund och Böcker Jakobsen (2011) lyfter fram fyra centrala motsättningar: spänningen mellan straff/kontroll och behandling/stöd, att den unge ska inkluderas i samhället genom att tas bort från familj och hemmiljö, att placeringen ska skapa trygghet och förutsägbarhet när den i realiteten skapar turbulens och osäkerhet, samt idén om att det är relationen till professionella som är central när den unge i realiteten främst förhåller sig till andra unga på institutionen. Hennem (1997) menar att institutionsvården präglas av föreställningar om normalitet som kan kopplas

till medicin, statistik och moral, där den unges kropp och tid ska disciplineras och styras genom fasta aktiviteter och där den unge ska lära sig etablera goda relationer.

Den låsbara tvångsvård som kännetecknar vård på särskilt ungdomshem har medfört att Erving Goffmans (1961/2009) klassiska arbete *Asylums*, och begreppet "totala institutioner" alltsedan dess första utgåva 1961 utgjort utgångspunkt för flera studier av tvångsvård av unga på särskilda ungdomshem. Den betoning Goffman gör beträffande klyftan mellan personal och intagna, de strikt inrutade dagarna på institutionen och den rollförlust som de intagna genomgår har återkommit i många studier av ungdomshem. Kraven på lydnad och anpassning samt isoleringen från omvärlden kan enligt Goffman ses som en process som bidrar till avpersonifiering och rollförlust för dem som vistas på institution. Goffman (1961/2009, s. 1–19) har påtalat hur livet på institution är strikt inrutat för de intagna, samtidigt som det arbete (eller de aktiviteter) som förväntas utföras av de intagna utgår från andra motiv och attityder än "utanför" institutionsvärlden, varmed en stor anpassning krävs av både de intagna och de som fungerar som personal. Man skulle kunna uttrycka det som att det arbete som utförs på totala institutioner följer en annan logik än i "världen utanför institutionen" och att följsamhet, lydnad och anpassning till institutionens regler är det centrala, medan syftet med de aktiviteter som utförs (varför) är mer diffust och oklart.

Forskare som utfört längre observationer på särskilda ungdomshem har också ifrågasatt vari behandlingen på särskilda ungdomshem består utöver vardagliga aktiviteter som skola och måltider (Levin, 1998; Vogel, 2018). Vogel (2019), som genomfört observationer på behandlingsavdelningar för flickor, beskriver hur de unga mest driver runt på avdelningen eller ser på tv när det inte är skola eller måltider. Att unga förknippar låst ungdomsvård med långtråkighet och tristess har också påvisats i flera svenska studier genom åren (se t.ex. Enell, 2015; Hill, 2005; Levin, 1998; Vogel, 2018; Wiberg, 1976; Wästerfors, 2014), liksom i en studie av dansk institutionsvård för unga (Bengtsson, 2012). Unga på särskilda ungdomshem har även visat sig ha svårt att hantera den obestämda tiden för behandling och vistelse på särskilt ungdomshem (se t.ex. Levin, 1998; Palm, 2003).

Tidigare studier visar hur personer som befinner sig i institutionsvård mot sin egen vilja eller i institutioner som fängelse utvecklar olika motståndsstrategier, vilket kan ses som ett sätt att hantera den maktobalans som finns (Bengtsson, 2012; Bosworth & Carrabine, 2001; Cesaroni & Alvi, 2010; Fox, 1999; Ugelvik, 2012). Goffman (1961/2009) talar exempelvis om primär och sekundär anpassning, där det senare syftar på att en individ kan agera eller förhålla sig på ett visst sätt som förväntas inom institutionen primärt för att vinna fördelar. Personen "processas" därmed, från en person med en variation av roller och en egen personlighet, till ett objekt med en begränsad roll och där personligheten måste kuvas och anpassas i enlighet med institutionens regler (Goffman, 1961/2009). Enells studie av unga som utreds på särskilda ungdomshem visar också hur unga som utreds på ungdomshem upplever att de blir någon annan av att befinna sig i en observerande miljö, samtidigt som de också ger uttryck för att tiden givit dem vissa insikter (Enell, 2015; Enell, 2018).

Motstånd och anpassning har också påvisats i studier med fokus på särskilda ungdomshem (se t.ex. Enell, 2015; Franzén, 2017; Hill, 2005; Levin, 1998; Polvere, 2011; Pol-

vere, 2014). Levin (1998) beskriver detta som att unga i institutionsvård utvecklar en *fasad* (hård attityd som fungerar utestängande för andra), *strategisk skötsamhet* (följa spelreglerna för att undkomma snabbare), *stå ut* (passivt vänta tålmodigt), *kamp-flykt* (aktivt motstånd, rymma, bråka osv.), *isolerings och undandragande* (hålla sig för sig själv) samt *kolonisering* (försöka göra tiden så bra som möjligt, se till sig själv) (s. 153–162). Enell (2015) uppmärksammade detsamma i sin studie och menar att anpassning kan fungera som ett sätt för de unga att påverka sin situation. Hon visar också hur de unga förhåller sig till och kan göra motstånd inom såväl institutionsvården som mot socialtjänstens bedömningar och beslut. Hur de unga uppfattar kontakten med och bemötande från socialsekreterare och personal på ungdomshemmet verkar också ha betydelse för hur de uppfattar vårdtiden (Enell, 2018). Enell talar om utredningsinstitutioner som ett "behandlingsuniversum" där unga bedöms och observeras i institutionsmiljö, och att de utredningar som görs främst tycks fungera som ett sätt för socialtjänsten att bekräfta de bedömningar som socialtjänsten redan har gjort (Enell & Denvall, 2013; Enell, 2015). Det är således väl belagt att de unga som befinner sig på ungdomshem är i en miljö där de roller och förhållningssätt som är möjliga är starkt präglade av sitt sammanhang, och att institutionslivet skiljer sig markant från livet ute i samhället. Samtidigt kan ungas erfarenheter av ett och samma behandlingshem också skilja sig åt (Johansson & Andersson, 2006).

Hill (2005) använder begreppet "skenallians" för att beteckna relationer som kännetecknas av den typ av ensidig anpassning som Levin beskriver. Skenallians blir ett sätt för de unga att överleva i institutionsmiljön och kännetecknas av en ensidig anpassning hos ungdomar; regler används som styrmedel på ett inkonsekvent sätt, tidsperspektivet har fokus på här och nu och relationsarbetet präglas av konfliktfri anpassning. Hill menar att när både personalens och de ungas förhållningssätt styrs av överlevnadsmekanismer – där det viktigaste är att hålla lugnet och "status quo" på institutionen – ökar risken för att skenallians, och så småningom allianshaveri, ska uppstå. För genuina behandlingsallianser krävs bland annat tydliga och konsekventa professionella som kan skapa trygga strukturer och arbeta utifrån ett engagemang med ett reflekterande förhållningssätt och utifrån ett holistiskt tidsperspektiv (Hill, 2005, s. 182–197). Samtidigt finns studier som tyder på att personalens syn på vilka metoder och teorier som används ofta skiljer sig åt samt att det saknas enighet och sammanhållning inom personalgruppen och i relation till ledningen, vilket kan försvåra interaktionen med de unga (Ahonen, 2012; Ahonen & Degner, 2013). Fokus blir därmed på administrativa faktorer som att planera dagens aktiviteter för ungdomarna och vem som ansvarar för dessa (Ahonen & Degner, 2012). Tidigare studier pekar på hur personal på ungdomshem betonar vikten av personlig lämplighet och praktisk kunskap, att det är personligheten som är det viktigaste arbetsredskapet (se t.ex. Hennem, 1997; Levin, 1998). I en studie påtalas till exempel en spänning mellan praktisk och teoretisk kunskap på särskilda ungdomshem, där behandlingsassistenter betonar vikten av personlig lämplighet och att teoribaserad kunskap främst förknippas med behandlingsmetoder och unga med diagnoser (Kallenberg, 2016). Hennem (1997) påpekar i sin studie av akut- och utredningsinstitutioner i Norge att motsättningar finns också i hur personal och unga ser på

vistelsen; ungdomarna i studien önskade omsorg och att få åka hem, medan personal ville behandla och såg vidareplacering som ett naturligt nästa steg.

Professionsperspektiv på personal inom ungdomsvården och socialtjänsten

En stor del av denna studie utgörs av hur personal vid ungdomshem och inom socialtjänsten resonerar. Båda grupperna kan i vid mening beskrivas som professionella. Begrepp som profession och professionellt användas för att påvisa att någon utövar en aktivitet som ett yrke på heltid, till skillnad från att utöva något på fritiden, det vill säga på mer amatörmässig nivå (Flexner, 2001). En striktare definition av professionalitet och profession innebär dock att det finns en koppling till vetenskaplig kunskap/utbildning som utgör en väsentlig del för yrkesutövningen, och som därmed innefattar en intellektuell aktivitet där yrkesutövaren inom ramen för sitt yrke också har diskretion (handlingsutrymme) att göra självständiga bedömningar. En profession kan då inte enbart baseras på allmänt vedertagen kunskap eller praktisk erfarenhet, även om också dessa delar kan ingå i professionellas bedömningar. Thomas Brante definierar professionella yrken på följande sätt:

Professionella yrken är i något avseende organiserade, relativt autonoma bärare och förmedlare av samhällsligt sanktionerade, abstrakta kunskapssystem som ger dem förmågan att utföra handlingar som uppfattas som svåra, skickliga och värdefulla av allmänheten/klienten (Brante 2014, s. 21).

Utifrån Brantes definition kan socionom i barnvården i dag ses som en profession, inte minst då det i socialtjänstlagen står att socionomutbildning, eller annan relevant högskoleexamen, är en förutsättning för myndighetsarbete med barn och unga (3 kap. 3a § SoL; se även HSLF-FS 2017:79). Socialtjänsten besitter en omfattande diskretionär makt där deras profession och utbildning utgör en central förutsättning för tvångsvårdspraktiken utifrån bedömningar och beslut om tvångsvårdens inledning och upphörande och val av placering för den unge. I den process som en akutplacering innebär kan man också relatera till Andrew Abbots (1988) indelning i det professionella arbetets tre faser: *diagnosis, inference and treatment*, vilket här kan översättas med utredning, resonerande bedömning och behandling. Bedömningar krävs i synnerhet när kopplingen mellan diagnos och behandling är oklar och inte kan fastställas med säkerhet, vilket ofta är fallet i människobehandlade arbete. Bedömningen är enligt Abbot kopplad till professionaliteten och professionens legitimitet, om allt baseras på resonerande blir legitimiteten för beslut om specifika interventioner svag, om för lite utrymme finns för självständiga bedömningar och arbetet blir för rutiniserat, kan yrkets professionsstatus försvagas. Båda ytterligheterna kan därmed försvaga professionens autonomi och ställning.

Personal på särskilda ungdomshem har en annan utgångspunkt, och det är mindre vanligt att socionomer arbetar i ungdomsvården. Det kompetenskrav som funnits för behandlings-assistenter inom SiS har omfattat tvåårig eftergymnasial utbildning. På grund av svårigheter med bemanning justerades detta strax efter intervjuerna, oktober 2016, till grundläggande behörigheter för högskolestudier, gymnasieutbildning med inriktning vård- och omsorgsprogrammet, barn- och fritidsprogrammet eller motsva-

rande. Vidare krävs minst ettårig erfarenhet från vård- eller behandlingsverksamhet. Av det tillfälliga kompetenskravet framgår att personalens sammanlagda kompetens dock ska ge förutsättningar för att möta ungdomarnas vårdbehov och kunna tillhandahålla en trygg och säker vård. De tillfälliga kompetenskraven gällde först ett år men förlängdes till september 2018 (SiS nyhet 2016-10-13; SiS nyhet 2017-10-03). Undantaget från kompetenskravet på tvåårig eftergymnasial utbildning togs bort i oktober 2018. Kravet på vetenskaplig kunskap och högre utbildning är dock lägre för den stora delen av personalen inom SiS än vad den är för socialsekreterare inom socialtjänsten. Behandlingsassistenter har inte vårdansvar för den unge, men de har behandlingsansvar och de fattar en mängd mikrobeflut i vardagen på institutionen som påverkar den unges vårdssituation. Det är också rimligt att anta att det finns olika krav och förväntningar på personal som arbetar på akutavdelningar och på personal som förväntas arbeta behandlande på behandlingsavdelningar.

Jämförbarhet över tid

Andreassen (2003) påtalar att behandlingsresultat är avhängigt av det sammanhang det utförs i. Han menar att institutionsvård bara ska användas vid allvarliga beteendeproblem och att unga inte kan färdigbehandlas på institution, det krävs ett fokus också på exempelvis familjearbete. Den svenska ungdomsvården har genomgått vissa förändringar de senaste decennierna, och det finns riktlinjer för flera strukturerande program liksom familjeinriktade interventioner som kan erbjudas inom SiS ungdomsvård i dag (Statens institutionsstyrelse, 2018b, s. 16–17). Idén om evidens och standardiserade metoder finns därmed inom SiS liksom inom socialtjänsten på ett annat sätt i dag än för 20–30 år sedan. Vogel (2018) menar att ungdomshem kan ses som en arena där olika behandlingsdiskurser möts, såväl miljöorienterade och uppfostrande perspektiv som senare idéer där manualbaserade behandlingsmetoder ses som verktyg för förändring av problematiskt beteende och där diagnostänkandet fått ökat fokus. Samtidigt visar en metodinventering av SiS att ungdomshemmen har svårt att organisera arbetet på ett sätt så metoderna kan genomföras i praktiken (Statens institutionsstyrelse, 2018b, s. 16–17; se även Ponnert & Svensson, 2011 och Vogel, 2018). Ahonen och Degner (2012) har i en litteraturöversikt jämfört miljöterapi och kognitiv beteendeterapi för att förändra beteendeproblem, och menar att det också finns risker med ett alltför stort fokus på metoder där ungdomarna mer instrumentellt förväntas lära sig nya metoder och förhållningssätt på kort tid. Ahonen (2012) menar att förändring är en process som tar tid, och där också relationerna till personal och institution som helhet har betydelse, varmed också miljöterapi kan ha fördelar för att inläring inte bara ska ske på ytan. Samtidigt kan de manualer som strukturerade program erbjuder ge personalen en likartad riktning och hållning (ibid.).

Från 1982 till 1995 ökade andelen barn och unga som placerades i någon form av institutionsvård (framför allt privata HVB-hem) i stället för familjehemsvård, vilket eventuellt kan förstås utifrån faktorer som ökat marknadstänkande, brist på familjehem och kortare vårdtider (Sallnäs, 2000). Statistik visar att antalet dygnsplaceringar av unga, och framför allt pojkar i tonåren, har ökat de senaste åren (se t.ex. Socialstyrelsen, 2017).

Sett över längre tid har vårdtiderna inom SiS troligtvis blivit kortare jämfört med på 1980- och 90-talet, vilket troligtvis både kan förstås som ett ökat fokus på öppenvård och en medvetenhet om riskerna med långvarig institutionsvård och kostnadsaspekter. Statistik från SiS visar att vårdtiderna i genomsnitt var cirka sex månader såväl 2002 som 2017, 174 dagar år 2002 och 184 dagar år 2017 (Statens institutionsstyrelse, 2003, s. 29; Statens institutionsstyrelse, 2018c, s. 8). I Levins registerstudie gällande 208 unga som var placerade på Råby under perioden 1982–1993 var medelvärdet för intagningstiden 13 månader (medianvärde 11 månader) och medeltiden för sammanlagd tid på låst avdelning var sju månader (Levin, 1998, s. 113). I ett kortare perspektiv visar dock SiS egen statistik på en ökning av antalet vårddygn under perioden 2013–2017; år 2013 var den genomsnittliga vårdtiden 140 dygn att jämföras med 184 dygn 2017. För pojkar ökade den genomsnittliga vårdtiden mest, från 132 dygn år 2013 till 195 dygn år 2017 (Statens institutionsstyrelse, 2018b, s. 17–18). Den minskade genomströmningen inom SiS och att unga blir kvar länge på akutavdelningar framhålls som en möjlig förklaring till detta (ibid.).

Fortsatt framställning

I detta kapitel har vi beskrivit studiens bakgrund, syfte och frågeställningar. Utgångspunkten har varit att renodlade akutavdelningar, där utredningsuppdrag eller behandlingsuppdrag saknas, skiljer sig åt från andra avdelningstyper inom den statliga ungdomsvården. Syftet med studien har varit att undersöka och analysera praktiken på akutavdelningar utifrån ungdomarnas, personalens och socialtjänstens perspektiv, samt praktikens konsekvenser för dessa aktörer. Den statliga ungdomsvården och socialtjänsten har under undersökningsperioden också präglats av hög arbetsbelastning, svårigheter att rekrytera och behålla personal utifrån gällande kompetenskrav, samt vårdköer inom SiS. Denna rapport knyter an till forskning om ungdomar och personal på ungdomshem och socialsekreterares bedömningsprocesser. Tidigare forskning har framför allt fokuserat unga som utreds eller behandlas på ungdomsinstitutioner, medan studier som fokuserat enbart akutpraktiken saknas. I den fortsatta framställningen följer först ett metodkapitel, därefter presenteras empiriskt material som representerar olika aktörers perspektiv var för sig i kapitel tre till sex, och slutsatser utifrån detta. Avslutningsvis följer ett diskussionskapitel (kapitel sex) där projektets slutsatser summeras och diskuteras i sin helhet.

I kapitel två ges en beskrivning av det empiriska materialet, samt metodologiska och etiska överväganden. I kapitel tre redovisar vi socialtjänstens perspektiv samt dess bild av och förväntningar på akutpraktiken, utifrån webbenkäter riktade till socialsekreterare och intervjuer med socialsekreterare, samtliga i olika kommuner. I kapitel fyra redovisas personalens perspektiv, utifrån gruppintervjuer med personal på akut- och behandlingsavdelningar på två särskilda ungdomshem, samt webbenkäter till personal på några ungdomshem där både akut- och behandlingsavdelningar finns representerade. I kapitel fem övergår vi till att redovisa ungdomarnas perspektiv, utifrån intervjuer

med ungdomar som har erfarenhet av att vårdas på både akut- och behandlingsavdelning inom SiS. Tanken med denna ordning på de empiriska kapitlen är att följa placeringens gång: från de tankar och förväntningar på akutavdelningar och på institutionsvård som finns hos socialtjänsten som initierar och ansvarar för placeringen, till förhållningssätt och tankar hos personal på akut- och behandlingsavdelningar för att mejsla ut vad som kännetecknar just akutavdelningar, för att slutligen ta in de ungas erfarenheter av vård på olika avdelningstyper med fokus på akutavdelningar. Avslutningsvis analyseras och diskuteras allt material och slutsatserna från projektet i sin helhet i kapitel sex, med fokus på att tydliggöra praktiken på akutavdelningar och vad vi ser som centrala utmaningar för SiS och socialtjänsten, som professionella aktörer, att arbeta vidare med framöver.

Kapitel 2. Metod

I detta kapitel redogörs för studiens empiriska material och metodöverväganden. Studien bygger på följande empiriska material: ungdomsintervjuer och fältbesök på ungdomshem, gruppintervjuer med personal på akut- och behandlingsavdelningar, intervjuer med socialsekreterare, webbenkäter till personal på ungdomshem och webbenkäter till socialtjänst. Inledningsvis ges i detta kapitel en kort och översiktlig beskrivning av arbetsprocessen i projektet och när i tid de olika materialen samlats in. Därefter beskrivs de metodologiska utgångspunkterna och övervägandena för respektive material för sig, och kapitlet avslutas med några övergripande etiska överväganden och metodreflektioner.

Övergripande beskrivning av arbetsprocessen

Projektet påbörjades under våren 2015 med att en etikansökan utformades. I samband med det utformades också en intervjuguide för intervjuerna med ungdomar, en guide för fältbesöks-anteckningar och samtyckesblanketter. Den 8 april 2015 beslutade Lunds regionala etikprövningsnämnd att godkänna etikansökan (dnr 2015/98). Därefter påbörjades också arbetet med att söka efter två ungdomshem som skulle kunna fungera som fallstudiehem, där den kvalitativa empirin från ungdomshemmen skulle kunna inhämtas.

I urvalet av fallstudiehem eftersöktes ungdomshem med minst en renodlad akutavdelning (dvs. inte en kombination av akut- och utredningsavdelning) samt minst en behandlingsavdelning, för att möjliggöra jämförelser mellan avdelningstyperna. Både flick- och pojkaavdelningar skulle finnas representerade i studien. Utifrån dessa utgångspunkter kontaktades institutionschefer på ett urval ungdomshem. Kontakt togs via telefon och därefter via e-post i några fall. I de fall där institutionschefen inte kunde nås per telefon skickades förfrågan och information om projektet i stället både via e-post och vanligt brev. Tre ungdomshem tackade nej till att delta och ett återkom inte med svar. Både verksamhetsområde norr och söder har ingått i sökandet efter fallstudiehem utifrån de kriterier vi efterfrågade.

De två ungdomshem som tackade ja till att medverka har anonymiserats och kallas i rapporten för ungdomshem A och ungdomshem B. På ungdomshem A har studien fokuserat en akutavdelning och en behandlingsavdelning som tar emot flickor, och på ungdomshem B en akutavdelning och en behandlingsavdelning som tar emot pojkar. Akutavdelningarna är låsta på båda ungdomshemmen, medan behandlingsavdelningen är låst på det ena ungdomshemmet och öppet på det andra. Det material som samlats in på dessa ungdomshem är anteckningar från fältbesök (två dagar per

ungdomshem), ungdomsintervjuer samt gruppintervjuer med personal på de olika avdelningarna.

De empiriska studierna inleddes med fältbesök och ungdomsintervjuer på ungdomshem A under hösten 2015 och följdes av motsvarande på ungdomshem B våren 2016. Gruppintervjuer med personal genomfördes därefter i mars 2016 på ungdomshem A och i slutet av augusti 2016 på ungdomshem B. I samband med personalintervjuerna i augusti 2016 genomfördes också en av ungdomsintervjuerna. Under 2016 påbörjades arbetet med att hitta kommuner inför intervjuer med socialtjänsten. Under perioden september 2016 till april 2017 genomfördes intervjuer med socialsekreterare från fyra olika kommuner. Intervjuerna med personal på ungdomshem och med socialsekreterare gav viktig kunskap kring teman som sedan belystes ytterligare i webbenkäter till personal på ungdomshem och socialtjänsten. År 2017 utformades och genomfördes webbenkäten till personal på särskilda ungdomshem (utskick under perioden 16 maj till 18 juni 2017) och under 2017 påbörjades arbetet med webbenkäten till personal inom socialtjänsten som genomfördes under 2017/2018 (utskick under perioden 29 november 2017 till 12 januari 2018). Urvalsprinciperna för webbenkäterna och för studiens övriga material beskrivs vidare i den fortsatta texten i detta kapitel.

Ungdomsintervjuer och fältbesök

Totalt har åtta ungdomsintervjuer genomförts med unga som har erfarenhet av placering på både akut- och behandlingsavdelning. Fyra flickor och fyra pojkar har intervjuats individuellt. Ungdomarna var i åldern 15–19 år när intervjuerna genomfördes: en femtonåring, tre sextonåringar, två sjuttonåringar och två nittonåringar.

Intervjuerna genomfördes i ett rum på respektive avdelning, och i något fall på ungdomens eget rum (öppen behandlingsavdelning). Tanken var att de unga som intervjuades skulle ha hunnit komma till en behandlingsavdelning och inte befinna sig mitt i den akuta och omvälvande process en akutplacering kan innebära, men kunna reflektera tillbaka kring tiden på akutavdelningen och jämföra den med den behandlingsavdelning de nu vistades på. Alla ungdomar utom en vistades vid tidpunkten för intervjun på behandlingsavdelning, en ungdom vistades fortfarande på akutavdelning på grund av platsbrist i väntan på att komma till behandlingsavdelning. Alla ungdomar utom en uppgav att de före denna SiS-placering hade andra placeringar bakom sig, på HVB, i familjehem eller inom SiS. Fem ungdomar hade, utöver vård på en akut- och en behandlingsavdelning inom SiS, också ytterligare erfarenhet av vård på särskilt ungdomshem (genom vård på andra avdelningar eller tidigare placeringar) varav två av ungdomarna hade varit placerade många gånger inom SiS.

Ungdomarna valdes ut av personal utifrån kriteriet att de unga skulle ha erfarenhet av vård på både akut- och behandlingsavdelning, och tillfrågades av personal på ungdomshemmet om de ville delta i en forskningsintervju. Information om projektet och delstudierna skickades till ungdomshemmet, inför deras kontakt med och information till ungdomarna. Personalen har därmed haft inflytande över vilka ungdomar som till-

frågats och meddelat lämplig tidpunkt för intervjun. Någon ungdom tackade nej till att delta, men alla ungdomar som tillfrågats av personal och samtyckt till att intervjuas har intervjuats av en av forskarna. I samband med intervjun erhöll ungdomarna skriftlig och muntlig information om projektet samt syftet med ungdomsintervjun. De informeras även om etiska utgångspunkter som frivillighet och konfidentialitet, informationen bekräftades och de undertecknade en samtyckesblankett.

Intervjuerna utgick från en semistrukturerad intervjuguide⁸ med fyra huvudteman: första tiden på akutavdelning, erfarenheter och upplevelser av verksamheten på akutavdelningen, relationen till personalen på akutavdelning, vården på behandlingsavdelning och eventuella likheter/skillnader mellan akut- och behandlingsavdelning. Inledningsvis ombads den unge även ange ålder och hur länge hen vistats på nuvarande avdelning, tidigare erfarenheter av vård på särskilt ungdomshem, och vad hen trodde var anledningen till placeringen på akutavdelning. Därefter ställdes frågor kring ankomsten till akutavdelningen, hur en dag på akutavdelning ser ut, vilka regler som finns, vem som bestämmer när man får lämna akutavdelning respektive behandlingsavdelning samt hur de ser på möjligheten att påverka vårdtiden. Vidare frågades hur ungdomarna ser på personalens uppdrag och roll. Alla unga fick också frågor om hur de skulle beskriva akut- respektive behandlingsavdelning med ett ord; vilket råd de skulle vilja ge till personal på akut- respektive behandlingsavdelningar; vilket råd de skulle ge unga som ska placeras på akutavdelningar samt vad de tycker är viktigt för socialtjänst och SiS att tänka på i samband med akuta placeringar av unga.

Intervjuerna hade således fokus på den unges upplevelse och erfarenhet av vård på akutavdelning och beskrivningar av denna, samt ett jämförande perspektiv utifrån vård på behandlingsavdelning, inte ungdomens egen problematik eller behandlingshistoria i stort. Ungdomarna fick själva avgöra hur mycket de gick in på dessa aspekter i samband med intervjun, och en utgångspunkt var att inte fråga vidare om personliga förhållanden av etiska skäl, utan att följa den unges berättelse och hålla fokus på erfarenheterna och tankarna kring akut- och behandlingsavdelning och projektets frågeställningar. Den inspelade intervjutiden varierar mellan cirka 30 och 47 minuter. Under någon intervju togs en paus. Merparten av intervjuerna (sex av åtta) varade mellan 40 och 45 minuter, medan två var lite kortare (ca 30 min).

Intervjuerna har spelats in och därefter transkriberats i sin helhet av den forskare som gjorde dem. I samband med både utförandet och utskriften av intervjuerna gjordes också minnesanteckningar om centrala teman samt likheter och skillnader jämfört med tidigare genomförda intervjuer.

I samband med intervjuerna med ungdomar genomfördes observerande fältbesök på ungdomshem A och B under totalt fyra dagar av samma forskare, en dag på respektive akutavdelning och en dag på respektive behandlingsavdelning. Tiden för fältbesöken anpassades utifrån vad avdelningarna bedömde vara lämpligt utifrån dagens schema och situationen i övrigt på avdelningen, varmed forskaren närvarade cirka 6–7 timmar per dag under dagtid. Forskaren deltog inte i några måltider på akutavdelningarna el-

8 Se intervjuguide, bilaga I.

ler på den låsta behandlingsavdelningen, utan gick under lunchtid ifrån avdelningen en stund. På den öppna behandlingsavdelningen deltog forskaren också i frukost och lunch. Vid ett tillfälle fick fältbesöket skjutas framåt någon timme då det varit oroligt på avdelningen. Fältbesöken genomfördes därmed på deltid under en begränsad tid. En längre tids observationer ger en mer ingående kännedom om fältet, samtidigt kan också korta observationer ge goda data (Fangren, 2005). Syftet med fältbesöken var i detta fall att få en inblick i den dagliga verksamheten och den fysiska miljön på olika avdelningstyper samt få en uppfattning av hur en dag på akut- respektive behandlingsavdelning kan se ut. Vidare hade fältbesöken syftet att fungera som komplement till intervjuer med personal och unga. Information och reflektioner från fältbesöken har också fungerat som ett verktyg för att utforma intervjuguider till personalintervjuer och webbenkäter.

Verksamheten på låst avdelning visade sig inte vara så lätt att följa, då ungdomarna där främst befann sig på sina rum eller satt och tittade på tv. Forskaren har därmed, i den mån det varit möjligt, försökt följa ungdomarna och personalen och få en inblick också i de aktiviteter ungdomarna kan ha på sina scheman, såsom skola, fysisk aktivitet, arbete utomhus, liksom tid på avdelningen och interaktion mellan unga och personal. Tiden på avdelningarna gav också möjlighet till informella samtal med personal och i viss mån med ungdomar på avdelningarna. I situationen som fältbesökare var forskaren delvis deltagande i den aspekten att forskaren samtalade med ungdomarna och med personal när det föll sig naturligt inne på avdelningen, men deltog inte aktivt i specifika aktiviteter som fysisk aktivitet eller undervisning utan intog då en mer passiv roll. Samtidigt var forskarens närvaro på avdelningarna kortvarig, och vid vissa aktiviteter var endast få ungdomar närvarande varmed det därför föll sig naturligt att delta mer aktivt, till exempel i kortspel vid något tillfälle. Före fältbesöken gjordes ett fältanteckningsschema för vilka teman som kunde vara relevanta att observera: fysisk miljö och stämning, organisering av dagen, vilka aktiviteter som utförs, interaktion och förhållningssätt mellan personal och unga samt betydelsefulla händelser. Därutöver antecknades egna reflektioner och tankar kring likheter och skillnader mellan akut- och behandlingsavdelningar; anteckningarna gjordes i samband med lunchpaus och efter dagens slut. Både ungdomar och personal informerades om projektet och syftet med fältbesöken samt etiska utgångspunkter, såväl muntligt som skriftligt, och fick skriva på en samtyckesblankett i början av dagen. Fältbesöken och anteckningarna därifrån används i rapporten som illustrerande och kompletterande exempel i kapitel fyra och fem.

Gruppintervjuer med personal på ungdomshem

Totalt har sex gruppintervjuer genomförts med 16 personer som arbetar på avdelningarna nära de unga (behandlingsassistenter) vid två särskilda ungdomshem, ungdomshem A (flickavdelningar) och ungdomshem B (pojkaavdelningar). Två gruppintervjuer på vardera ungdomshemmet genomfördes med personal som vid tiden för intervjun arbetade på akutavdelning, medan en gruppintervju på vardera hemmet var med personal som arbetade på behandlingsavdelning.

Genomförande av gruppintervjuer med personal

Under 2016 togs åter kontakt med institutionschefen på de ungdomshem där fältbesök genomförts med förfrågan om att göra gruppintervjuer med personal som arbetade nära ungdomarna på avdelningarna, som behandlingsassistenter eller liknande. Förfrågan skickades ut via e-post, med bifogad information om projektet som helhet och gruppintervjuerna, som därefter vidarebefordrades till personal. Vi informerade också om att det var frivilligt att delta i gruppintervjuerna. Båda ungdomshemmen accepterade att medverka också i detta, och institutionschef eller avdelningsföreståndare gav besked om tidpunkter för intervjuerna på respektive ungdomshem. Ursprungligen var vårt önskemål att genomföra fokusgruppsintervjuer med minst fyra deltagare vid varje intervju. Det visade sig dock inte vara möjligt att intervjua större grupper av personal samtidigt, bland annat utifrån att viss personaltätthet krävs på avdelningarna och intervjuerna skulle genomföras på personalens arbetstid. Intervjutiden begränsades därför också till cirka en timme för samtliga intervjuer.

Gruppintervjuerna genomfördes i slutet av mars och i slutet av augusti 2016. Personal från akutavdelningar intervjuades för sig och personal från behandlingsavdelningar för sig. Samma två forskare medverkade vid samtliga intervjuer. I samband med intervjuerna informerade forskarna också om projektets och gruppintervjuernas syfte, samt om att det var frivilligt att delta och att alla data skulle anonymiseras och aidentifieras före publicering. Forskarna lämnade också skriftlig information om ovanstående till intervjudeltagarna.

Den intervjuguide som användes var uppbyggd kring elva frågor utifrån olika teman.

De teman som berördes var: bakgrundsfrågor (ålder, yrkeserfarenhet, utbildning), akutavdelningarnas uppdrag och verksamhet (uppdrag och målgrupp), roll och relation till den unge (arbetsmetoder, roll och relation, låst/öppen avdelning), inflytande och handlingsutrymme (inflytande över verksamheten och den unges vård, behov av utbildning), och syn på professionalitet. Vidare ställdes frågan om hur de såg på behovet av akutavdelningar och om det var något särskilt de önskade var annorlunda för egen del, eller för de unga på avdelningarna. Åtta av intervjuguidens frågor var formulerade som påståenden som intervjudeltagarna fritt fick resonera kring, med fokus på att jämföra akutavdelningar och behandlingsavdelningar⁹. Ett exempel på en fråga formulerad som ett påstående är "Att arbeta utifrån tydliga arbetsmetoder med ungdomarna är viktigare på behandlingsavdelningar än på akutavdelningar"¹⁰. En tanke med att använda påståenden som utgångspunkt för intervjun, var att öppna upp för diskussioner kring känsliga frågor och tankar kring eventuella skillnader mellan att vara verksam på olika avdelningar. Vår uppfattning är också att detta underlättade för personalen att prata kring föreställningar om arbetet på andra avdelningstyper än den som de själva var verksamma inom. Alla fick också besvara frågan om de anser att akutavdelningar behövs, samt om de hade något önskemål för de ungas del, eller för egen del som personal, inom ramen för ungdomsvården.

⁹ Se intervjuguide, bilaga 2.

¹⁰

Intervjupersonerna

Totalt deltog 16 personer i gruppintervjuerna, två till tre personer i varje intervju. Av intervjuerna framkom att alla utom en hade sin anställning på antingen akut- eller behandlingsavdelning på ungdomshemmet. Vidare hade avdelningarna på båda ungdomshemmen separata arbetsplatsträffar, och personal på de olika avdelningarna tenderade därmed att arbeta förhållandevis åtskilt från varandra i vardagen, även om det förekom att personal fick ta "enstaka arbetspass" på den andra avdelningen. De olika avdelningarna kan därmed betraktas som egna miniorganisationer eller "hem" inom ramen för ungdomshemmet. Det ena ungdomshemmet var dock mindre i storlek, varmed gränserna mellan avdelningarna framstod som mindre skarpa i jämförelse med det större ungdomshemmet.

Av intervjupersonerna var nio män och sju kvinnor. Av dessa arbetade nio på akutavdelning, sex på behandlingsavdelning och en arbetade på båda avdelningstyperna vid tidpunkten för intervjun. Samtidigt framkom att många hade erfarenhet av att arbeta på andra avdelningstyper, exempelvis uppgav hälften av de som arbetade på behandlingsavdelning att de hade tidigare erfarenhet av att arbeta på akutavdelning. Sex personer uppgav att de hade arbetat tio år eller mer inom SiS ungdomsvård, de som hade kortast yrkeserfarenhet av arbete inom SiS hade arbetat mellan 1,5 och 2,5 år (tre personer). Intervjupersonerna från avdelningarna på hem A som tog emot flickor dominerades av kvinnliga intervjupersoner (sex kvinnor och tre män) medan avdelningarna för pojkar på hem B dominerades av manliga intervjupersoner (sex män och en kvinna).

De allra flesta uppgav att de var anställda som behandlingsassistenter, därutöver kunde också annan utbildningsbakgrund och/eller yrkeserfarenhet nämnas av en del. Bland de som arbetade på akutavdelning eller på både akut- och behandlingsavdelning (totalt tio personer) uppgav två en bakgrund som undersköterska och/eller skötare, en var sjukvårdsbiträde, en behandlingspedagog, fyra uppgav sig sakna utbildning och två uppgav inget vad gäller utbildning utan nämnde i stället erfarenhet av arbete på annat SiS-hem eller en annan avdelning. Bland personalen som vid tiden för intervjun enbart arbetade på behandlingsavdelning (sex personer) uppgav sig en ha en bakgrund som fritidsledare, en var undersköterska/behandlingspedagog, en var utbildad beteendevetare och en hade socialpedagogisk utbildning på högskola, medan två inte uppgav någon utbildning men hade tidigare erfarenhet av socialt arbete med människor. Det som utmärkte dem som arbetade på behandlingsavdelning var att de också i högre utsträckning uppgav att de hade vidareutbildning i olika programmetoder som ART, KBT, MI och Återfallsprevention¹¹.

11 ART: *Aggression Replacement Training*, är ett manualbaserat preventionsprogram för ungdomar som betar sig aggressivt.

Intervjuer med socialsekreterare

Intervjuerna med socialsekreterare i socialtjänsten syftade till att belysa hur representanter för socialtjänsten tänker kring akutavdelningarnas uppdrag, arbete och målgrupp, vad som skiljer akutplaceringar från andra placeringsformer inom SiS, samt hur kontakten med den unge och samverkan med SiS och andra aktörer ser ut i samband med placeringen. Intervjuerna var från början avsedda att genomföras i form av cirka sex fokusgruppsintervjuer med socialsekreterare i kommuner av olika storlek i södra Sverige. I informationsbrevet till socialtjänsten angavs att det vid varje fokusgruppsintervju var önskvärt med cirka två till fyra deltagare som arbetade som, eller hade tidigare erfarenhet av arbete som, utredare inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Då det visade sig bli mycket svårt att få svar från socialtjänsten och svårt att rekrytera intervjupersoner för att genomföra fokusgruppsintervjuerna i enlighet med initial planering, korrigerades intervjustudiens upplägg vilket beskrivs närmare nedan.

Intervjustudien med socialsekreterare genomfördes under tidsperioden september 2016 till och med april 2017 av en av forskarna. Urvalsprincipen baserades på att kommuner av olika storlek skulle finnas representerade, det vill säga både stora kommuner, medelstora och mindre kommuner, i syfte att spegla en möjlig variation, exempelvis avseende organisering, grad av specialisering, erfarenhet och ärendevolymer vad gäller placeringar av barn och ungdomar. Av bekvämlighetsskäl tillfrågades i första hand kommuner i södra Sverige. Totalt tillfrågades 14 kommuner av olika storlek där. Inicialt kontaktades enhetschef eller motsvarande för kommunernas och stadsdelsförvaltningarnas utredningsenheter för barn och unga. Cheferna ombads i sin tur informera och vidarebefordra förfrågan om deltagande i intervjustudien till utredningsansvariga socialsekreterare inom sin organisation. Till förfrågan bifogades ett informationsbrev. Påminnelser skedde både via e-post och via telefon. Av de tillfrågade kommunerna och stadsdelsförvaltningarna tackade fyra kommuner ja till att delta i studien. Sex kommuner avböjde deltagande. Fyra kommuner, samt två stadsdelar i en femte kommun (där andra stadsdelar från kommunen ingick i studien) svarade aldrig på förfrågan om deltagande i intervjustudien. Utifrån svaren från de kommuner/stadsdelsförvaltningar som avböjde framgår (explicit eller implicit) två olika huvudanledningar till att deltagande avböjdes: dels hög arbetsbelastning (med exempel på svar som "Vi har tyvärr inte utrymme att vara med på detta"), dels bristande erfarenhet av placeringsformen (med exempel på svar som "Vi har en ung utredargrupp med begränsad erfarenhet av placeringar inom SiS så vi tackar nej till deltagande i studien"). Arbetsbelastningen märktes av även i förhållande till de kommuner som deltog i intervjustudien, bland annat genom att förutsättningarna för genomförandet förändrades i nära anslutning till intervjutillfällena. I en kommun bokades två gruppintervjuer in men ställdes in samma

KBT: *Kognitiv beteendeterapi*. Samlingsnamn för psykoterapier där fokus är träning på nya beteenden och tanke-mönster. Utgår från inlärningsteori och kognitiv teori.

MI: *Motiverande samtal (Motivational Interviewing)*, är en samtalsmetod för att främja förändringsprocesser.

Återfallsprevention: En metod för att förebygga återfall i missbruk utifrån kognitiv beteendeterapi (KBT) som bygger på social inlärningsteori och kognitiv psykologi.

dag som de skulle genomföras på grund av akuta arbetssituationer för informanterna ifråga. I samband med ombokningsförsök till senare tillfälle visade det sig att endast informanterna i den ena av de två planerade gruppintervjuerna fortsatt hade möjlighet att ställa upp på intervju. Väl på plats för att genomföra intervjun hade en av tre informanter fått förhinder på grund av en akut arbetssituation och intervjun genomfördes följaktligen med två deltagande informanter i stället för tre. I en annan kommun bokades två fokusgruppsintervjuer in. Väl på plats för att genomföra de två intervjuerna visade det sig att informanterna inte hade den tid som krävdes till förfogande. De två planerade mindre gruppintervjuerna fick då i stället slås samman till en större gruppintervju med fem deltagande informanter. I de två andra deltagande kommunerna önskade två informanter ställa upp på enskilda intervjuer.

På grund av svårigheterna i att rekrytera informanter till intervjustudien kom således genomförandet att anpassas efter faktiska möjligheter och undersökningsgruppen kom att inkludera de kommuner och informanter som visade intresse och hade faktisk möjlighet att delta i studien. De ingående kommunerna blev slutligen av stor (mer än 200 000 invånare) och medelstor (100 000–150 000 invånare) storlek. Sammantaget intervjuades nio informanter från socialtjänsten, varav två i individuella intervjuer och resterande i två olika gruppintervjuer (varav en med två deltagare och en med fem deltagare). Överväganden har gjorts i förhållande till att rekrytera fler informanter till intervjustudien i senare skede. Mot bakgrund av projektets tidsram och resurser, samt att det finns ytterligare ett empiriskt material (webbenkäten) som belyser socialtjänstens perspektiv, har det dock varken bedömts nödvändigt eller möjligt. I webbenkäten finns dessutom kommuner av både stor, medelstor och liten storlek representerade.

Kommunikationen med de socialsekreterare som kom att ingå i studien fördes på olika sätt: i ett fall genom att chefen vidareförmedlade kontaktuppgifter till intresserade informanter som därefter kontaktades för att komma överens om tid och plats för genomförandet av intervjun; i ett annat fall genom att chefen föreslog tid och plats för genomförandet av intervjun efter samråd med informanterna ifråga, och vid två tillfällen genom att socialsekreterarna själva tog kontakt efter att förfrågan vidareförmedlats från respektive chef. I samband med genomförandet av intervjuerna informerades deltagarna inledningsvis på nytt om syftet med studien, liksom om förutsättningarna för deltagande och bekräftelse av samtycke. Varje informant fick samtidigt ett utskrivet exemplar av det informationsbrev som tidigare sänts till dem elektroniskt och välkomnades att ta kontakt ifall frågor skulle uppkomma efter intervjun. Intervjuerna var semistrukturerade utefter ett antal teman och följdfrågor, och pågick tidsmässigt mellan en timme och 3 minuter som kortast till en timme och 36 minuter som längst. De teman som berördes fokuserade kring: målgruppen för akutplaceringar, syn på akutavdelningarnas uppdrag, vårdtidens längd, samverkan med SiS i samband med akutplaceringar, samverkan med andra professionella aktörer och den unge och den unges föräldrar, syn på kompetens inom socialtjänsten och SiS, samt övriga tankar.

Informanterna representerade fyra kommuner, och i de gruppintervjuer som genomfördes i två av kommunerna finns även olika stadsdelar representerade bland intervjudeltagarna. Samtliga intervjupersoner har erfarenhet av arbete inom social-

tjänsten och mer specifikt av utrednings- och uppföljningsarbete med barn och ungdomar, varav merparten mycket lång erfarenhet. En socialsekreterare uppgav två års erfarenhet på nuvarande placeringstjänst medan resterande informanter berättade om mellan fem och ett halvt och 30 års utredningserfarenhet inom socialtjänsten. Några av informanterna hade därutöver annan yrkeserfarenhet inom exempelvis psykiatri och SiS. Samtliga socialsekreterare som deltar i studien bedöms ha relativt omfattande erfarenhet av placeringar inom SiS. Alla arbetade vid genomförandet av intervjustudien inom socialtjänstens utredningsverksamhet för barn och unga: en som ungdomsutredare/handläggare medan övriga var anställda på specialiserade tjänster inriktade mot just placeringar. Tjänsterna var utformade på delvis skilda sätt i de olika kommunerna och benämndes också på lite olika sätt: HVB-handläggare, placeringssamordnare eller placeringssuppföljare. I någon kommun var det en relativt nyinrättad tjänst medan tjänsterna i andra kommuner hade funnits uppåt tio år. Gemensamt för tjänsterna var att samtliga syftade till att avgränsat arbeta med just placeringar av ungdomar, medan skillnader mellan tjänsterna bland annat handlade om när i tid informanterna aktualiserades i placeringssärenden, hur samarbetet och ansvarsfördelningen med utredande/handläggande socialsekreterare organiserades, samt huruvida de "övertog" utrednings- och uppföljningsansvaret från utredande/handläggande socialsekreterare eller ej. Undersökningsgruppen speglar på så vis variationer i hur kommuners socialtjänster organiserar arbetet kring placeringar av barn och unga.

Webbenkäter till personal på ungdomshem och till representanter för socialtjänsten – urval och material

Som ett komplement till personalintervjuerna och intervjuerna med socialsekreterare genomfördes två webbenkäter, en under maj till juni 2017 riktad till behandlande personal (behandlingsassistenter och avdelningschefer) på ett urval särskilda ungdomshem och en under november 2017 till januari 2018 riktad till representanter inom socialtjänsten. Enkätfrågorna utformades utifrån projektets frågeställningar, men också utifrån det som framkommit i de tidigare materialinsamlingarna, det vill säga ungdomsintervjuer och intervjuer med personal på ungdomshem och med socialsekreterare.

Syftet med webbenkäterna till ungdomshemmen var att få en bild av avdelningspersonalens tankar kring yrkesroll, handlingsutrymme och samarbetspartner, samt erfarenheter eller föreställningar om målgrupp och vårdinnehåll på akut- och behandlingsavdelningar. Syftet med webbenkäten till socialtjänsten var att undersöka hur utredningsansvariga/handläggande socialsekreterare ser på akut- och behandlingsavdelningars målgrupp, uppdrag, funktion och kompetens, samt akutavdelningarnas roll i vårdkedjan.

De två enkäterna hade likartade frågeställningar och kretsade kring frågor om hur respondenterna såg på akut- och behandlingsavdelningarnas målgrupp, vårdinnehåll,

vårdtid, den egna yrkesrollen samt kontakt, samarbete och samverkan med olika aktörer (framför allt mellan socialtjänst och ungdomshem). Merparten av frågorna (alla frågor undantaget några bakgrundsfrågor) var utformade som påståenden respondenterna fick rangordna utifrån en skala med fyra till fem svarsalternativ som till exempel: "instämmer helt", "instämmer delvis", "tar delvis avstånd från" och "tar helt avstånd från". För några frågor fanns också alternativet "vet ej". Alla respondenter fick bland annat svara på frågor som om akutavdelningar kan ge ett bra vårdinnehåll till unga med alkohol- eller drogproblem, med allvarlig kriminalitet, med sociala problem i hemmiljön, med självska debeteende, med psykiska problem, med neuropsykiatriska funktionshinder och till ensamkommande barn och unga. Båda enkäterna innehöll också några bakgrundsfrågor om personens ålder, yrkestitel och yrkeserfarenhet. För alla skalfrågor, där fasta svarsalternativ skulle rangordnas, fanns också möjlighet för respondenterna att ge övriga valfria svarskommentarer med egna ord.

Båda enkäterna utformades som anonyma respondentenkäter i systemet Sunet survey, och skickades till ett urval respondenter via e-post, tillsammans med information om projektet samt att det var frivilligt att delta och att enkäten var anonym att besvara. I personalenkäten fanns 21 frågor och i socialtjänstenkäten 23 frågor. Båda enkäterna avslutades också med en frisvarsfråga där respondenterna, om de ville, fick lägga till en kommentar om de hade något ytterligare de ville tillägga. Nedan beskrivs urvalsprocessen för respektive webbenkät.

Webbenkäten till personal på ungdomshem – urval och respondenter

Vid urvalet av vilka avdelningar och ungdomshem inom SiS webbenkäten skulle riktas till var en utgångspunkt att de skulle ha både en "renodlad" akutavdelning (dvs. ej enbart kombinerad akut- och utredningsavdelning) och en behandlingsavdelning, vilket utifrån SiS verksamhetsplaner vid tidpunkten för enkätens utformning skulle kunna återfinnas på cirka 13–14 av ungdomshemmen (Statens institutionsstyrelse, 2016; Statens institutionsstyrelse, 2017). De valda ungdomshemmen skulle även representera en jämn fördelning av akut- och behandlingsavdelningar i landet (tillhörande både SiS verksamhetsområde norr och söder), samt en jämn fördelning beträffande avdelningar som enbart tar emot flickor respektive enbart pojkar.

Utifrån dessa kriterier togs kontakt med ett urval av ungdomshem (hälften flick- och hälften pojkavdelningar) med förfrågan om deras deltagande, då e-postadresser i sådana fall behövdes till personal anställd på ungdomshemmet. Kontakt togs, i de fall det var möjligt, inledningsvis via telefon och följdes därefter upp med förfrågan via e-post till institutionschefen. Något ungdomshem tackade i en inledande kontakt nej till att delta, och ett fick väljas bort, då det inte visade sig ha den avdelning som framkom i SiS verksamhetsbeskrivning. Slutligen skickades förfrågan om e-postadresser ut till åtta ungdomshem, inklusive fallstudiehemmen A och B, och e-postadresser till personalen på två utvalda avdelningar på varje hem efterfrågades: en akutavdelning och en behandlingsavdelning, det vill säga totalt 16 avdelningar. Vid urvalet av avdelningar valdes huvudsakligen låsta behandlingsavdelningar (sex av åtta), då detta är vanligast inom SiS.

E-postadresser erhöles därefter från sju av dessa ungdomshem, gällande 13 avdelningar (av 16 möjliga). Svar erhöles inte från ett ungdomshem (gällande en akut- och en behandlings-avdelning), och från ett ungdomshem inkom endast e-postadresser gällande den utvalda behandlingsavdelningen på hemmet. Sammanlagt har 182 behandlingspersonal och avdelningschefer verksamma på 13 utvalda avdelningar (sju behandlingsavdelningar och sex akutavdelningar) erhållit enkäten. Åtta flickavdelningar (fyra ungdomshem) ingår och fem pojkaavdelningar (tre ungdomshem); snedvridningen gällande pojk- och flickavdelningar beror på att e-postadresser aldrig inkom gällande tre av pojkavdelningarna.

Webbenkäten skickades ut under perioden 16 maj till 18 juni 2017 och tre påminnelser gick ut under denna period. När enkäten stängdes hade 48 svar inkommit vilket ger en svarsfrekvens på cirka 26 procent. En studie av hur svarsfrekvensen i webbaserade enkäter till organisationer ser ut påvisar ett medelvärde på 35,7 procent i svarsfrekvens, med en standardavvikelse på 18,8 procent (Baruch & Holtom, 2008). Svarsfrekvensen är därmed låg, men inte onormal. I återgivningen av svaren undviker vi dock såväl beräkningar som procenttal då antalet svarande är förhållandevis få. I stället betonar vi en generell tolkning och talar i termer av till exempel tredjedelar, hälften, nästan alla etc. Det förekommer därtill ett visst internt bortfall i enkäterna, då alla svarande inte har besvarat samtliga frågor. Bland de frågor där antal respondenter kan utläsas, då bara ett svar/respondent var möjligt, har 44–48 personer besvarat dessa frågor.

Det är framför allt behandlingsassistenter som besvarat enkäten, 35 personer av de 48 svarande. Av de övriga svarandena är åtta behandlingssekreterare och fem avdelningschefer. En knapp fjärdedel av de svarande arbetar på akutavdelning, elva personer, medan majoriteten, 33 personer, arbetar på behandlingsavdelning. Två uppger att de arbetar på kombinerad akut- och behandlingsavdelning och två att de arbetar på flera olika avdelningsformer. Det är 41 av 48 svarande som uppger att de arbetar på låst avdelning.

De svarande är genomgående tillsvidareanställda, med undantag från en svarande som är timanställd. Drygt två tredjedelar av de svarande, 33 personer, har arbetat 3–15 år, medan sju har arbetet mindre än två år och åtta i mer än 15 år. I några fall har de svarande uppgett annan erfarenhet som de anser vara av relevans för sitt yrke. Det som framkommer där rör arbete inom psykiatri och rättspsykiatri, socialt arbete, service för människor och skola.

De svarande är jämnt spridda över åldersgrupperna mellan 30 och 59 år och fyra är över 60 år. Två tredjedelar uppger att de har universitetsstudier, övriga har gymnasie-, folkhögskole- eller yrkeshögskoleutbildning. De utbildningar som presenteras är framför allt högskole-utbildningar inom social- och beteendevetenskap, men även behandlingsassistentutbildningar, samt utbildningar som fritidsledare eller fritidspedagog. Även vårdutbildningar är vanliga, medan enstaka uppger lärarutbildningar och militär utbildning. Därtill beskrivs utbildningar i olika behandlingsmetoder. De svarande uppger i stor utsträckning, 44 personer, att de inom arbetet kan använda sin utbildning och utvecklas professionellt. Alla utom en av de svarande uppger också att de anser sig ha den personliga lämplighet som krävs för arbetet.

Könsfördelningen är 45 procent män (21 av 47 svarande) och 55 procent kvinnor (26 av 47 svarande), vilket antyder att det är något högre andel kvinnor som besvarat enkäten då det inom Statens institutionsstyrelse generellt råder det motsatta förhållandet bland de anställda, 55 procent män och 45 procent kvinnor (Statens institutionsstyrelse, 2018b, s. 35). Dock är det inte en så markant skillnad att det ger anledning till särskild reflektion. Däremot finns en bias i att de svarande i större utsträckning arbetar på avdelningar som tar emot enbart flickor, 60 procent (29 av 48 svaranden), medan 40 procent (19 av 48) arbetar på avdelningar som enbart tar emot pojkar. Inom SiS ungdomsvård är fördelningen av platser på avdelningar för LVU-vård generellt 29 procent för enbart flickor, 66 procent för enbart pojkar och 5 procent blandade avdelningar (Statens institutionsstyrelse, 2018b, s. 15). På grund av att få personer ingår i enkätmaterialen kommer dock inga jämförelser att göras mellan olika avdelningar. I stället betraktas webbenkäten som ett uttryck för hur personal på särskilda ungdomshem resonerar och tänker kring akut- och behandlingsavdelningar, oavsett vilken avdelningstyp de vid tidpunkten för enkäten arbetade på. Gruppintervjuerna med personal och frisvar från enkäterna tyder även på att en del har erfarenhet också av arbete på andra avdelningstyper än den de nu är verksamma på.

Webbenkäten till socialtjänsten – urval och respondenter

Webbenkäten till socialtjänsten var avsedd att nå cirka 50 svaranden i ett brett urval. I urvalet eftersökte vi nio kommuner av varierande storlek, en stadsdel i vardera tre större kommuner/städer, tre medelstora kommuner (ca 100 000–150 000 invånare) och tre mindre kommuner (mindre än 50 000 invånare).

Inledningsvis samlades kontaktuppgifter till sektionschef/er i kommunernas utredande barn- och ungdomsenheter in, via kommunens webbplats eller, om information om personal saknades där, genom kommunens växel. Därefter togs kontakt med sektionscheferna via e-post och i vissa fall också telefon, för att efterfråga e-postadresser till utredande socialsekreterare. I e-postmeddelandet bifogades information om projektet och syftet med enkäten. Där framgick det att enkäten riktade sig till socialsekreterare med ansvar för utredning och beslut om insatser till barn och unga inom socialtjänsten, och som kan komma att ställas inför bedömningar om placering på särskilt ungdomshem. I denna definition inkluderade vi utredande socialsekreterare, i.e socialsekreterare, sektionschef och liknande. Det var därmed inget särskilt krav att socialsekreteraren hade erfarenhet av att ha beslutat om placering på ungdomshem, däremot skulle hen ha en yrkesroll som innebar ett ansvar för den typen av beslut. En tanke var att det också är viktigt att belysa socialtjänstens förkunskaper och förutsättningarna för ungas placering på särskilt ungdomshem, varmed också frågor om erfarenhet av olika typer av placeringar och huruvida socialsekreteraren besökt ett ungdomshem finns med i webbenkäten till socialtjänsten. Då såväl arbetsbelastningen som personalomsättningen inom socialtjänsten varit hög under senare år och många har kort yrkeserfarenhet (se t.ex. Akademikerförbundet SSR/Novus, 2018; Socialstyrelsen, 2016; Tham, 2008), såg vi detta som en viktig aspekt att fånga.

En kommun tackade nej till att delta och ersattes med en annan kommun. Två kommuner svarade inte trots påminnelser. I slutändan erhöles e-postadresser till 109 social-

sekreterare fördelade på sju kommuner: tre mellanstora, tre mindre och en stadsdel i en större kommun. Framför allt är mindre och mellanstora kommuner representerade, då endast en stadsdel från en storstad finns representerad och därifrån inkom få e-postadresser. Urvalet har därmed påverkats av vilka kommuner vi fått svar från och sannolikt också av den selektion som sektionschefer kan ha gjort utifrån vilka e-postadresser de ansåg vara relevanta med tanke på enkätens syfte.

Enkäten skickades ut under perioden 29 november 2017 till 12 januari 2018 med tre påminnelser. Av enkätens 109 respondenter anges i enkäten att 39 personer har besvarat den. Visst internt bortfall finns då alla respondenter inte besvarat alla frågor. En person verkar inte ha besvarat någon fråga alls, varmed frågorna i realiteten besvarats av 35–38 respondenter, baserat på de frågor där antal respondenter kan utläsas (där bara ett svarsalternativ per person var möjligt). Baserat på 38 svarande har enkäten en svarsfrekvens på cirka 35 procent, vilket överensstämmer väl med medelvärdet av svarsfrekvenser på webbenkäter till organisationer (Barusch & Holtom, 2008). Av respondenterna är 31 kvinnor och sju är män, varmed kvinnor motsvarar 81,5 procent av de svarande. Bland socionomer är dock kvinnor överrepresenterade (se t.ex. Kullberg, 2006), statistik visar att 82 procent av alla förstahandssökande till socionomprogram hösten 2018 var kvinnor (5 451 kvinnor av totalt 6 675 sökande) (Universitetskanslersämbetet, 2018).

Enkäten har besvarats av socialsekreterare med olika lång erfarenhet av arbete med barn och/eller ungdomar inom socialtjänsten; av 38 svaranden uppger tio att de har ett till två års yrkeserfarenhet inom detta fält, tio anger tre till fem års erfarenhet, tolv anger 6–15 års erfarenhet och sex respondenter anger att de arbetat inom fältet 16 år eller längre. Merparten (30 informanter) har svarat att de arbetar som handläggare eller motsvarande, fem är chefer utan egna klientärenden och tre har uppgivit "annat" och angett sig som HVB-uppföljare eller 1:e socialsekreterare. Respondenterna har varierande erfarenhet av att föreslå eller besluta om placeringar av olika slag, men merparten har erfarenhet av institutionsplacering av unga. Det är 33 respondenter som anger att de har erfarenhet av att föreslå eller besluta om placering på särskilt ungdomshem, 35 har erfarenhet av att placera på HVB-hem, 23 av stödboende och 32 av placering på familjehem eller jourhem. Endast två anger att de inte har erfarenhet av någon av dessa placeringsformer. Av 38 svaranden anger 33 att de vid minst ett tillfälle besökt ett särskilt ungdomshem, men många uttrycker begränsad kunskap om hur en dag på låst akutavdelning ser ut för de unga. Av 36 svaranden instämmer nio "helt" i att de har god kunskap om detta, 15 "instämmer delvis", medan tio delvis (n=10) "tar avstånd från" detta påstående och två helt tar avstånd från samma påstående. De flesta, 36 respondenter, uppger sig ha tjänster som är inriktade mot ungdomar eller både barn och ungdomar, endast två respondenter anger att deras nuvarande tjänst är inriktad mot yngre barn. Av 39 respondenter uppger 33 att de har erfarenhet av att föreslå eller besluta om placering på särskilt ungdomshem, och 32 av 39 på just en akutavdelning.

Bearbetning och analys

Kvalitativ analys beskrivs ofta som ett ständigt jämförande av materialet där man först gör en grov tematisering eller kodning av det, för att sedan jämföra olika teman med varandra och förfina dessa samt sortera in koder under övergripande teman (se t.ex. Creswell, 2013; Lindgren, 2014). Denna process och reflektion börjar ofta redan i samband med insamlingen av det empiriska materialet, i samband med renskrivning av fältanteckningar och genom transkribering av intervjuer, och fördjupas i samband med efterföljande analys och val av teman för presentation. Creswell (2013, s. 182–183) liknar exempelvis kvalitativ analys vid en spiral där olika moment, såsom insamling av material, analys och skrivande av rapport, ofta går in i varandra och pågår parallellt. Upprepade genomläsningar av transkriptioner och skapande av teman och underteman är en viktig del i bearbetningen av materialet, liksom distans till materialet, reflektion och slutligen tolkning (Creswell, 2013). Alla intervjuer har ljudinspelats och därefter transkriberats och bearbetats och sedan tematiserats av den/de forskare som genomförde intervjuerna. Vid ungdomsintervjuerna har också transkriberingen av intervjuerna fungerat som en viktig del i analysarbetet, och de flesta intervjuer har skrivits igenom två gånger (undantaget intervjuer där det från början var klart och enkelt att följa det som sades). Som en del i bearbetningen har separata anteckningar förts i samband med intervjuernas genomförande och/eller vid utskrift av intervjuerna. Vi har arbetat med upprepade genomläsningar av intervjuutskriften, där olika teman framträtt utifrån projektets och intervjuguidens frågeställningar. Färgöverstrykningar/markeringar har också gjorts i den transkriberade texten utifrån gemensamma teman och avvikelser som framkommit i materialet. Intervjumaterialet har bearbetats/analyserats tematiskt, dels i förhållande till forskningsprojektets och respektive delstudies syfte och frågeställningar, dels i förhållande till de mönster och variationer som framkommit ur materialet i sig. Fokus har därmed varit intervjuernas innehåll, inte interaktionen intervjupersoner emellan eller hur saker uttrycks. I läsningen och bearbetningen har vi haft akutavdelningarnas praktik i fokus, och en jämförelse med behandlingsavdelningar har använts som ett komplement för att ytterligare synliggöra akutpraktiken.

I bearbetningen av materialet som helhet har vi också haft gemensamma diskussioner och möten, där intervjuer, preliminära teman och tolkningar har diskuterats gemensamt av projektets forskare och kopplingar mellan olika typer av empiriskt material har gjorts. Genom att alla forskare haft tillgång till merparten av det empiriska materialet (undantaget fältanteckningar och ungdomsintervjuer som projektledaren ensamt ansvarat för), har bearbetningen och de tematiseringar och analyser som gjorts av intervjuer med socialsekreterare, personal på ungdomshem och webbenkäterna till dessa grupper fungerat som interbedömarreliabilitet där tolkningar kunnat diskuteras och revideras. I den samlade analysen har också relevant material från webbenkäterna diskuterats och lyfts in som komplement till det kvalitativa materialet.

Etiska överväganden och metodreflektioner

Studien har etikprövats av etikprövningsnämnd, och i samband med detta har också följande prövats och godkänts: intervjuguide för de mer integritetskänsliga delstudierna som ungdomsintervjuer, guide för fältbesöksanteckningar, informationsbrev och samtyckesblanketter. I samband med all materialinsamling har deltagarna informerats om projektet som helhet, syftet med den specifika studien samt att deras deltagande behandlas med konfidentialitet – och de har fått ge samtycke. Deltagarna har även informerats om att deltagandet är frivilligt och att deras svar kommer att anonymiseras. Endast muntligt samtycke har inhämtats i samband med intervjuer med personal inom SiS och med socialsekreterare, då deras medverkan endast inneburit att de i sin yrkesroll resonerat om sitt arbete. Vid ungdomsintervjuer har även skriftligt samtycke inhämtats, likaså har både personal och unga som närvarat vid fältbesök fått ge skriftligt samtycke till att det som observerades i samband med fältbesöken fick användas i studien. Då alla ungdomar var 15 år eller äldre, har endast den unges samtycke inhämtats (jfr 18 § lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor). Det har inte framkommit några skäl för att också inhämta vårdnadshavares samtycke gällande de ungdomar som intervjuats (ibid.). Då personal på ungdomshemmen medverkat i urvalet av ungdomar till intervjuerna, genom att de vidarebefordrat informationen om forskningsprojektet och tillfrågat möjliga intervjudeltagare, är det också rimligt att anta att de ungdomar som intervjuats har haft förmåga att på egen hand förstå vad deras deltagande innebär. Ungdomsintervjuerna har transkriberats av samma forskare i projektet som gjorde intervjuerna, då informationen i dessa intervjuer rör ungdomarnas personliga erfarenheter och är av känslig natur.

Trots såväl muntlig som skriftlig information till samtliga deltagare är det svårt att i slutändan veta hur information tolkas av deltagarna och vilka förväntningar som studien eventuellt skapat hos olika aktörer. I studien på ungdomshem har vi också fått förlita oss på de intervjupersoner som tilldelats oss av kontaktpersoner på ungdomshemmen, där vi inte fullt stört över hur studien presenterats. Därför har vi också lagt oss vinn om att i samband med intervjuer och observationer både informera muntligt och dela ut skriftlig information, med kontaktuppgifter till projektledaren om frågor skulle uppstå. En etisk svårighet, som uppstår i samband med observerande fältbesök i större verksamheter, är att olika personer kan komma och gå under dagen. När ny personal har tillkommit under pågående fältbesök har forskaren informerat om varför hon var där och om projektet, och personen har fått skriva på en samtyckesblankett. I något enstaka fall gjordes detta inte, om någon aktivitet pågick som inte kunde störas. Forskaren har dock före samtliga studier, inklusive fältbesök, förmedlat skriftlig information till kontaktpersoner på institutionerna.

Fallstudiehemmen A och B, medverkande ungdomshem och kommuner, har anonymiserats i denna rapport för att försvåra identifiering av ungdomar och svarande personal och socialsekreterare. I presentation av citat från intervjumaterialet har utsagor som skulle kunna underlätta identifiering tagits bort, till exempel namn på ungdomshem och orter gällande ungas tidigare placeringar (vilket inte heller har skrivits ut i transkriberingar). För läsbarhet har också vissa mindre språkliga justeringar gjorts, där tal-

språk justerats till skriftspråk och där saker som hummanden och upprepningar av ord tagits bort. De justeringarna har också inneburit att en del specialuttryck, som kanske vanligen används av viss person, setts över, vilket bidragit till att minska möjligheterna för igenkänning av intervjupersoner. Varje intervjuperson från ungdomshem och från socialtjänst presenteras med nummer i de empiriska kapitlen när citat återges, medan ungdomarna givits fingerade namn.

Studien har överlag präglats av svårigheter att få möjlighet att genomföra de olika delstudierna, arbetet med att nå och få tillgång till empiriskt material från ungdomshem, socialtjänst och att nå intervjupersoner har här beskrivits mycket kortfattat. Svårigheterna kan till stor del förstås utifrån den belastning som vid tiden för studien rådde såväl inom SiS som i kommunernas socialtjänst, med hög personalomsättning och hög arbetsbelastning. Detta har också påverkat möjligheterna att genomföra fokusgruppsintervjuerna i kommunerna, och har inneburit att studien har fått anpassas till vad som varit praktiskt möjligt utifrån verksamheterna. På en del ungdomshem pågick andra forskningsstudier varför medverkan avböjdes. Det har också varit tidskrävande att erhålla e-postadresser till webbenkäterna som fått ske i flera steg, till exempel är det få kommuner vars webbplatser innehåller uppgifter om e-postadresser till sektionschefer inom socialtjänsten. Vilka ungdomshem som har "renodlade" akutavdelningar har också förändrats under projektets gång och kan inte utläsas av ungdomshemmens webbplatser. De ursprungliga ambitionerna för projektets material har därför kontinuerligt fått omprövas.

Studiens olika empiriska delstudier har vissa metodologiska svagheter, till exempel kan varje material sett för sig ses som begränsat i relation till antal ingående personer. Sammantaget menar vi dock att materialet kan ge en bred och god inblick i akutpraktiken på särskilda ungdomshem utifrån att det innefattar flera olika delstudier och empiriskt material där olika aktörer finns representerade: ungdomar, representanter för socialtjänsten och personal på ungdomshem. Resultaten från webbenkäter och intervjuer med personal och socialsekreterare förstärker varandra och bidrar sammantaget med variation och djup i förhållande till att belysa personalens och socialtjänstens perspektiv på akutpraktiken. Även om varje perspektiv i denna rapport presenteras för sig (socialtjänst, personal och ungdomar), som ett sätt att till respektive grupp också återföra den information och kunskap de bidragit med, menar vi att studiens främsta styrka ligger i projektets sammanlagda kunskap utifrån alla dessa perspektiv, vilket också diskuteras mer utförligt i rapportens avslutande kapitel. Det är också först i rapportens avslutande kapitel som vi gör mer analytiska tolkningar av materialet.

Kapitel 3. Socialtjänstens perspektiv

I detta kapitel redogörs för socialtjänstens perspektiv på akutavdelningarnas funktion och praktik utifrån intervjustudien med socialsekreterare och webbenkäten riktad till socialtjänsten. Kapitlet inleds med att skildra hur socialsekreterare ser på akutavdelningarnas målgrupp och innehåll, samt utifrån vilka motiv och argument deras placeringar på särskilda ungdomshem väljs och vad socialtjänsten förväntar sig av en akutplacering. Därefter redogörs för hur socialsekreterarna ser på möjligheten att påverka val av ungdomshem och avdelningstyp inom SiS, samt socialsekreterarnas syn på vårdtiden för ungdomar och hur platsbrist påverkar de unga och socialtjänstens arbete. Avslutningsvis diskuteras frågor som rör samverkan och kompetens inom och mellan SiS och socialtjänst.

Målgrupp för akutplacering på särskilt ungdomshem

Intervjumaterialet ger en bild av socialtjänstens perspektiv på akutavdelningar inom SiS och här beskrivs en målgrupp med varierande problematik. Gemensamt för alla ungdomar som placeras på akutavdelningar inom SiS är enligt socialtjänsten det akuta skyddsbehovet. En informant uttrycker det konkret som att "En akutplacering krävs utifrån att ungdomen är en fara för sig själv och även en fara för samhället" (Intervju nr 1 med socialsekreterare, individuell intervju). Sammanhängande med skyddsbehovet betonas också behovet av en låst och strukturerad miljö. I webbenkäten till socialtjänsten instämmer 34 av 38 svaranden helt eller delvis i att akutavdelningar behöver vara låsta, endast en tar delvis avstånd från påståendet och tre svarar "vet ej". I webbenkäten anger också 30 av 38 svaranden att de instämmer helt eller delvis i att rymningsbenägna unga inte bör tillåtas att lämna akutavdelningen de första fyra veckorna.

Samtidigt talar socialsekreterarna i intervjuerna främst om *akutplacering*, inte *placering på akutavdelning*, vilket tyder på att akutplacering inte likställs med placering på just akutavdelning. Snarare är det just läsbarheten och de befogenheter som finns på alla avdelningar inom den statliga ungdomsvården som primärt efterfrågas när situationen blir akut.

Socialsekreterare 8: Akut skyddsbehov skulle man väl kunna säga och grov kriminalitet, missbruk eller annan omfattande beteendeproblematik. Väljer vi akutplacering så tänker vi ju att det måste vara nu, här och nu. Högt skyddsbehov, det krävs inläsning, vi tänker att

det är ungdomar som inte platsar i annan verksamhet. Det är då vi använder SiS.

Socialsekreterare 9: Ofta kan man väl säga att det är ungdomar som är så pass i missbruket att de tänker inte klart längre utan vi måste stoppa dem för att få tag på dem. Annars försöker vi ju jobba frivilligt så länge det går. (Intervju nr 4 med socialsekreterare, gruppintervju)

En annan informant uttrycker i likhet härmed att det oftast handlar om omedelbara omhändertaganden där brist på andra placeringsalternativ saknas.

Socialsekreterare 2: Antingen så är det när det har varit ett missbruk och man måste gå in (...) med ett omedelbart omhändertagande. Eller (om) någon varit på ett annat HVB-hem, avvikit, blivit lyst, blivit utskrivet och så blir det tillbaka till kanske en akutavdelning om det inte finns en behandlingsavdelning eller om det är för (en) kortare tid. Sen är det ju de som har blivit dömda för brott, alltså omfattande kriminalitet, om det inte kan vänta. Oftast är det de som har blivit omedelbart omhändertagna. (Intervju nr 2 med socialsekreterare, individuell intervju)

Ett tydligt mönster är att socialtjänsten ser placeringar på SiS institutioner som en sista utväg, en insats som de tar till när alla andra (öppna) alternativ inte längre fungerar. I en intervju beskrivs till exempel hur placeringar på akutavdelning sker i "högriskären" och först när alla andra vårdformer har testats.

Socialsekreterare 1: Socialtjänsten tänker hela tiden på att undvika placering, särskilt när det gäller SiS-placeringar, utifrån att en placering, det är ändå, när det gäller just SiS-placering på något sätt ett sammanbrott av öppna insatser som inte funkar. (...)

I vissa fall är man tvungen att ta till den här insatsen som är en massiv intervention i individens liv, och det kan ge motsatt effekt, långsiktigt motsatt effekt. (...) Så en placering på SiS är ändå ett risktagande. (...) (Intervju nr 1 med socialsekreterare, individuell intervju)

Placeringar, och i synnerhet placeringar på särskilda ungdomshem, beskrivs och betraktas därmed av socialsekreterare överlag som en sista utväg när inget annat fungerar, vilket också tidigare studier visat (se t.ex. Emerson, 1981; Enell, 2015; Levin, 2017; Ponnert, 2007).

Olika motiv och argument för placering på akutavdelning

När det gäller placering på just akutavdelning inom SiS framträder lite olika bilder av huruvida det är ett medvetet val eller om det i realiteten är tillgång till platser inom SiS som styr "val" av avdelningstyp. Några menar också att det är ett krav från SiS att först placera på akutavdelning. Detta krav finns inte i några formella regler, men uppfattningen av att det är så är tydlig hos en del av de intervjuade från socialtjänsten.

Akutavdelning för respit – tid för kartläggning och ger socialtjänsten rådrum

En dimension som framkommer är att akutplaceringen ur socialtjänstens perspektiv innebär en tid för reflektion och att de därmed kan få tid att fundera på vilka behov av fortsatta insatser som krävs, samtidigt som den unges akuta skyddsbehov tillgodoses. Flera beskriver hur placeringar på akutavdelningar kan göras i avvaktan på något annat – ofta osäkert vad – och att de kan användas för att få råd inför nästa steg.

Socialekreterare 3: Det kan vara lite olika anledningar. Akutplaceringar kan ju behövas när det finns (ett) akut skyddsbehov. (...) Och det kan vara psykisk ohälsa eller det kan vara kriminalitet eller vad som helst egentligen. Och är det så akut, och man inte vet så mycket om ungdomen, då kan det vara att man sätter dem på akutplatserna också för att få lite råd. För att fundera, ska vi ha utredningsplacering kanske på den här eller behandling. Men han måste placeras. Så om man är överens om det då kan man kanske använda akutplatsen. (Intervju nr 3 med socialekreterare, gruppintervju)

Placering på akutavdelning kan därmed ses som ett medel när socialtjänsten har begränsad kunskap om den unge, mer än att hen har ett akut skyddsbehov, och när det är oklart om vidare utredning som behandlingsplanering inom SiS kommer att krävas. Akutplaceringen erbjuder då ett stopp på den unges beteende, samtidigt som socialtjänsten ges tid att fundera på fortsatta insatser.

”Man får ta den plats man får” – akutavdelning på grund av kötider och platsbrist

I både webbenkäten och intervjustudien med socialtjänsten framkommer en återkommande frustration i förhållande till den mycket påtagliga platsbrist som vid tiden för studien rådde inom SiS. Platsbristen beskrivs medföra långa väntetider, inte bara inför en akutplacering utan också inför vidare placeringar på till exempel en behandlingsavdelning. Platsbristen beskrivs därigenom skapa en utdragen vårdtid för många placerade ungdomar och leder till en situation där akutavdelningar kan fungera som förvaring av den unge i låst vård i väntan på annan plats inom SiS, till exempel på behandlingsavdelning. Platsbristen, tillsammans med upplevelsen av att olika SiS-institutioner är av mycket varierande kvalitet, leder också till en frustration över att inte kunna påverka val av placering – eller annorlunda uttryckt, att inte kunna ”matcha” plats med individuella vårdbehov hos de unga, vilket illustreras i följande två uttalanden från respondenter i enkätstudien.

Eftersom det ständigt är överbelagt och köer är det svårt att matcha utifrån ungdomens behov, utan det blir snarare att ”ta det man får”. (Webbenkät svar, respondent socialtjänsten)

Då SiS köer till både akut-, utrednings- och behandlingsplatser är mycket långa så sker det ingen matchning klient-behandling. Man får ta den plats som blir ledig. (Webbenkät svar, respondent socialtjänsten)

Platsbristen beskrivs också medföra att alla ungdomar måste till akutavdelningar först, även i de fall socialtjänsten hade önskat en annan placering direkt (t.ex. en behandlingsplats).

Socialsekreterare 2: De flesta placeringar blir ju en akutplats först, för det är sällan som det är plats på behandlingsavdelningarna. Där är lång kö. (...) Men är det en person som har haft sitt LVU ett tag och kanske varit på olika öppna placeringar så kan man ju söka en behandlingsplacering direkt i stället. Men det är väl ett halvårs väntan. (Intervju nr 2 med socialsekreterare, individuell intervju)

Därmed framträder också bilden av placering på akutavdelningar som något annat än ett medvetet val från socialtjänstens sida, de får helt enkelt ta plats på den avdelning där plats erbjuds, oavsett om den unge egentligen anses behöva plats på akutavdelning, utredningsavdelning eller behandlingsavdelning. Här framkommer att det är det akuta skyddsbehovet och behovet av inlåsning som är det som primärt efterfrågas från socialtjänsten vid akuta placeringar, då man från socialtjänstens håll är villig att ta "den plats man får". Samtidigt efterfrågas också en differentierad vård där möjlighet finns att välja plats mer utifrån den unges behov.

Akutavdelning som första anhalt inom SiS – ett krav från SiS?

I intervjuer med socialsekreterare framkommer också att en del av dem har en bild av att det är en regel eller ett krav från SiS att alla ungdomar först passerar inom en akutavdelning vid placering.

Socialsekreterare 4: På SiS måste de ju komma till akut först, de får ju inte komma till något annat innan. Så även om de ska till utredning eller behandling så placeras de ju på akuten då, för de vill ju kontrollera för allting. Så alla som ska till SiS hamnar ju på akut.

Socialsekreterare 5: Jo det har nog blivit mest så nu med tanke på att det inte finns några behandlingsplatser. Innan kunde vi ju få en ungdom direkt till en behandlingsavdelning, men nu finns ju inte behandlingsplatser så de måste ju till akut för att kunna komma till en behandling. (Intervju nr 3 med socialsekreterare, gruppintervju)

I intervjun diskuterar socialsekreterarna att de har lite olika erfarenheter gällande detta, någon har erfarenhet av att få placera en ungdom på behandlingsplats direkt, utan föregående akutavdelning, medan någon uppfattar det som att SiS alltid placerar den unge på akutavdelning först. En socialsekreterare resonerar också om att de olika erfarenheterna kan ha sin grund i den aktuella platsbristen.

Socialsekreterare 4: Ja för alla de placeringar jag har haft på SiS så har de sagt exakt samma. Om de ska till behandling måste de till akut först. (Intervju nr 3 med socialsekreterare, gruppintervju)

Här framkommer en viss osäkerhet om vad som gäller då socialsekreterarna fått olika besked från SiS.

Socialsekreterare 6: För då är det egentligen två olika grejer. Då är det en "jag har ett akut behov av ett omhändertagande och skydd av den här ungdomen" eller "jag har ett behov av att kolla att ungdomen passar i behandlingsinsatsen" låter det som.

Socialsekreterare 5: Och det här blir ju lite svårt när SiS säger olika till olika personer. Alltså man får olika ... det blir lite problematiskt då.

Socialsekreterare 6: Så nu är vi lite förvirrade.

Socialsekreterare 3: Jag med.

Socialsekreterare 4: Ja verkligen. (Intervju nr 3 med socialsekreterare, gruppintervju)

De verkar dock eniga i att placering på akutavdelning då kan handla om annat än skydd och vård av den unge från SiS perspektiv: att krav på en akutavdelningsplacering snarare fungerar som ett "test" på om placering på behandlingsavdelning skulle kunna fungera för ungdomen ifråga. I den aspekten kan man tala om att akutavdelningarna kan fungera som respit för såväl socialtjänst som för SiS och som ett sätt att erhålla mer information om den unge, samtidigt som det akuta skyddsbehovet kan tillgodoses genom placering på låst akutavdelning.

Förväntningar på akutavdelningarna – kartlägga, skapa struktur, motivera och låta den unge landa

Socialtjänsten har relativt samstämmiga förväntningar på akutavdelningarnas verksamhet. Återkommande förväntningar på akutavdelningarna handlar om att de ska erbjuda kartläggningar av ungdomarnas problematik och vårdbehov, en möjlighet för ungdomarna att "landa", samt att de ska etablera en tydlig struktur med regler, ramar och rutiner att förhålla sig till. I webbenkätstudien svarar 34 av 37 respondenter att de instämmer helt eller delvis i påståendet "Det är viktigt att unga på akutavdelningar följer ett strukturerat schema". Samtidigt instämmer 26 av 38 respondenter helt eller delvis också i påståendet att "Det är viktigt att unga på akutavdelningar får tid att landa och inte har krav på sig att delta i schemalagda aktiviteter". Detta skulle kunna tolkas som att det både finns en förväntan på viss struktur och på anpassad omsorg. I en intervju beskrivs akutavdelningarnas verksamhet som en form av "inskolning" i rutiner.

Socialsekreterare 1: Som jag liksom förstår det är akutavdelningar eller akuta avdelningar, de är bra på att återskapa struktur och ramar i vardagen. Många av de ungdomarna som är placerade på akutavdelningar har haft jättestort problem med just det här, strukturer och ramar och så vidare, alltså de lever vilda västern. Jag menar för att du ska kunna gå i skolan krävs det att du kan stiga upp i rätt tid, äta ordentligt och det är upprepningen, att allting sker på en viss tid. Det är just det strukturskapande som man blir inskolad i, rutiner, så det tycker jag är en poäng med akutavdelningar. (Intervju nr 1 med socialsekreterare, individuell intervju)

Socialsekreteraren ovan ställer sig även frågande till i vilken mån det egentligen går att benämna socialtjänstens uppdrag till en akutavdelning för ett formellt vårduppdrag:

Socialsekreterare 1: Uppdrag, ja om det finns ett uppdrag då är det inte på akutavdelning. Du är på akutavdelning för att vi inte kan hantera vad du gör och vi behöver tid för att under tiden hitta någonting där vi kan skraddarsy uppdraget utifrån ditt problem.

Intervjuare: Och då kan uppdraget se annorlunda ut på till exempel en behandlingsavdelning?

Socialsekreterare 1: Absolut, absolut, då är det något helt annat. Här är uppdraget i första hand att du ska komma ner på fötter, du ska landa, du äger inte hela världen utan det finns regler. Du ska in i reglernas värld, samhällets krav på dig och så vidare. Om det är ett uppdrag då är det det som är uppdraget. Men jag tycker alltså det, det är implicit i och med att vi placerar någon på en akutavdelning med låsbarhet. (Intervju nr 1 med socialsekreterare, individuell intervju)

Utöver regel- och strukturskapande framkommer förväntningar på akutavdelningarna att erbjuda kartläggning och skydd samt att arbeta med den unges motivation.

Socialsekreterare 3: Ofta är det en form av kartläggning. Kartlägg det här. Ungdomen ska landa, ska lugna sig, kanske motiveras till nästa steg, ofta behandling. (Intervju nr 3 med socialsekreterare, gruppintervju)

Förväntningarna på kartläggning tyder på att det kan finnas förväntningar på att få mer information om den unge från akutavdelningarna, även om det inte finns något tydligt utredningsuppdrag. Samtidigt betonas aspekter som skydd och motivation som det som huvudsakligen förväntas av akutavdelningar och att det inte finns några förväntningar på att behandling ska ges på akutavdelningar.

Intervjuare: Vad tänker ni att akutavdelningarna egentligen ska arbeta med? Alltså på vilket sätt?

Socialsekreterare 8: Skydd och motivation. Då är jag nöjd. Om de gör det med omtanke och värdighet och intresse, då är vi nöjda. Vi har inte högre krav än så på en akutplats. Det är unga som kommer direkt in från gatan, de hamnar med andra unga i samma situation. Men ett värdigt, gott bemötande och skydd och motivation, så är vi jättenöjda. Då är vi nöjda, vi kräver inte mer. (Intervju nr 4 med socialsekreterare, gruppintervju)

Som skildras i citatet ovan, understryks också vikten av ett gott bemötande av flera socialsekreterare.

Konsekvenser av långa vårdköer och platsbrist för socialtjänst och för unga

Långa vårdköer inom SiS framhålls som en stor risk för de ungdomar som är i behov av akut placering. I förlängningen handlar det om att socialtjänsten inte anser sig kunna leva upp till de krav som ställs gällande att tillgodose de skyddsbehov ungdomarna

har, och att de i realiteten kan behöva avvakta med att göra ett omedelbart omhändertagande enligt LVU (6 § LVU) på grund av att de inte har någonstans att placera den unge, eller försöka med andra tillfälliga lösningar såsom placeringar på öppna HVB¹² eller öppenvårdsinsatser. Lagen anger att den unge alltid ska placeras utanför det egna hemmet när LVU-vård inleds (11 § LVU).

Socialsekreterare 4: Problemet är väl om vi har ett LVU och så då ska vi ha en plats till dem och så har vi ingen plats. Då blir det ju jättebesvärligt.

Socialsekreterare 7: Frågan är ju liksom då, vem bär ansvaret om ungdomen tar livet av sig tänker jag.

Socialsekreterare 6: Eller har ihjäl någon annan.

Socialsekreterare 7: Ja eller om det händer, ja vad det än händer ...

(..)

Intervjuare: Så man får avvakta bara?

Socialsekreterare 3: Plats.

Socialsekreterare 5: Ja, för jag tror att för många nu, då handlar det liksom om att man egentligen överväger att det behöver vara ett LVU men risken att ta ett LVU är större eftersom där inte finns någon plats. Därför avvaktar man och så tar man inget LVU.

Socialsekreterare 6: Så väntar man med det.

Socialsekreterare 3: Det är ganska riskfyllt.

Socialsekreterare 5: Det är livsfarligt, och det är det som vi har gjort mycket anmälningar på när det inte har funnits SiS. Och vi inte har kunnat göra ett, vi har alla kriterier för ett omedelbart LVU men vi kan inte ta det för då blir det större fara. Och det är otäckt. (Intervju nr 3 med socialsekreterare, gruppintervju)

Socialtjänsten har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för att ungas behov av insatser tillgodoses (2 kap. 1 § SoL) och kan också dömas för tjänstefel vid oaktsamhet i samband med myndighetsutövning om en handling eller underlåtenhet innebär att någon ålagd uppgift åsidosätts (20 kap. 1 § BrB). Att inte kunna ta detta ansvar på grund av omständigheter de inte känner att de kan rå på väcker därmed stor oro. I en annan intervju beskrivs hur platsbristen medför ansträngningar från många inblandade parter att hantera en akut situation i väntan på en akutplats, exempelvis att det läggs stort ansvar på anhöriga, något som samtidigt innebär att socialtjänsten inte kan utföra sitt yttersta uppdrag – att skydda.

Socialsekreterare 9: Vi kan inte skydda och vårt yttersta jobb, det är ju att skydda. Så vi kan inte skydda, det är fruktansvärt tycker jag. (Intervju nr 4 med socialsekreterare, gruppintervju)

¹² HVB är förkortning för hem för vård eller boende, och avser ”hem inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende” (3 kap. 1 § SoF). Särskilda ungdomshem är rättsligt att betrakta som en form av HVB som drivs av staten, men ofta används begreppet HVB primärt för de öppna HVB som drivs av kommuner eller privata aktörer för barn och vuxna inom socialtjänsten. Äldreboende och boende för personer med funktionshinder ingår inte i definitionen av HVB.

En respondent i webbenkäten till socialtjänsten liknar den aktuella platsbristen inom SiS vid ett haveri.

Det känns som SiS helt har havererat. Det kan inte vara en månads kö på en akutplats då ungdomar håller på att dö! Plats behövs ofta samma dag. Vi har fått köpa in extra väktarvakning på t ex öppet HVB i avvaktan på låst plats vilket blir helgalet för alla inblandade. Det blir en oerhörd stress när man vet att det inte finns platser. (Webbenkätssvar, respondent socialtjänsten)

Socialsekreterare framhåller att det blir svårt att uppnå trovärdighet i arbetet om plats på särskilt ungdomshem inte kan erbjudas när behov finns, samt att det blir en risk för andra ungdomar när ungdomar som anses vara i behov av låsbar vård inom SiS måste vara kvar på öppet HVB som saknar de särskilda befogenheter som finns inom SiS. Risker för de unga själva i form av misslyckanden vad gäller att vara kvar i en vårdform som inte passar dem, öppet HVB, lyfts också fram i intervjuer. För ungdomarna på akutavdelningarna framhålls också riskerna för att tiden på akutavdelningen blir längre än avsett. Platsbristen föreligger, enligt socialsekreterare, inte enbart avseende akutplatser utan uppges vara mycket omfattande även avseende utrednings- och behandlingsplatser, vilket beskrivs medföra negativa konsekvenser för motivationen hos de unga och riskera att leda till att vårdtiden blir onödigt utdragen.

Idag finns en väntetid på flera veckor för en akutplats inom SiS vilket är förödande för många unga. Platsbristen ger sedan en kö på flera månader till en behandlingsavdelning vilket tyvärr inte gör att den unge är motiverad eller får den hjälp de behöver. Placering inom SiS fungerar bäst om det är under begränsad tid med gott innehåll och idag ser vi en förvaring och "väntan" som höjer återfallsrisken betydligt. (Webbenkätssvar, respondent socialtjänsten)

I en intervju menar socialsekreterarna att de på grund av platsbristen inte längre styr över den unges vårdtid på akutavdelning.

Socialsekreterare 9: Vad vi än bestämmer så styr vi ju inte datumet. Så då kan det bli länge på en akutavdelning.

Socialsekreterare 8: Och det är ju fruktansvärt. Det är fruktansvärt illa hanterat med ungdomarna. Bara gå och vänta. (Intervju nr 4 med socialsekreterare, gruppintervju)

Samtidigt menar en socialsekreterare i en annan intervju att de unga kan påverka vårdtiden genom att sköta sig, vilket kanske snarare bör förstås som en påverkan som är möjlig givet att vårdkedjan i övrigt fungerar.

Socialsekreterare 1: Ja alltså de har jättemycket inflytande om de är medvetna om att allting ses och räknas. Motsvarar du klockrent de här reglerna och rutinerna, då finns det ingen anledning att du är kvar där. (Intervju nr 1 med socialsekreterare, individuell intervju)

I både intervju- och enkätmaterialen lyfts den begränsade möjligheten att få akut plats inom SiS i rätt tid och den begränsade möjligheten att välja behandlingsplacering fram

som problem i relation till att matcha de ungas skydds- och vårdbehov samt motivation, exempelvis uttryckt på följande vis av två respondenter som besvarat webbenkäten.

SiS fungerar inte då det är över 4 veckors kö till en akutplats för pojkar. SiS behandling fungerar inte för det är 8 månaders kö och då får man ofta ta det som erbjuds. (Webbenkät-svar, respondent socialtjänsten)

Motivation och behov är färskvaror också för dessa ungdomar. (Webbenkät-svar, respondent socialtjänsten)

I webbenkäten till socialtjänsten instämmer 21 av 37 svaranden helt eller delvis i att ungdomar som placeras akut bör placeras direkt på behandlingsavdelning (inte akut-avdelning) för att undvika omplaceringar, medan tolv tar helt eller delvis avstånd från samma påstående (fyra svarade "vet ej"). Någon menar att behandlingsplats direkt skulle kunna vara ett sätt att bättre tillmötesgå ungas motivation i vissa fall, då unga annars riskerar att tappa i motivation om de blir kvar för länge på akutavdelning.

Jag önskar att man specialiserade sig mer på olika behandling men då behöver man också kunna få välja SiS-plats och köerna till plats behöver bli mycket kortare. (Webbenkät-svar, respondent socialtjänsten)

Behöver inte vara negativt att flytta från akut till behandling men blir bekymmer när de hinner "boa" in sig för länge för att det är kö till andra platser. Vissa skulle behöva behandlingsplats direkt för att inte tappa i motivation. (Webbenkät-svar, respondent socialtjänsten)

Av webbenkäten framgår också att 35 av 37 svaranden instämmer helt eller delvis i att den unge bör kunna erbjudas behandlande inslag på akutavdelning. Ingen tar avstånd från detta påstående, men två har svarat "vet ej". Svaren i webbenkäten och intervjuer kan tolkas som att socialsekreterare ser kötider och platsbrist inom SiS som ett problem för de ungas skydd och motivation, samt att mer specialiserad behandling och fler behandlingsavdelningar efterfrågas för att de unga ska komma vidare tidigare och att deras motivation på så sätt skulle kunna tas tillvara bättre.

Även risker med alltför korta vårdtider lyfts dock fram i både intervju- och enkät-materialet, delvis sammanhängande med platsbristen och en av socialtjänsten upplevd vilja hos SiS att "bli av med klienter". De förklaringar som ges till varför SiS ibland upplevs vilja bli av med klienter för snabbt skiljer sig delvis åt. Följande informant beskriver hur akutavdelningar inte tyckt sig kunna hantera vissa ungdomars problematik.

Socialsekreterare 2: Ibland så är kanske klienten inte så önskvärd heller. Det senaste året i alla fall så har det varit en del problem med att man vill ha ut dem ganska snabbt. (...) Det har varit många klienter som har blivit omplacerade för att den första akutavdelningen inte har tyckt sig kunna hantera problemet. Och så har de skickat till en annan akutavdelning och sen har de tyckt ungefär samma sak, att det blir för stökigt här. (Intervju nr 2 med socialsekreterare, individuell intervju)

Andra respondenter pekar i stället på ett tryck att bereda plats åt fler ungdomar.

Upplever mer på senare tid att SiS verkar vilja bli av med ungdomar. De ser dem som färdigbehandlade för tidigt och sedan återfaller ungdomen. Kan bero på att det finns ett tryck om omsättning utifrån kö. (Webbenkät svar, respondent socialtjänsten)

En socialsekreterare lyfter även fram att det också inom socialtjänsten eftersträvas korta placeringar på akutavdelningar, något personen ifråga samtidigt kunde se risker med.

Socialsekreterare 2: Att komma in på en akutavdelning och kanske vara där i tre veckor och sen komma ut, då har ju ingenting förändrats mer än att de tycker att "nu har jag fått en till grej på min meritlista, jag har varit omhändertagen, jag har varit inlåst, titta jag är redan ute." (...) Så korta placeringar kan gå väldigt fel. (Intervju nr 2 med socialsekreterare, individuell intervju)

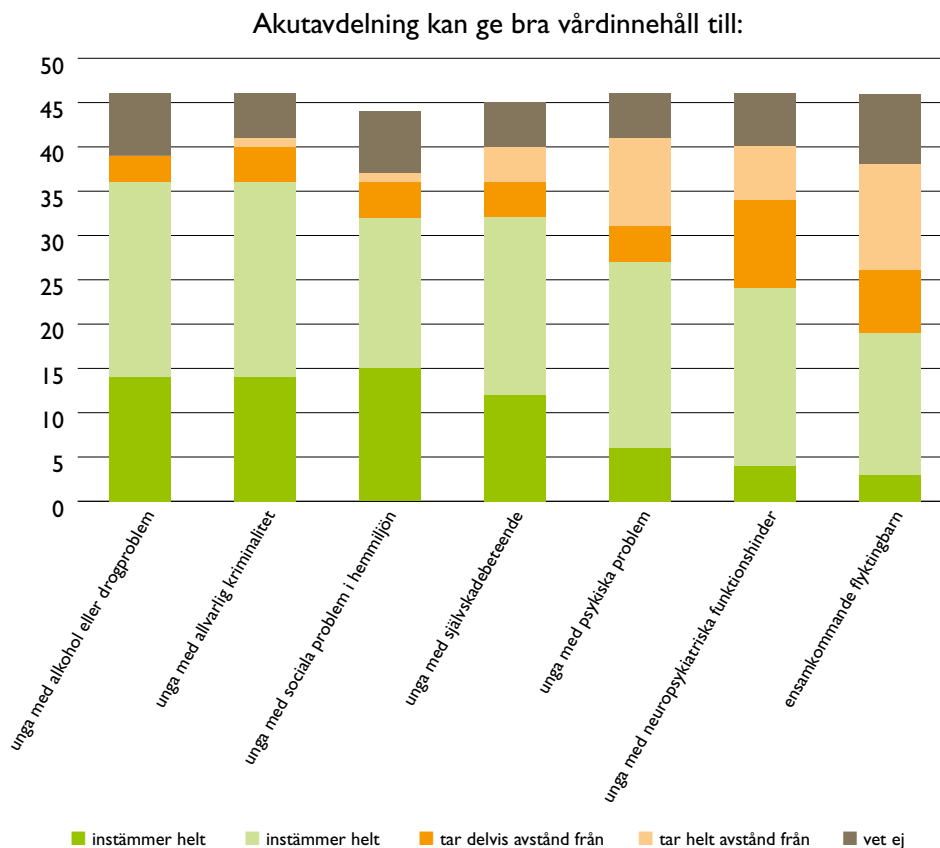
Sammantaget kan platsbrist och kötider inom SiS utifrån socialtjänstens perspektiv medföra flera olika typer av problem vad gäller socialtjänstens förmåga att skydda den unge och leva upp till det ansvar som ålagts dem, samt medföra att den unge blir kvar för länge på olika avdelningar, eller knuffas ut i förtid.

Olika målgrupper inom SiS och samverkan med andra aktörer

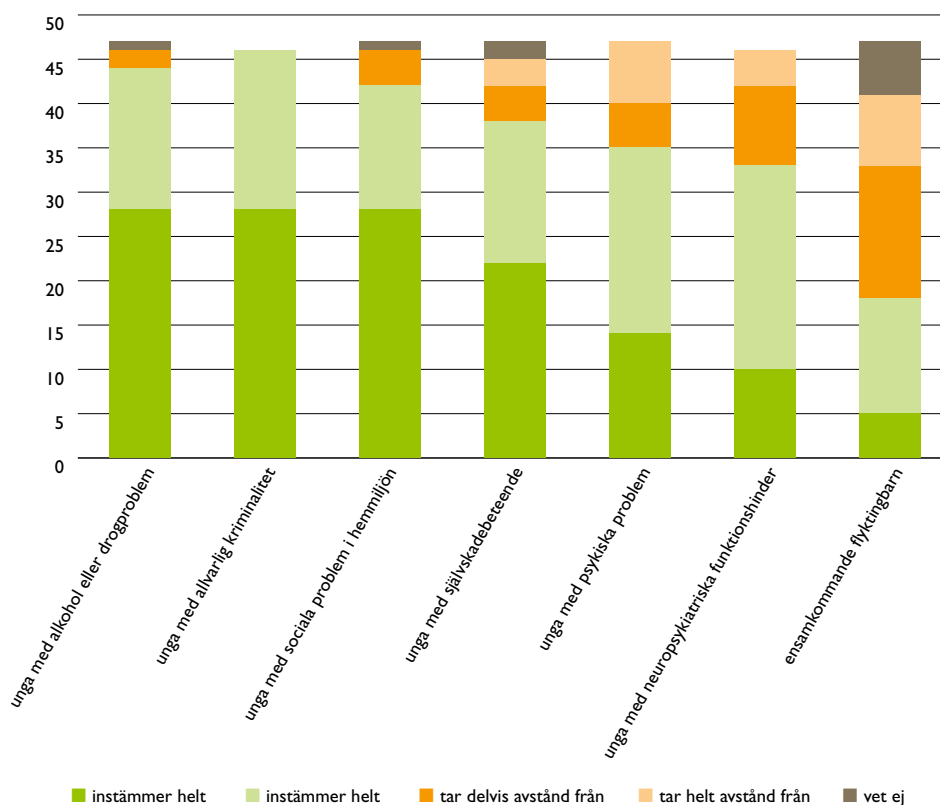
Av webbenkäten till socialtjänsten framgår att socialtjänsten inte har särskilt höga förväntningar på vårdinnehållet på akutavdelningar, oavsett problematik hos målgruppen och särskilt inte avseende psykisk problematik. Diagram 1 nedan visar att förväntningarna på ett "bra" vårdinnehåll ökar i förhållande till behandlingsavdelningar, särskilt avseende målgrupperna unga med alkohol- eller drogproblem, allvarlig kriminalitet och sociala problem i hemmiljön. Tydligt är också att det råder stor osäkerhet kring huruvida ett gott vårdinnehåll kan ges till ensamkommande flyktingbarn, både avseende akutavdelningar och behandlingsavdelningar.

DIAGRAM I:

Socialtjänstens syn på akut- och behandlingsavdelningars förmåga att ge ett bra vårdinnehåll till olika målgrupper.



Behandlingsavdelning kan ge bra vårdinnehåll till:



Svårigheter förknippade med målgruppen unga med psykiska problem återkommer i flera intervjuer liksom i enkätmaterial, och beskrivs som sammanhängande med gränsdragningsproblem mellan socialtjänsten, SiS och BUP (och placeringar enligt LVU respektive LPT). En respondent i enkätstudien beskriver till exempel att det "glappar" mellan berörda instanser.

Vad jag sett har det fallit när det kommer till psykisk ohälsa och neuropsykiatriska funktionshinder, speciellt autism och emotionell instabil personlighetsstörning. Det glappar mellan BUP och soc och barn som borde vara omhändertagna av BUP hamnar på SiS. Då det kommer till ensamkommande har jag erfarenhet av att de barn som varit under SiS vård slutat ha ett normbrytande beteende. (Webbenkät svar, respondent socialtjänsten)

En annan respondent beskriver situationen relaterad till bland annat platsbrist inom BUP.

Hög personalomsättning på viss kompetens, SiS är inte BUP och BUP har inte platser. Stora brister för barn med funktionsnedsättningar i kombination med annan social problematik, de hamnar på SiS men jag är inte säker på att det är det bästa. (Webbenkät svar, respondent socialtjänsten)

I såväl intervjuer som enkätsvar framträder därmed bilden av att vissa målgrupper hamnar inom SiS trots att de kanske inte hör hemma där, delvis på grund av att det också råder platsbrist inom psykiatrin och BUP. Samtidigt framhålls problem inom både SiS och socialtjänsten vad gäller kompetens och personalomsättning som medför en utsatt situation för ungdomar i behov av vård.

Kvalitet och kompetens inom SiS och socialtjänst – förutsättningar för samarbetet
Socialtjänsten upplever kvaliteten och kompetensen inom SiS som mycket skiftande mellan olika personal, institutioner, akutavdelningar och avdelningsformer.

Socialsekreterare 1: Det är varierande rakt av, (jag) måste säga att det beror på, från plats till plats. Vissa har otroligt bra kompetens (...), men sen finns det ställen där kompetensen är så låg att egentligen borde de inte ha verksamhet. (Intervju nr 1 med socialsekreterare, individuell intervju)

Ibland är det generella utsagor om avdelningarna som görs, men det förekommer också att socialtjänstens representanter menar att kompetensen varierar stort bland personalen liksom mellan hur man bedriver verksamheten på olika akutavdelningar. Hur samarbetet med SiS fungerar beskrivs också kunna skilja sig åt mellan olika ungdomshem.

Socialsekreterare 4: Det beror helt på institutionen, vissa är jättebra på att höra av sig, andra sköter sig själva.

Socialsekreterare 5: Andra vill inte att vi ska lägga oss i och vissa är mer sådär att de ska förklara på lite dagisnivå. (...)

Socialsekreterare 3: Ja de ska meddela när det händer någonting speciellt på SiS, en incident. Ibland får vi det ganska omgående, ibland får vi det inte alls, får höra från föräldrarna kanske. Det är lite pinsamt att vi inte vet om vad som har hänt.

Socialsekreterare 5: Ibland får man reda på att de har fått en behandlingsplats för två veckor sedan och redan flyttat. Hoppsan! (Intervju nr 3 med socialsekreterare, gruppintervju)

I citatet ovan ges exempel på att ungdomar flyttats till annan avdelning inom SiS och att socialtjänsten inte fått reda på det förrän i efterhand. Det framträder alltså olika erfarenheter av hur samarbetet mellan socialtjänsten och SiS fungerar, vilket delvis hänger samman med den variation i kvalitet och kompetens som socialtjänsten påtalar mellan olika akutavdelningar, avdelningsformer och personal inom SiS. Förväntningarna på konkret vårdinnehåll på akutavdelningar är lägre än på behandlingsavdelningar, vilket visar sig i utsagor som: "Akut kan vi ju bara förvänta oss att de ska ha ett hyfsat bemötande mot ungdomarna" (intervju nr 4 med socialsekreterare 9, gruppintervju) och som nedan från samma intervju.

Socialsekreterare 8: Motiverande samtal ska där ju vara. Det är ju en del av akutplatsen också. Det är väl det jag tycker jag förväntar mig, att de försöker (få) ungen att tänka anorlunda än vad den gjort hittills och kunna se konsekvenserna av det man har gjort. Försöka se sig själv i ett sammanhang. Varför blev det som det blev, varför hamnade jag här? (Intervju nr 4 med socialsekreterare, gruppintervju)

Förväntningarna på behandlingsavdelningarna uttrycks i stället i termer av kvaliteten på behandlingen. Där framkommer utsagor som följande:

Socialsekreterare 8: Där finns ställen som har mer behandlingsinslag men de flesta behandlingsställen är inte jättehög grad.

Socialsekreterare 9: Nej. Jag har haft två nu på Multifunc, där är ju, där driver de ärendet framåt målinriktat, och på andra ställen har det bara varit, man placerar dem där och så kollar man av hur det går och så hamnar man i lite samtal och så va: "Men ja, nu har du varit här så här länge, nu får vi tänka nästa steg." Men vad är då behandlingen?

Socialsekreterare 8: Det de säger är behandling det är ju MI och det är ju ingen behandlingsmetod i sig. Det är bara ett sätt att bemöta och motivera. Och det är väl i och för sig viktigt också, att medan man har dem i förvar, att man motiverar dem. Försöker hitta, vad är möjligt. Men det är ju ingen behandling. (...) Nej så behandlingsinnehållet skiftar rätt mycket. (Intervju nr 4 med socialsekreterare, gruppintervju)

Ett problem som lyfts fram är hög personalomsättning och sänkta utbildningskrav på behandlingspersonal inom SiS.

Socialsekreterare 8: Det är hög omsättning på behandlingspersonalen. (...) Det provocerar mig apropå SiS, att man har sänkt utbildningskraven på de som ska jobba inom SiS.

Socialsekreterare 9: Med de svåraste ungdomarna.

Socialsekreterare 8: Med de svåraste, mest aggressiva, trasiga ungarna. (...) Och det betyder ju att man har jättesvårt att rekrytera personal, men vi behöver ju liksom inte bara muskler och ingen hjärna. Vi behöver ju gott bemötande. Så kan du ju faktiskt hantera många situationer utan att använda musklerna. (Intervju nr 4 med socialsekreterare, gruppintervju)

Merparten av informanterna från socialtjänsten har lång utredningserfarenhet och flertalet arbetar på specialiserade placeringstjänster. Samtidigt lyfter de fram att bilden ser annorlunda ut om man ser till socialtjänsten i stort: att det i likhet med SiS råder stora variationer mellan olika kommuner. Variationerna handlar exempelvis om skilda förutsättningar för specialisering (t.ex. ifråga om förekomsten av specialiserade placeringstjänster) och att det råder hög personalomsättning inom många kommuner vilket sammantaget medför stora brister ifråga om erfarenhet, kompetens och kontinuitet också inom socialtjänsten.

Socialsekreterare 9: Vi har utredare här som, ja de flesta har mindre än ett års erfarenhet av socialt arbete. En ung skara människor och de gör så gott de kan. Vi har också samtidigt haft en pålaga på oss, kan man ju säga, att vi ska göra sådana här snabbutredningar. De två sista ärendena jag har fått så har jag tittat tillbaka i dokumentationen och då är det liksom utredningar som är, inte skräckscenariet då men ändå. (...)

Socialsekreterare 8: Sammantaget två A4-sidor.

Socialsekreterare 9: Ja, på en ungdom vi helt plötsligt får akutplacera på SiS för ett massivt missbruk, allt ...

Socialsekreterare 8: Det är en kombination av ung, oerfaren personal och hög arbetsbelastning som gör att det blir så. (Intervju nr 4 med socialsekreterare, gruppintervju)

De socialsekreterare som intervjuades hade samtliga erfarenhet av utredningsansvar gällande barn och unga inom socialtjänsten. Vid intervjutillfället arbetade alla utom en på specialiserade tjänster inriktade mot just placeringsärenden för barn och unga. Det innebar att de på olika sätt arbetade mer avgränsat med placeringsärenden. I de båda gruppintervjuerna ansvarade deltagande socialsekreterare inte för den initiala utredningen utan övertog i stället utrednings- och uppföljningsansvaret i samband med att en placering aktualiserades. I en intervju var personen placeringssamordnare och erbjöd olika former av stöd till utredningsansvariga socialsekreterare. Den socialsekreterare som inte hade en specialiserad tjänst var utrednings- och uppföljningsansvarig för barn och unga inom socialtjänsten, vilket inbegrep placeringsärenden men också många andra ärendetyper. I intervjumaterialet lyfts ett flertal – men delvis varierande – fördelar fram med specialiserade placeringstjänster inom socialtjänsten, såsom till exempel möjligheten att diskutera svåra placeringsärenden i en specialiserad grupp med lång erfarenhet, eller möjligheten att fokuserat kunna arbeta med (bara) placeringsärenden och därmed erbjuda kontinuitet och att det ger bättre möjligheter att besöka ungdomarna. I en intervju betonades möjligheten att erbjuda stöttning, hjälp och avlastning till utredningsansvariga socialsekreterare med mindre erfarenhet av och tid för placeringsärenden. Men i en annan intervju framkom också att hur uppdragen till SiS formuleras kan se olika ut beroende på om det är en utredningsansvarig socialsekreterare som formulerar uppdrag och vårdplan, eller specifika placeringsansvariga socialsekreterare (m.a.o. de själva nedan) med längre erfarenhet av placeringsärenden och vård i HVB och på särskilda ungdomshem.

Socialsekreterare 8: Det skiftar nog lite grann om det är vi eller utredarna som formulerar det. Är det vi som formulerar det, som vet vad vi har att vänta, så blir det nog lite mer "ge dem skydd, ge dem god omsorg, motivera dem, se till att de blir drogfria", lite mer krasst. Om utredare formulerar det så är det liksom "hjälp dem till kloka val, aktiv fritid, bra skolgång" och så. Skolgång tror jag i och för sig att vi skriver in också för att det är viktigt. Men jag tror det skiljer lite grann när man vet vad man har att vänta. Jag tror inte jag skriver så omfattande uppdrag till SiS. Jag är glad om de ...

Socialsekreterare 9: Nej, tre rader ...

Socialsekreterare 8: ... ser till att de går i skolan och skyddar dem från att skada sig själv och andra. (Intervju nr 4 med socialsekreterare, gruppintervju)

I både enkät- och intervjumaterialen framträder tydligt att socialtjänsten anser att samarbetet med den unge är av största vikt under hela vårdtiden. Samtidigt belyser materialen svårigheter relaterade till socialtjänstens arbetsbörda och tidsbrist, vilket medför att det ofta upplevs problematiskt att hinna följa upp och upprätthålla kontakt med placerade ungdomar i den utsträckning som vore behövligt. Utifrån intervjumaterialet framgår också att de specialiserade placeringstjänsterna inrättats just i syfte att förbättra aspekter som kontinuitet och kompetens inom socialtjänsten.

Önskemål om familjearbete inom SiS

Trots att det är ungdomarnas egna beteenden som utgör beslutsgrund för placeringar på akutavdelningar inom SiS, understryker flera socialsekreterare att den egentliga grunden till både ungdomarnas problematik och akuta placeringar (också) är deras hemförhållanden, och därav vikten av att se ungdomarna i ett bredare sammanhang som inkluderar både de professionella systemen och ungdomarnas familjer.

Socialsekreterare 1: Utifrån min erfarenhet, alltså överlag har alla ungdomar som har olika sorters problematik (också) problem i hemmet. (...) De har inte den här trygga, stabila grunden. (Intervju nr 1 med socialsekreterare, individuell intervju)

Problematiken individualiseras dock ofta, vilket enligt flera av informanterna medför att det läggs för stort ansvar och skuld på ungdomarna ifråga, både avseende orsak till placering och vid sammanbrott. Sammantaget är det flera faktorer som påverkar huruvida en placering blir lyckad eller inte utifrån socialtjänstens perspektiv, inte minst hur föräldrarna hanterar situationen vilket en socialsekreterare påtalar: "Föräldrarna, vad de gör och hur de gör under placeringen. Många faktorer påverkar om det blir en lyckad placering eller inte." (Intervju nr 1 med socialsekreterare 1, individuell intervju)

I likhet härmed lyfter en annan socialsekreterare följande:

Socialsekreterare 2: Målet är ju alltid i första hand att de ska flytta hem igen och då behöver vi ha med föräldrarna. För annars placerar man bara ett barn någonstans som då gör en förändring medan det händer ingenting på hemmaplan. Och det kan ju finnas en anledning till att ett beteende har uppstått. (...) När föräldrarna har varit nöjda med den hjälp de har fått på akutavdelningen så ger det väldigt mycket för det ger ett större förtroende när man ska placera vidare sen. (...) Så det ger väldigt mycket att relationen mellan institution och föräldrarna fungerar bra. (Intervju nr 2 med socialsekreterare, individuell intervju)

Bristande familjearbete och behandling som inkluderar hela familjen lyfts fram av flera informanter, något de menar hade behövt stärkas. Samtidigt upplever några socialsekreterare att familjebehandlande inslag snarare tenderar att minska inom SiS.

Socialsekreterare 8: Sen har jag hört att det har kommit direktiv från huvudkontoret att man inte ska tillhandahålla familjebehandling. Så det ger lite konstiga signaler. Då ska de bara jobba med ungen och så tappar de bort resten.

Socialsekreterare 9: Och det känns väldigt omodernt faktiskt, när det är hela systemet. De vi plockar hem, till nittio procent då är det tillbaka till föräldrarna. (Intervju nr 4 med socialsekreterare, gruppintervju)

I samma intervju påtalas att både socialtjänst och skola blivit bättre på att uppmärksamma skoldelen för placerade unga, men att resurser saknas för att ge ett bra familjearbete under tiden i placering.

Socialsekreterare 8: Vi har ju inte riktigt de resurserna att jobba aktivt parallellt med placering. Så det krävs ett nytänk på bägge fronter tänker jag.

Socialsekreterare 9: (...) Man kan säga att det har blivit lite bättre mellan skoldelen på SiS och skoldelen hemma, att SiS försöker ta in information från hemkommunerna och håller kontakt med hemkommunskolan. Så det skulle ju kunna vara så på öppenvårds-familjehandlingsplanet också, att man är mer aktiv hela tiden under bortavistelsen för att sakta kunna föra över. Men det finns ju inte. (Intervju nr 4 med socialsekreterare, gruppintervju)

Även i enkätstudien lyfts behovet av att arbeta med helheten kring ungdomarna fram, liksom behovet av att stärka samarbetet mellan SiS och socialtjänsten och erbjuda fler "utslussningsmöjligheter".

SiS behöver utveckla den vård som de tillhandahåller. Det behövs mer kompetent personal, fler avdelningar och personal som jobbar med helheten kring ungdomen (inte bara beteende utan omgivningen). Personalen måste jobba lika gentemot ungdomen och ha en bättre kontakt med socialtjänsten och nätverket. Detta skulle förkorta behandlingstiderna inom SiS. SiS behöver utöka sin vårdkedja med utslussningsmöjligheter. (Webbenkät svar, respondent socialtjänsten)

Socialtjänsten betonar således både vikten av ett utvecklat samarbete mellan SiS och socialtjänsten och med ungdomarnas familjer under och efter en placering. Detta i syfte att stärka behandling som inkluderar familjen som helhet och därigenom förbättra utfallet av en placering. Samtidigt ser socialsekreterare svårigheter vad gäller kontinuitet och kompetens bland personal inom både SiS och socialtjänst, och att bristande resurser kan göra det svårt för såväl socialtjänst som SiS att prioritera familjearbete under tiden den unge är placerad.

Summering

Socialtjänsten beskriver akutavdelningarnas målgrupp som bestående av ungdomar med stor variation ifråga om problematik, men med ett gemensamt akut skyddsbehov i en låst och strukturerad miljö. Placeringar på akutavdelningar beskrivs oftast ske genom omedelbara omhändertaganden, även om andra situationer också förekommer. Socialtjänsten betraktar placeringar på särskilt ungdomshem som en sista utväg och ett sammanbrott av öppna vårdformer. De ser dem också som ett risktagande med tanke på ovissheten om placeringens resultat och de mer långsiktiga konsekvenserna för ungdomarna ifråga. Samtidigt beskrivs placeringar på akutavdelningar för socialtjänstens del medföra en tid för reflektion och en möjlighet att "grunna vidare på nästa steg" som vid tidpunkten för placering ofta är oviss. Val av just akutavdelning framför andra avdelningstyper inom SiS kan därmed för socialtjänsten framstå som ett bra alternativ, när socialtjänsten har liten kännedom om den unge och viss kartläggning och betänketid krävs innan vidare åtgärder vidtas. På grund av köer och platsbrist ses dock placering på just akutavdelning inom SiS ofta som ett resultat av att socialtjänsten får "ta den plats de får" snarare än ett medvetet val. Någon socialsekreterare uppfattar det också som att det är ett krav från SiS sida att placering på särskilt ungdomshem alltid inleds på en akutav-

delning, det vill säga att socialtjänsten i realiteten inte har någon valmöjlighet vad gäller avdelningstyp inom SiS när en placering där inleds. Socialtjänstens förväntningar på akutavdelningarnas verksamhet beskrivs primärt handla om att erbjuda skydd, men också om att de ska erbjuda kartläggningar av ungdomarnas problematik, motivationsarbete och ett gott bemötande samt "inskolning" i regler och rutiner. Akutavdelningarna beskrivs dels som en plats för ungdomarna att "landa" på, dels som en "förvaring" av ungdomar som utgör en fara för sig själva och omgivningen. Socialtjänstens förväntningar på akutavdelningars förmåga att erbjuda ett gott vårdinnehåll uppges vara låga, särskilt avseende gruppen unga med psykisk problematik, men ökar i förhållande till behandlingsavdelningar vilka också beskrivs ha ett mer utvecklat vårduppdrag.

Kvaliteten och kompetensen inom SiS beskrivs dock som mycket varierande mellan olika institutioner, avdelningar och personal. Socialtjänsten lyfter exempelvis fram problem relaterade till hög personalomsättning och tillfälligt sänkta utbildningskrav inom SiS. I likhet med situationen inom SiS beskrivs också stora variationer mellan olika kommuner ifråga om erfarenhet, kompetens och kontinuitet liksom möjlighet till specialisering inom socialtjänsten. Flera fördelar lyfts fram med specialiserade placeringstjänster inom socialtjänsten: såsom möjlighet att diskutera svåra ärenden i en erfaren arbetsgrupp, att kunna arbeta fokuserat med just placerade ungdomar och därigenom erbjuda kontinuitet, samt att kunna stötta och avlasta utredningsansvariga socialsekreterare gällande vårduppföljning, kontakt och samverkan med SiS. Samverkan mellan socialtjänsten och SiS beskrivs variera stort – i likhet och delvis sammanhängande med de beskrivna variationerna ifråga om kvalitet och kompetens inom SiS och socialtjänsten. Socialtjänsten lyfter särskilt fram behov av att utveckla samarbetet mellan SiS och socialtjänsten ifråga om familjearbete och -behandling, både under och efter en placering.

Utifrån både intervju- och enkätstudierna framgår att platsbristen inom SiS vid tiden för studien utgjorde ett påtagligt problem av central vikt i förhållande till vården av unga inom SiS. Platsbristen beskrivs medföra mycket stora risker då omedelbara omhändertaganden inte går att verkställa på grund av att tillgång till akutplatser saknas. Platsbristen beskrivs också medföra individuella misslyckanden för ungdomarna som annars hade kunnat undvikas, exempelvis relaterade till sammanbrott av tillfälliga öppna HVB-placeringar i avsaknad av akutplatser. Platsbristen beskrivs också medföra svårigheter att "matcha" placering med individuella vårdbehov, att alla ungdomar "måste" till akutavdelning även i de fall socialtjänsten hade önskat en annan placering, till exempel på en utrednings- eller behandlingsavdelning, och att socialtjänsten efter väntan i kö "får ta den plats som erbjuds". Platsbristen uppges föreligga både på akut-, utrednings- och behandlingsavdelningar vilket beskrivs medföra en onödigt utdragen vårdtid för många ungdomar som exempelvis tvingas vänta i flera månader på en plats på en behandlingsavdelning. Socialtjänsten beskriver sammantaget hur platsbristen inom SiS får många negativa följder såsom att ungdomar i behov av behandling tappar i motivation och tillit och att återfallsrisken ökar. Några lösningar som kan skönjas i det empiriska materialet handlar om fler behandlingsplatser eller mer av behandlande inslag på akutavdelningar. Generellt efterfrågas också mer av familjearbete inom både SiS och socialtjänst för att förbereda den unge och familjen bättre inför det tillfälle då placeringen på ungdomshem avslutas.

Kapitel 4. Personalens perspektiv

Personalen på ungdomshemmen formar, genom sitt konkreta arbete dag för dag, den praktiska verksamheten på de särskilda ungdomshemmen. Även om ungdomshemmets och arbetets organisering styrs av regler, riktlinjer och överenskommelser är det i vardagen som detta tillämpas och skapar den verksamhet som finns. För att förstå verksamheten behöver man förstå hur personalen resonerar om sitt arbete och sin roll. Detta kapitel baseras på personalens beskrivningar och föreställningar av arbetet på akut- och behandlingsavdelningar i gruppintervjuer och webbenkäter, och hur de ser på vad som kan sägas utmärka och särskilja praktiken på de olika avdelningarna. Därmed är det personalens förståelse av avdelningarna utifrån till exempel målgrupp och uppdrag, samt synen på sitt arbete och sin roll som är i fokus. Kapitlets underlag är i huvudsak de gruppintervjuer som vi genomfört med personalrepresentanter (här kallade behandlingsassistenter) från akutavdelningar och behandlingsavdelningar. Därutöver ingår material från den webbenkät som riktades till personal inom SiS, samt fältbesök som illustrerande exempel. Kapitel inleds med att ge en övergripande bild av hur personalen ser på akutavdelningarnas målgrupp och arbete i jämförelse med behandlingsavdelningar, därefter övergår vi till att mer specifikt lyfta fram och diskutera akutavdelningarnas uppdrag och roll samt hur personalen ser på sitt arbete. Avslutningsvis redogörs för hur gränserna mellan akut- och behandlingsavdelningar påverkas vid långa vårdköer inom SiS, där platser behöver fyllas, och förändringar som skett över tid.

En heterogen målgrupp, men ungdomar i sämre skick på akutavdelningarna

Personalen talar generellt om akutavdelningar i termer av omvårdnad, skydd, överlevnad och förberedelser, att lära känna den unge, medan behandlingsavdelningar beskrivs utifrån att relationer ska skapas, krav ställas och program genomföras. Det gemensamma som återkommer är först och främst att man betraktar avdelningen, inte det särskilda ungdomshemmet i stort, som sin arbetsplats. Av enkäten till personal framkom det att endast en dryg fjärdedel (13 av 48 svarande) av de svarande instämmer helt i påståendet att de har god inblick i verksamheten på ungdomshemmets övriga avdelningar. Hälften (24 personer) uppger att de delvis har sådan inblick, medan en knapp fjärdedel (elva) anser sig inte ha det (tar helt eller delvis avstånd från påståendet).

Unga som placeras på särskilda ungdomshem kan ses som en och samma målgrupp, oavsett avdelningstyp, just utifrån att de är placerade inom SiS. De svarande i webbenkäten menar i stort att personal på akut- och behandlingsavdelningar delar samma syn på ungdomars vårdbehov (32 av 47 svarande instämmer helt eller delvis) och att man arbetar med samma målgrupp (42 av 47 svarande instämmer helt eller delvis).

Ändå är det på många sätt stor variation inom målgruppen. Akutavdelningar i synnerhet förknippas av personalen i gruppintervjuerna med en heterogen målgrupp där de unga mår psykiskt och fysiskt dåligt vid ankomst till ungdomshemmet.

Behandlingsassistent 1: Målgruppen, den är densamma. Jag tänkte mer på eftersom vi är första stadiet i stort sett, på akut, så blir de, är de i väldigt mycket sämre skick. (Akutavdelning A1)

Det faktum att de unga kommer till akutavdelningarna direkt från det liv de genom vistelsen på ungdomshem ska bryta med, gör att personalen betonar akutavdelningarna som en plats för de unga att återhämta sig på inför den fortsatta vården.

Behandlingsassistent 7: Det är ju lite skillnad där, det behövs ju för det är ju första steget som de kommer, de kanske kommer direkt från gatan och är drogpåverkade och är i väldigt dåligt skick. (Akutavdelning B1)

I de resonemang som fördes var genomgående fokus på det fysiska eller psykiska tillstånd som de unga befinner sig i när de anländer till en akutavdelning. Uttryck som "de kommer ju till oss och är ganska trasiga" (Akutavdelning A1, behandlingsassistent 3), "har du mycket drogproblematik kanske du behöver landa på en akut och kanske avgiftas och, eller tända av, framför allt" (Behandlingsavdelning B3, behandlingsassistent 15) var vanligt förekommande. En behandlingsassistent resonerar om skillnaden mellan avdelningarna och påtalar också blandningen av problematik som utmärkande för akutavdelningar:

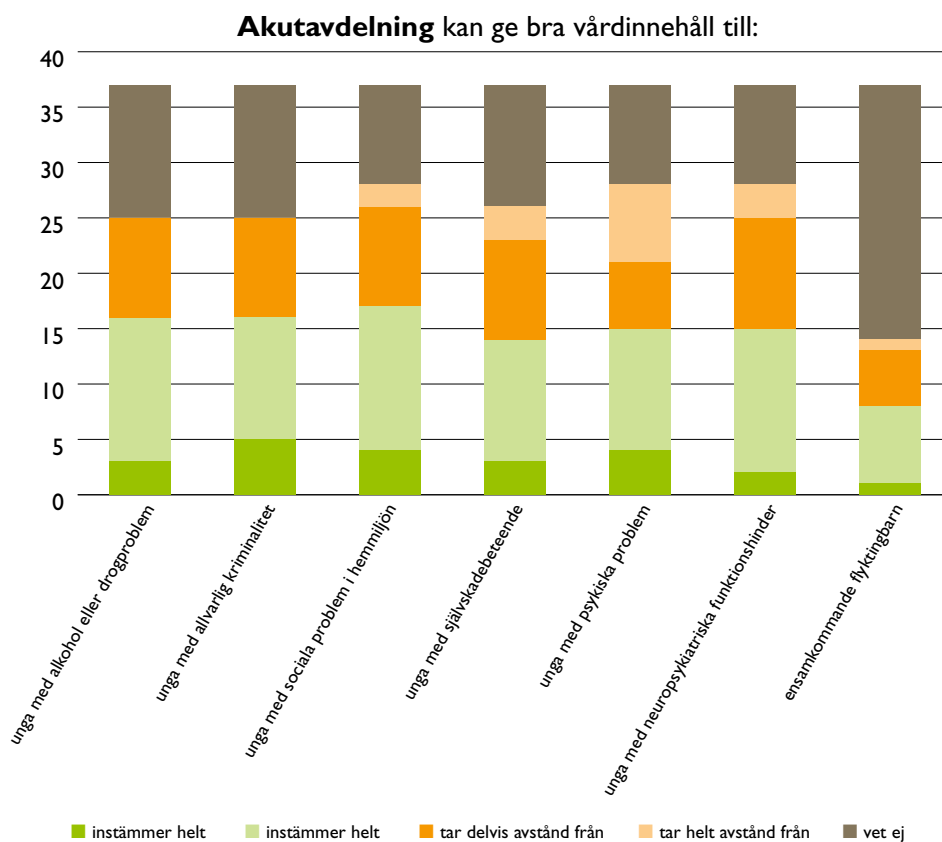
Behandlingsassistent 9: Hit kommer alla, hit kommer ju sådana som har utsatt barn, sådana som har våldtagit, det finns ju mordåtalade och alltihopa det här va, sen finns det droger sen finns det brott och alltihopa, LSS och, så vi får ju allt då. (Akutavdelning B2)

I webbenkäten framkom också att just den målgrupp som personalen i intervjuerna främst lyfte fram, de som har alkohol- eller drogproblem, också är de som anses som mest lämpliga för både akut- och behandlingsavdelningar. Det är dessa, tillsammans med unga med allvarlig kriminalitet och med sociala problem, som ses som målgruppen för båda avdelningstyperna, men även unga med självskadebeteende räknas dit. Däremot råder mer tveksamhet kring huruvida unga med neuropsykiatriska funktionshinder och ensamkommande flyktingbarn är målgrupp för de särskilda ungdomshemmen. Endast 24 av 46 instämmer helt eller delvis i att akutavdelningar kan ge ett bra vårdinnehåll till unga med neuropsykiatriska funktionshinder, och 19 av 46 instämmer helt eller delvis i att akutavdelningar kan ge bra vårdinnehåll till ensamkommande flyktingbarn. Likaså finns viss tveksamhet kring unga med psykiska problem: 27 av 46 instämmer helt eller delvis i att akutavdelningar kan ge bra vårdinnehåll vid

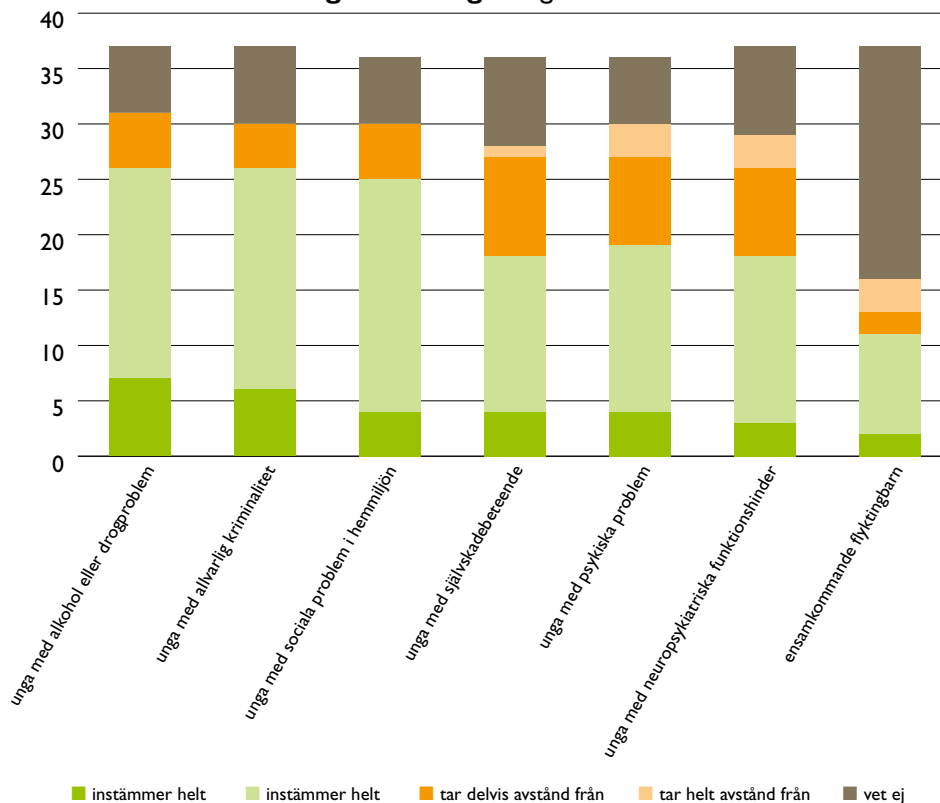
denna problematik medan 14 av 46 svarande delvis eller helt tar avstånd från att akutavdelningar kan ge ett bra vårdinnehåll till denna målgrupp unga.

DIAGRAM 2:

Personalens syn på akut- och behandlingsavdelningars förmåga att ge ett bra vårdinnehåll till olika målgrupper.



Behandlingsavdelning kan ge bra vårdinnehåll till:



Som diagrammen ovan visar är det samma typ av problematik hos unga som personal menar är lämpliga målgrupper för både akut- och behandlingsavdelning. I webbenkäten anger en person att: "LVU är inte till för psykiska problem, likaså om du har neuropsykiatriska funktionshinder då finns det annan hjälp som ungdomen ska ha genom annan lagstiftning. Jag vet att ofta hamnar dessa grupper mellan stolarna i samhällsapparaten. Ensamkommande behöver ofta information om det svenska samhället istället". Det förekommer också kritik mot att man behöver arbeta med målgrupper man inte har kompetens för. En skriver följande i en kommentar i webbenkäten: "De tendenser som jag som personal kan se är förskjutningen mot psykiatri i vården som bedrivs idag. Vi vårdar suicidbenägna unga och unga som mår psykiskt dåligt i stället. Och då behövs det annan kompetens helt enkelt."

Det som skiljer är att personalen i högre utsträckning anger att behandlingsavdelningarna kan ge bra vårdinnehåll, oavsett målgrupp. I relation till beskrivningarna av akutavdelningarna som en plats för unga i dåligt skick att "landa" på, skulle man kunna anta att personalen inte betraktar akutavdelningarna som en plats för vård, utan mer som förberedelse för den vård och behandling som sedan ska följa. I följande avsnitt beskrivs personalens uppfattning av akutavdelningarna först separat, vilket sedan relateras till hur behandlingsavdelningarna beskrivs.

Akutavdelningarnas roll och praktik

När personal i intervjuer och enkäter beskriver akutavdelningarna talar de om dem som en plats att landa på, att de behövs för de ungas egen skull, och att akutavdelningarna fungerar som en förberedelse för såväl den unge som för SiS att lära känna den unge.

Akutavdelningen – en plats för att landa och inskolas i rutiner

Personalen beskriver att akutavdelningar används som en startpunkt i vårdkedjan och att det är sällan ungdomar går direkt in på en behandlingsavdelning utan att först ha "mellanlandat" på en akutavdelning. Idén om att de unga behöver landa har starkt stöd också i enkäten, där en övervägande majoritet (36 av 46 svarande) instämmer helt eller delvis i påståendet "Det är viktigt att unga på akutavdelningar får tid att landa på avdelningen och inte har krav på sig att delta i schemalagda aktiviteter". Frågan om att "landa" har alltså stor betydelse för hur man uppfattar akutavdelningarnas uppgift. En personalgrupp resonerar om vad detta kan innebära i praktiken.

Intervjuare: Vad är det som gör att man behöver just akutavdelning och inte kan placeras direkt på behandlingsavdelning? Låt oss säga att den hade varit låst, eller. Vad är det som –

Behandlingsassistent 4: Det är att vi inte känner flickan.

Intervjuare: Ja, ja.

Behandlingsassistent 4: Sen kan det ju vara att det kommer en flicka som har varit här förut. Och henne känner vi på sätt och vis. Men det är just det här att säkerställa. Har hon några droger på sig? Vad har hon i så fall tagit? Vad har hon blivit utsatt för? Behöver hon träffa en läkare? Bla, bla, bla, alla de här sakerna som vi faktiskt behöver gå igenom innan man kan säkerställa, ja, att flickan är okej, va. Sen ibland så kan det ju vara ganska kort tid. Att hon går över på behandlingsavdelningen. Om vi känner henne sen förut. Men hon mellanlandar ju alltid här först.

Behandlingsassistent 6: Nej, men det har de väl slutat lite med nu va. Vi har ju [flicknamn], hon kom ju raka vägen från [annat SiS-hem], och [till behandlingsavdelning].

Behandlingsassistent 4: Ja, det har du rätt i.

Behandlingsassistent 6: Jag tror det har kommit bort lite utav det där ...

Behandlingsassistent 4: Det har du rätt i. Fast då hade hon varit inom SiS.

Behandlingsassistent 6: Ja, hon hade varit inom SiS, det hade hon varit.

Behandlingsassistent 4: Väldigt länge. Och hade väl inget aktivt missbruk.

(Akutavdelning A2)

Av citatet framgår att det snarare betraktas som regel än undantag att den unge först landar på akutavdelning, vilket handlar både om att lära känna den unge och se vilka behov som finns.

I praktiken kan "landa" också betyda att tas ifrån gatan och placeras för att överleva, det vill säga att landa i en skyddad miljö olik den som de unga befunnit sig i.

Alltså vi får ju in pojkar som har varit nära döden flera gånger, det finns inget alternativ. Man måste helt enkelt, de måste bort från sitt leverne hemma. (Akutavdelning B1, behandlingsassistent 8)

Berättelsen om drogpåverkan och att landa på akutavdelning återkommer i olika former genom intervjuerna med personal på både akut- och behandlingsavdelningar; man talar om överlevnad, omsorg och tillnyktring.

Behandlingsassistent 12: Där [på akutavdelning], har de ju kommit för att de inte kan vara där de är nu, så där handlar det mer om omhändertagande och ... ja, se till att den unge överlever kan man väl säga.

Behandlingsassistent 11: Ja, det är allt från tillnyktring till, ja omvårdnad, alltså mat och dusch, ja basic. (Behandlingsavdelning A3)

Behandlingsassistent 15: (...) har du mycket drogproblematik så kanske du behöver landa på en akut och kanske avgiftas och, eller tända av, framför allt. (Akutavdelning B3)

Men "landa" handlar också om att "komma in i SiS" och där blir akutavdelningen den plats där man "inskolars" och "institutionsanpassas". Det ligger i linje med det som sades i många intervjuer om att hantera dagliga rutiner, som till exempel framkommer i det fortsatta samtalet i samma personalgrupp som ovan:

Behandlingsassistent 5: Någonstans måste de ju börja. Får ordning på rutiner och vad som händer.

Behandlingsassistent 5: Det är ju som [ip 4] säger, det är ju många flickor som, om du säger bara ett exempel, som har sovit på dagarna.

Intervjuare: Ja, just det.

Behandlingsassistent 5: Och är ute på nätterna och har gjort saker de inte ska göra. De måste komma in till den dagliga rytmen.

Behandlingsassistent 4: Sen förväntas du ju också, om du går från låst till öppet, att det har hänt något under tiden, va. Det är ju just därför vi har låst och öppet naturligtvis.

Intervjuare: Ja, just det.

Behandlingsassistent 4: Man förväntas då ha tagit till sig nånting under tiden på den låsta, och sen går du över till den öppna. Och där är det ju mer svårjobb på så vis att, ja, de har ju inte de avskiljningsceller som vi har. Det är inte låst, de kan gå ut genom dörren om de vill. Då är det extra viktigt att du har en arbetsmetod som sitter. (Akutavdelning A2).

I samtalet ovan används begreppen "låst" och "öppet", vilket följde på våra frågor om akut- och behandlingsavdelningar. Av sammanhanget framgick klart att man tänkte på akutavdelningen som den låsta och behandlingsavdelningen som den öppna. Det som beskrivs i samtalet är att flickorna i detta fall ska anpassas till dygnsrytmen på institutionen, men också att de ska ha internaliserat institutionens normer så att de kan vara på en "öppen" avdelning, trots att det där kan saknas metoder och resurser för kraftfullare ingripanden. Akutavdelningen som ett sammanhang för "inskolning" kan också

tolkas in i personalens enkätsvar där de generellt har hög tilltro till akutavdelningarnas betydelse. Den absoluta majoriteten (41 av 48 svarande) instämmer helt i påståendet att akutavdelningar utgör en viktig del i SiS vårdkedja och sex instämmer delvis i påståendet. Ingen har tagit avstånd från påståendet (men en har svarat "vet ej").

För deras egen säkerhet – akutavdelningen som skydd och trygghet

Samtliga som besvarat webbenkäten menar också att det behövs såväl akut- som utrednings- och behandlingsavdelningar. En av dem som besvarat webbenkäten till personal på ungdomshem skrev en kommentar som samlar innebörden i att arbeta i låst ungdomsvård:

Om man ska jobba inom SiS så kan inte ens grundinställning vara att 'jag gillar inte tvång' för då blir det på något sätt redan från början fel. (Webbenkätsvar, personal på ungdomshem)

De svarande i webbenkäten har också generellt inställningen att akutavdelningarna behöver vara låsta (40 av 45 svarande instämmer helt eller delvis) och att det ska finnas ett strukturerat schema för de unga att följa (39 av 46 svarande instämmer helt eller delvis). Också i intervjuerna framkom att behandlingsassistenterna betraktade det som viktigt med akutavdelningar för ungas överlevnad, då andra vårdalternativ ansågs saknas för dessa unga.

I webbenkäten menar nästan alla svarande också att akutavdelningarna helt eller delvis är till för ungdomar som behöver läsas in för sin egen säkerhet (37 av 46 svarande instämmer helt eller delvis). Av 46 svarande instämmer också 29 helt eller delvis i att målgruppen för akutavdelningar är unga som ännu inte är redo att ta emot behandling. Akutavdelningarna beskrivs också i intervjuerna som en skyddad plats där de unga ges möjlighet att återhämta sig från yttre faror, samtidigt som de också skyddas från sig själva genom vårdens låsta former. För sin egen skull behöver de alltså landa i en miljö som inte ställer krav och vänja sig vid institutionslivet samt komma in i dess rutiner för att känna trygghet och bli mottagliga för behandling i nästa steg. En i personalen säger:

Behandlingsassistent 5: Vi har ju också haft flickor som mått jättedåligt där inne [på behandlingsavdelningen] och som fått gå in och landa några dagar inne på [akutavdelningen].

Intervjuare: Ja, ja.

Behandlingsassistent 5: Som tycker det har varit jätteskönt. Och bara fått vara för sig själva och kommer ut som nya tjejer. Kan vara bara två, tre dagar. (Akutavdelning A2)

Att få vara för sig själv, vård i enskildhet, utan att behöva träffa andra ungdomar beskrivs som en del av detta skydd, att skyddas både från sig själv och från kontakt med andra människor och krav.

Behandlingsassistent 7: De kanske kommer direkt från gatan och är drogpåverkade och är i väldigt dåligt skick. Och då kan det vara svårt och – främst kanske de inte ska vara med andra ungdomar utan de kanske måste vara själva och landa först ... och vila några dagar innan de kan träffa några människor. (Akutavdelning B1)

När den unge kommer till akutavdelningen är ofta allt också nytt, nya människor, ny plats och nya rutiner. Personalen beskriver den osäkerhet och oro som det kan innebära, som när en säger:

Behandlingsassistent 3: Ofta är de ju påverkade när de kommer och oftast rädda. Även fast de inte visar det utåt, men det kan ju visa sig utav att de är aggressiva. Eller att det är något sådant, att de gapar och skriker. (Akutavdelning A1)

Det förekommer att personal på akutavdelningarna beskriver att de unga trivs väl efter ett tag på akutavdelningen, trots att den är låst och att de egentligen inte kan se vad placeringen på akutavdelningen ska leda till. Personalen beskriver en ambivalens hos de unga i relation till att vara på akutavdelning och slussas vidare till annan avdelning.

Behandlingsassistent 3: De trivs ju hos oss. Oftast. Men de vill ju ändå vidare så att säga. Tills den dagen de ska flytta, då vill de vara kvar. Man ser ju ändå att de, ja, hos oss är det ju som en rondell va. De går bara runt och väntar tills de ska slussas ut någon annanstans. Hos oss kommer de ju ingenstans egentligen. Eller det gör de, men de kommer till något behandlingshem, men de ser inget slut på tråden. Det gör de väl om de får ett ställe att komma till liksom. (Akutavdelning A1)

Detta förklaras med att akutavdelningen erbjuder skydd utan att några större krav ställs på den unge, medan det ställs andra krav på den unge att ta tag i sina problem på behandlings-avdelning.

Behandlingsassistent 4: Jag tror det är rädslan. För att, de, alltså när de är här, de behöver ju inte ta tag i sina problem på det sättet som de kanske behöver göra sen. Vi har ju inte haft några psykologsamtal eller grejer. De har varit drogfria. Det är ingen som har slagit dem eller våldtagit dem på de här sex veckorna de har varit här. De har fått mat på bestämda tider och någorlunda sjysta vuxna som ser efter dem liksom. Jag tror att det räcker ganska långt. (Akutavdelning A2)

Det finns en grundläggande omsorgstanke i personalens beskrivning av hur de försöker möta och ta hand om de unga, samtidigt som de ställer krav på dem att anpassa sig till enklare vardagliga rutiner. Denna basnivå menar man är rimlig, dels beroende på de ungas tillstånd, dels i relation till den begränsade tid som man har till sitt förhållande.

Akutavdelningen som förberedelse för behandling – SiS behov av kunskap om den unge

I intervjuerna handlar berättelserna från personalen därmed främst om akutavdelningarna som första steget i vårdkedjan, där uppgiften är att kunna erbjuda unga akut skydd, men också som en första anhalt där SiS får mer kunskap om den unges mående och situation. Akut-avdelningarna anses behövas framför allt som en förberedelse för behandlingsavdelning, ingen av intervjupersonerna inom SiS betraktade direkt placering på behandlingsavdelning som ett alternativ.

Behandlingsassistent 9: De landar här först för att se vilket behov man har då och soc får lite mer kött på benen kanske och söker, det kan ju vara antingen gentemot droger eller gentemot kriminalitet eller då finns det ju lite olika behandlingsavdelningar då ... så det är lite utifrån det också då. Men de flesta som går på behandling inom SiS då de går ju via en akutavdelning. (Akutavdelning B2)

Behandlingsassistent 8: ... att landa på en akutavdelning där det kanske inte ges lika mycket som på en behandlingsavdelning i form av programverksamhet och så vidare kanske kan vara bra innan man påbörjar en – som exempelvis som ART eller vilken form av behandlingsprogram det kan vara. (Akutavdelning B1)

I en del resonemang blir just avsaknaden av behandlingsprogram det som definierar akutavdelningarnas praktik, men än viktigare är att akutavdelningen erbjuder ett utrymme för förberedelse där SiS får kunskap om den unge och den unge får kunskap om institutionslivet. En del talar om vikten av att lära känna den unge, vilket mer handlar om att få information om än att skapa relation till.

Den information som socialtjänsten lämnat framställs som otillräcklig, eftersom den inte innehåller det som är viktigt i institutionsarbetet. Det handlar dels om den unges tillstånd för stunden, som drogpåverkan och behov av avgiftning vid ankomsten till ungdomshemmet, dels om mer konkreta förutsättningar för att genomgå behandling. Personalen menar också att den kännedom som de får om den unge på akutavdelningen också ger värdefull information till socialtjänsten, vilket kan bistå dem inför beslutet om vad som ska följa på placeringen på akutavdelning. Syftet med placeringen beskrivs framför allt som att bryta en destruktiv utveckling, men en del av de beskrivningar personalen ger antyder att akutavdelningarna också har en karaktär liknande utredningsavdelningar, men där utredningen främst handlar om att bedöma graden av beredskap för behandling. Personal på en behandlingsavdelning beskrev det i en intervju som att "de får in strukturen" (Behandlingsavdelning A3, behandlingsassistent 12).

I intervjuerna beskriver personalen i övrigt att arbetet på akutavdelningarna är mycket nära vardagsliv, att det mer strukturerade arbetet är begränsat till MI (Motiverande intervju) och generellt motivationsarbete, samt att man genomför så kallade ADAD-intervjuer baserade på ett formulär.

Intervjuare: Gör ni ADAD på alla?

Behandlingsassistent 9: Ja, alla som kommer.

Behandlingsassistent 10: Alla som kommer hit, ja.

Behandlingsassistent 9: Men jag kan ju sätta mig ner, "äh nu lägger vi ner det här" och så pratar vi lite för ... då tycker jag att han inte har svarat riktigt ärligt på någon fråga va och ställer jag lite frågor runt bara där, inget som har med ADAD att göra det är inget – utan det blir lite mer personligt då så då pratar man ju om, om de problemen han har, så då blir det lite eget behandlingsmål om man säger så i stället innan man får in det konkreta då. (Akutavdelning B2)

Samtalen på akutavdelningar och behandlingsavdelningar beskrivs därmed skilja sig

åt på så sätt att det är mer vardagliga samtal på akutavdelningar, medan den strukturerade samtalsformen och programverksamheten lyfts fram gällande behandlingspraktiken.

Tiden som förutsättning och hinder

Vistelsen på akutavdelning bör enligt riktlinjerna begränsas till maximalt åtta veckor (Statens institutionsstyrelse, 2014a). De som besvarat webbenkäten till personal inom SiS har vitt skiftande inställning till vårdtiden på akutavdelningar, men i stort förefaller de tycka att en tidsgräns kring åtta veckor är rimlig. En fjärdedel (12 av 45 svarande) instämmer helt eller delvis i att vårdtiden borde vara kortare än fyra veckor, två tredjedelar (33 av 46 svarande) instämmer helt eller delvis i att vårdtiden borde vara kortare än åtta veckor och cirka en sjättedel (7 av 44 svarande) menar att vårdtiden borde vara längre än åtta veckor. Det är också en svarande som i webbenkäten ger kommentaren "8 veckor är precis lagom". Enkätsvaren ger därmed vid handen att åttaveckorsgränsen snarare betraktas som en normaltids än som en maximaltid.

Personalen menar i intervjuerna annars oftast att tiden på akutavdelning är kort, i alla fall i jämförelse med behandlingsavdelningarna, och att man därför inte ska eller kan starta några egentliga processer. Som till exempel när en person säger "Eftersom det är en akutavdelning då så har vi ju inte så mycket tid att spela på, behandling är ju sex till åtta månader" (Akutavdelning B2, behandlingsassistent 9). En längre tid ger bättre möjlighet att bygga en relation med den unge, men framför allt är oklarheten i den tid som ska tillbringas på akutavdelningen ett problem för hur man ser på möjligheterna att göra något. Ändå beskriver man att något händer medan tiden går och den unge bor på avdelningen. En personal säger så här:

Behandlingsassistent 3: Har man bott hos oss ett par veckor så kanske man märker att det, allt kanske inte funkar, alltså med tandborstning och dusch och grejer, och då får man styra om allting och kanske lära henne att duscha, eller göra något sådant. Så det är ju jättesvårt att säga. Kommer man till en behandling, då vet man ju oftast vad som är knaset. Det vet ju inte vi. Vi vet på ett ungefär vad felet är, men inte allt. (Akutavdelning A1)

Eftersom tiden ändå är relativt kort och det bara är basala frågor som hanteras menar flera också att man inte ska bygga någon djupare relation med de unga. Sammantaget visar personalens berättelser att den begränsade tid som finns till förfogande på akutavdelning, tillsammans med ovissheten om när det är dags att flytta vidare, gör att det saknas grund för att påbörja något egentligt arbete med den unge. Därför etablerar inte heller personalen en sådan kontakt som är avsedd att hålla längre tid, eller som en uttrycker det: "Jag brukar säga att vi är bara en milstolpe i deras liv. De ska ju vidare härifrån. Vän kan vi aldrig bli med dem. Vänlig men bestämd tänker jag" (Akutavdelning A2, behandlingsassistent 5). Samtidigt påtalar flera att den kortare vårdtiden och skillnader i uppdrag inte behöver innebära att personal på akutavdelningar har en sämre relation till ungdomarna än de på behandlingsavdelning; relationen och vikten av ett bra bemötande framhålls som viktig på båda avdelningarna.

Personalens roll och syn på sitt arbete

Medan akutavdelningarna i personalintervjuerna beskrivs utifrån väldigt basala behov talar man om behandlingsavdelningarnas funktion mer ifråga om relationsbyggande och utveckling. En person som arbetar på behandlingsavdelning beskriver dessa som: " ... mer behandlingsinriktade över längre tid. Och där man jobbar mer i det personliga mötet" (Behandlingsavdelning A3, behandlingsassistent 12). Personalen beskriver det som skiljer akut- och behandlingsavdelningar åt som att akutavdelningar har fokus på "här och nu" medan behandlingsavdelningarnas uppdrag är att arbeta mer med metoder och behandlande samtal. I denna åtskillnad framträder också en delvis olik syn på den professionella rollen, som på akutavdelningar skulle kunna sägas präglas av det vi valt att kalla för omsorgsfull distans.

Akutavdelningar: Omsorgsfull distans och vikten av personlig lämplighet

Med omsorgsfull distans avses att det på akutavdelningar inte görs några försök att på djupet fråga den unge kring svåra saker eller upplevelser som det inte finns möjlighet att ta omhand inom ramen för praktiken, samtidigt som det finns en beredskap att vid behov lyssna. Att finnas tillgänglig och vid behov lyssna beskrivs därmed som något annat än att, som på behandlingsavdelningar, "gräva" i den unges inre känsloliv. De samtal som förs med unga beskrivs också som mer jordnära och basala, till skillnad från mer behandlingsinriktade eller terapeutartade samtal på behandlingsavdelningar.

Behandlingsassistent 5: Så där går vi aldrig, jag går aldrig in och gräver om de inte själv vill sätta sig och prata om vad som har hänt, också sitter jag där och lyssnar. (Akutavdelning A2)

En annan person i samma intervju säger så här:

Behandlingsassistent 4: Det är klart att vi frågar ju hur de mår och liksom kan gå in och sätta oss på rummet och prata med dem. Men det är inte så att vi börjar fråga om hennes barndom.

Intervjuare: Nej, okej.

Behandlingsassistent 4: Och hur många gånger hennes mamma slog henne när hon var tre år. Alltså, sånt går vi inte in på.

Intervjuare: Nej.

Behandlingsassistent 4: Men om vi ser en som är ledsen, det är klart som fasen att vi tar med henne, antingen in på sitt rum eller ut på intaget och pratar en stund naturligtvis. Så är det ju. Därmed inte, som sagt var. Ofta så behöver man inte, ser man nån som mår så dåligt så brukar det komma av sig själv. De berättar det de vill berätta. Vi lyssnar liksom. (Akutavdelning A2)

Detta förhållningssätt präglas av att inte gå onödigt djupt in på de ungas problematik men ändå finnas tillhands för stöd vid behov. Personalen agerar och reagerar därmed utifrån den unges beteende, och utgår inte från en förutbestämd struktur i samtal, men kan

ha samtal som syftar till att motivera den unge. Detta innebär också att synen på behov av utbildning i specifika arbetsmetoder i intervjuerna framstår som viktigare för dem som arbetar på behandlingsavdelning jämfört med de som arbetar på akutavdelning.

Behandlingsassistent 8: På en behandlingsavdelning där kör vi ju ofta med någon form av program då. Man kan köra ART, man kan köra Krimprogrammet, det finns ju en rad olika program man kan köra på behandlingsavdelning. Vi är ganska begränsade när det gäller behandlingsprogram i och med att vi inte är en behandlingsavdelning då. Vi försöker vända det, att få en daglig struktur för pojkarna. De landar här och sen har vi ju kontaktmannaskap, vi har motiverande samtal med pojkarna. (Akutavdelning B1)

I en annan intervju framgår uppfattningen att mer strukturerade arbetsredskap på akutavdelningar är begränsade till motiverande samtal och kunskapsinhämtning (t.ex. ADAD), vilket kan uppfattas som problematiskt om en ungdom bara ska vara på akutavdelningen i åtta veckors tid.

Behandlingsassistent 9: Nej vi får ju ha MI-samtal, ADAD ... ja och kunskapstestet då, men det är ju snart avverkat på en ungdom som ska vara inne i åtta veckor.

Intervjuare: Ja.

Behandlingsassistent 9: Man gör ju inte fler ADAD, man gör ju inte fler kunskapstest. (Akutavdelning B2)

Behovet av metoder på just behandlingsavdelningar förknippas också i en annan intervju (A2) med att dessa till skillnad från akutavdelningar inte alltid är låsbara, varmed struktur och ramar behöver erhållas på något annat sätt. I en intervju beskrivs också hur personal på behandlingsavdelningar kan få åka på utbildning i metoder som till exempel återfallsprevention och ART. I det avseendet kan man möjligtvis också finna en åtskillnad vad gäller status, där de som arbetar på behandlingsavdelning kan erbjudas utbildningar som inte personal på akutavdelningar får. På det ena ungdomshemmet framkom också att endast personal på behandlingsavdelning erhöll handledning i arbetet.

Personalen i våra intervjuer beskriver därmed behandling och behandlingsavdelningar som något som är tätt förknippat med standardiserade behandlingsprogram och strukturerade samtal, till skillnad från akutavdelningarnas vardagliga samtal som beskrivs som något som baseras på sunt förnuft och personlig lämplighet. Det sätt som personalen i intervjuerna beskriver behandling på, i termer av specifika program och metoder, ligger i linje med hur behandling ofta förstås i det som kallas "evidensbaserad praktik" (se t.ex. Bergmark & Lundström, 2011; Ponnert & Svensson, 2015).

Det gör också att personalen också förknippar "utbildning" med just dessa program, som betraktas som särskilt viktiga för arbete på behandlingsavdelningarna. I intervjuer med personal framkom också att det personalen anser är viktigast för att arbeta på ungdomshem handlar om personlig lämplighet, snarare än akademisk utbildning.

Behandlingsassistent 2: Det kvittar om man har 40 högskolepoäng eller nån kommer in som en vaktmästare från en skola. 400 högskolepoäng spelar inte in ett skit om det inte kan ...

Behandlingsassistent 1: Möta flickorna.

Behandlingsassistent 2: Möta människan. Så för mig spelar det inte så stor roll. Man måste ha ett intresse, man måste ha lämplighet, man måste kunna bemöta. Sen är det självklart att det är bra att ha med metoder och lite så där och lite psykologi och sånt. Men det tycker jag man kan få av intresse också. (Akutavdelning A1)

Relationen till den unge framhålls som viktig också på akutavdelningar, trots att den unge är där en begränsad tid, och hur man som personal kan möta och närma sig ungdomarna när de mår dåligt.

Behandlingsassistent 8: Vi kan ju ha hysteriska pojkar som hotar med att de ska slå sönder rutor, har du då en relation kanske det räcker att du går fram och lägger armen om honom, så det räcker, då lugnar han sig. Och har man ingen relation, ja då kanske den där stolen åker i rutan så är det färdigt. (Akutavdelning B1)

Mer än hälften (28 av 48 svarande) instämmer i webbenkäten helt eller delvis i att det är mer krävande att arbeta på akutavdelning, 17 tar helt eller delvis avstånd från samma påstående medan tre svarar "vet ej". Det råder stor spridning i frågan om arbetet på behandlingsavdelning kräver mer utbildning än arbete på akutavdelning: 22 av 48 svarande instämmer helt eller delvis, 25 tar helt eller delvis avstånd medan en svarar "vet ej". I de fria kommentarerna skriver flera att det däremot är viktigt att man har *rätt* utbildning och att det alltid handlar om att man behöver vara kompetent för det man gör.

I någon intervju framhölls utbildning som positivt, men akademisk utbildning kunde också ses som en belastning, då de som hade detta inte alltid var lämpade för det mer praktikorienterade arbetet på akutavdelning eller stannade för kort tid. I en personalintervju uttryckte de sig så här när vi frågade vad de ansåg var viktigt för nya kolleger att ha med sig för kompetenser:

Behandlingsassistent 6: En bra människa tycker jag.

Behandlingsassistent 5: Ja.

Behandlingsassistent 4: Inte så speciellt intresserad av vad som står på deras cv.

Behandlingsassistent 6: Nej, inte jag heller.

Behandlingsassistent 5: Nej.

Behandlingsassistent 4: Faktiskt.

Behandlingsassistent 6: Nej.

Behandlingsassistent 5: Det är hur du är som person.

Behandlingsassistent 4: Ja, de är i regel, de som är så att säga mer högtbildade, det är min erfarenhet, och den kan jag stå för rakt av, de är i regel ...

Behandlingsassistent 5: ... plitar.

Behandlingsassistent 4: Nej, tvärtom. De är lite för förlästa för att se det som faktiskt händer här och nu. Och därmed är de i mina ögon inte tillräckligt bra behandlings-assisterter.

Behandlingsassistent 6: Nej.

Behandlingsassistent 4: Och de blir i regel ganska kortvariga. Det här är bara en språngbräda för nästa arbetsplats. Så att är det nån som kommer hit med väldigt många högskolepoäng så blir åtminstone jag fundersam. Så är det. Så jag tar hellre en svetsare, bara vi kan tjäba lite och sen, händer det nånting, så löser vi situationen. (Akutavdelning A2)

Det finns tecken på en form av yrkesstolthet i intervjuerna med personal, där hanteringen av det som är svårt är kopplas till den personliga lämpligheten snarare än utbildning, vilket kanske i synnerhet gäller akutavdelningar där inga programmetoder finns att luta sig emot. Kallenberg (2016) ger i sin studie en liknande bild av skepsis inom personalen mot för hög utbildning som krav inom ungdomsvården. Hon talar om en spänning mellan praktisk och teoretisk kunskap, där den personliga lämpligheten och att arbeta med sig själv som redskap betonas av behandlingsassistenter, medan teori främst kopplas till kunskap om bemötande av unga med olika typer av diagnoser och olika behandlingsmetoder (Kallenberg, 2016). Vid tidpunkten för intervjuerna hade också utbildningskrav motsvarande tvåårig eftergymnasial utbildning införts som kompetenskrav inom SiS, vilket i någon intervju framhölls som problematiskt eftersom personal med goda egenskaper och erfarenhet då inte kunde tillsvidareanställas. Kompetenskravet justerades under en period till grundläggande behörighet för högskolestudier på grund av svårigheten att rekrytera personal (SiS nyhet 2016-10-13; SiS nyhet 2017-10-03), men sedan oktober 2018 gäller åter det utbildningskrav som rådde vid tiden för studien.

Flexibel fyrkantighet – regler och undantag

Ungdomarnas varierande problembilder och mående, i kombination med att akutavdelningar vare sig ska utreda eller behandla, utan snarare tillhandahålla skydd och grundläggande omsorg, beskrivs ha betydelse för personalens förhållningssätt och syn på arbetsmetoder, men också för hur yrkesrollen och uppdraget betraktas av personalen beroende på vilken avdelning de arbetar på.

I intervjuerna talar personal på akutavdelningarna om en fyrkantighet på akutavdelningar där regler och låsta ramar utgör grundstommen för vistelsen. De unga ska skolas in och lära sig normala rutiner och få en i viss mån fungerande vardag eller dygnsrytm, då detta är något de tidigare saknat. Rutiner och fasta tider kan därmed ses som en fyrkantig grund, liksom ett fokus på att den unge ska ha ett schema som ska följas i den mån det är möjligt.

Behandlingsassistent 9: Ja, men metoder ja ... när det kommer en pojke hit då sätter vi oss ner och pratar, går igenom alla regler och rutiner och det här. De flesta har ju redan varit på massa ställen, det är ju få som inte har varit på något ställe då. De vet ju vad som gäller, vad som krävs av dem när de ska vara här, vad de ska sköta och jag menar ... vi har ju inga speciella metoder, vi säger till dem, motiverar dem ju då så de kommer upp på morgonen, kommer till skolan, de har en verksamhet under dagarna. Det är ju vårt, vårt sätt att vi motiverar dem.

Behandlingsassistent 10: Och att vi är tydliga med det.

Behandlingsassistent 9: Ja, vi svävar inte ut, vi är inte "kanske" eller ... det är "nej". Grun-

den är nej då, sen kan man ju ändå ge ett ja, men man kan ju aldrig säga ja och sen ändra det till ett nej, det funkade ju inte.

Intervjuare: Det är mer av förhållningssätt än metoder egentligen då?

Behandlingsassistent 9: Ja det är förhållningssätt här va.

(Akutavdelning B2)

Ett fokus från personalens håll på regler och att dessa följs och inte ändras kan förstås utifrån att akutavdelningar har en heterogen grupp med ungdomar som ska hanteras inom ramen för en avdelning, i en tillfällig vårdssituation där vården ännu inte har anpassats till den unges individuella situation och behov. I det blir kravet på likabehandling viktigt för att behålla lugnet på avdelningen och känslan av "rättvisa" mellan de unga och lugnet på avdelningen, samtidigt som det kan te sig orimligt att kräva lika deltagande av alla i alla situationer. Det ska vara tydligt för de unga vad som gäller på akutavdelningen. Samtidigt framkommer en bild av flexibilitet, eller en spänning mellan strama regler, och behov av flexibilitet på akutavdelningar, samt att personal inte kan göra exakt likadant då de är olika som personer.

Behandlingsassistent 7: Alla är ju personliga tänkte jag säga. Alla är ju inte exakt likadana men fyrkantigt är ju ganska fyrkantigt så alla gör ju nästan likadant, men sen är man ju personliga. Allt handlar ju om relation, så där gör vi alla olika så klart.

(Akutavdelning B1)

Även om krav ställs på den unge på akutavdelningar vad gäller till exempel mat- och sovtider och det finns en ambition om att få in de unga i normala rutiner, så finns det samtidigt en förståelse för att det inte alltid är möjligt för dem att följa sitt schema till punkt och pricka, inte minst utifrån att de ofta är i dåligt skick vid ankomsten till akutavdelningen.

Behandlingsassistent 3: Vi har ju ganska strikt hos oss tycker jag, men det finns ju ändå en liten gräns vi kan tulla på, för de är ju ändå hos oss så kort tid. Om en flicka precis kommit så kanske man kan göra något annat med henne om hon mår så dåligt. Men sen har vi ju precis som [behandlingsavdelningen], att det finns ju ett schema och de ska gå och göra sina pass och komma upp på morgonen. Alltså, vi är nog ganska hårda inne hos oss också och ganska fyrkantigt också. Fast det finns nog ändå lite att tulla på så jag tror det är enklare att vara inne hos oss än att vara på behandling. För jag tror att där är det mer fyrkantigt, de ska prata, de ska ... Hos oss blir det mer "ja, ja, känner du inte för att göra det så är det väl så". Men kanske inte varje dag. Nej, så kan jag känna i alla fall.

Behandlingsassistent 1: Nej men så är det, så är det. För att ... tack vare att vi är så fyrkantiga och har struktur och har det här miljöterapeutiska tänket, så blir det ju lättare, som du säger, att göra andra saker utifrån enskild elev. (Akutavdelning 1)

Vid ett fältbesök på akutavdelning noterades också hur personalen uppmanade och försökte få ungdomarna att delta i schemalagda aktiviteter genom att till exempel säga "Kom nu" eller "Jo, nu går vi" flera gånger, varmed någon ungdom till slut följde med,

men inte alla. Någon skyllde på huvudvärk. Flexibilitet i detta avseende kan också förstås som ett sätt att hålla lugnet på avdelningen, och huruvida alla gör lika eller inte verkar också vara en definitionsfråga och beroende av personal. I citatet nedan diskuteras en situation där en ungdom fått sitta bredvid och måla i stället för att se film som de andra ungdomarna, vilket var den egentliga punkten på schemat.

Behandlingsassistent 4: Ibland så är det ju så att, och det är ju det som är lite problem också, för att vi som jobbar med det här vi är ju en brokig skara människor naturligtvis. Och sen kanske det är någon som tycker att står det film då ska det vara film.

Intervjuare: Ja, ja.

Behandlingsassistent 4: Ja. Sen kan det bli ett, helt i onödan, bråk. För en sån skitsak.

Intervjuare: Ja.

Behandlingsassistent 4: Tänker jag. Nej. Det vill inte jag vara med om i alla fall. Och det tänker jag inte vara med om. Sätt dig och måla då.

(Akutavdelning A2)

Även om situationen inte verkade ha vållat några problem inom personalen, utan alla hade tyckt att det var okej, togs det under intervjun upp som något som avvek från det ungdomen egentligen var tänkt att göra utifrån schemat. Detta synliggör att arbete på akutavdelningar för personalens del också kan innefatta förhandlingar inom personalgruppen beträffande hur regler och rutiner ska tolkas och när avvikelser från schemat kan göras. Det kan också ses som ett uttryck för behovet av att hålla lugn på avdelningen och undvika bråk (jfr Hill, 2005). Förhandlingar inom personalgruppen för att hålla en enad front gentemot de unga framstår som mer centralt på akutavdelningar, än förhandlingar med den unge.

På akutavdelningar kan detta också medföra spänning där personal i prat framhåller vikten av regler, att den unge ska göra sina "pass" och att schemat ska följas samtidigt som dagarna i sig ofta ter sig långtråkiga och i avsaknad av innehåll bland de unga då få krav ställs. Ett exempel på detta och på flexibel fyrkantighet – när personal behöver förhålla sig till både gruppen unga och önskemål från enskilda – är en händelse vid ett fältbesök på en akutavdelning, där några ungdomar önskade se en film på förmiddagen då de inte hade något annat på sitt schema.

Flera ungdomar halvlåg i soffan och uttryckte önskemål om att få se en viss film. Efter en stunds diskussion sade den behandlingsassistent som var närvarande att de kunde se filmen en stund i väntan på nästa pass, vilket var fika, och gick iväg och hämtade filmen. Då kom en annan behandlingsassistent och frågade hur hen "tänker" då det bara är 15 minuter till fika. Diskussion uppstod mellan behandlingsassistenterna. Det slutar med att den första behandlingsassistenten säger till ungdomarna att den andra behandlingsassistenten har helt rätt, att det är bättre att se filmen på eftermiddagen när alla ungdomar är där och när de kan se hela filmen färdigt. "Men då har ju jag socmöte", säger en ungdom. Det bestäms ändå att filmen ska sättas på först senare på eftermiddagen. De unga uttryckte besvikelse över detta och låg kvar sysslösa i tv-soffan och väntade in fikan. (Fältbesök. akutavdelning)

Förhandlingarna mellan de två i personalen hade resulterat i att de som var kvar på avdelningen fick invänta fikan och de ungdomar som för tillfället hade andra punkter på sitt schema, innan de fick se filmen. Detta kan ses som ett exempel på svårigheten att erbjuda ett innehåll och förströelse till en grupp ungdomar på ett rättvist sätt, där roligare aktiviteter bör erbjudas alla i samma utsträckning, för att undvika orättvisa eller konflikter. Det synliggör också vikten av att hålla på tiderna för "passen", vilket i detta fall var fika. Att se film och fika samtidigt verkade inte vara ett alternativ. Enskilda individers behov kan därmed behöva underordna sig gruppen, vilket i fallet ovan resulterade i mer sysslolöshet. Studier har också visat att personal på ungdomshem kan ha olika syn på frågor som rör exempelvis metodik, vilket kan försvåra interaktionen med de unga, och att fokus tenderar att handla om planering av aktiviteter och vem som ska ansvara för dessa (Ahonen, 2012; Ahonen & Degner, 2012; Ahonen & Degner, 2013), vilket observationen ovan kan ses som ett uttryck för. Ett annat liknande exempel är när det på en akutavdelning uppstod problem med hur dagens schema skulle tolkas, då nya scheman nyss införts och det var oklart vad de unga skulle göra.

Personalen verkade stressad över att de unga enligt schemat skulle ha någon form av "pass" den aktuella tiden, samtidigt som det var oklart i vad det skulle bestå av då schemat nyligen ändrats. Som lösning valde en i personalen då att ha "skola här" och sätta sig i soffan med ungdomarna och läsa högt ur en bok där unga inom SiS själva skrivit berättelser, som ungdomarna fick fundera lite kring tillsammans halvoliggandes i soffan. (Fältbesök, akutavdelning)

Situationen kan både betraktas som ett uttryck för behovet att tillhandahålla ett fast schema och "pass" när det är schemalagt, och som ett uttryck för flexibilitet och lösningar i vardagen för att få tiden att gå. En ungdom menade dock att det bara var för att forskaren var närvarande som personalen hittade på något: "Det är bara för att du är här de hittar på nåt. Annars sitter vi bara här" (ungdom), vilket personalen menade inte stämde. Historierna i boken dominerades av berättelser om missbruk och destruktivt beteende då det var ungdomar som vistats inom SiS som var författare. Ungdomarna lyssnade uppmärksamt på berättelserna och kom med kommentarer på texterna, varmed det verkade fungera väl som ett sätt att få deras uppmärksamhet och erbjuda någon form av innehåll på schemat.

Arbetet på behandlingsavdelningar beskrivs som något där mer krav ställs på den unge men där den unge också ges mer inflytande, vilket i större utsträckning innebär förhandlingar med den unge.

Behandlingsassistent 5: Där ute [på behandlingsavdelningen] kanske du kan förhandla lite mer med dem eftersom de ska komma vidare. Att de får vara med och planera saker och ting, vad som ska hända och ske.

Intervjuare: Ja, ja.

Behandlingsassistent 5: Men det är inte alltid att de får som de vill. (Akutavdelning A2)

På akutavdelningen verkar förhandlingarna framför allt handla om förhandlingar inom personalgruppen för att upprätthålla en yttre fasad gällande gemensam struktur och tydlighet vad gäller regler för ungdomsgruppen som helhet, medan vård på

behandlingsavdelningar kan vara mer individcentrerad. Samtidigt framkommer en flexibel hållning till kravet på enskilda ungdomar att delta i aktiviteter utifrån mående.

Samarbete med olika aktörer

Av webbenkäten till personal framkom att den absoluta majoriteten ser flera involverade som centrala samarbetspartner för att kunna ge god vård och omsorg. I princip samtliga svarande uppger den unge själv samt avdelningsföreståndare och övrig personal på avdelningen som mycket viktiga. Nästan lika viktiga är den unges föräldrar eller andra närstående, men här uppger en tredjedel dem vara "ganska viktiga", vilket kan förklaras med en kommentar som gavs i webbenkäten: "Vår målgrupp är ungdomar i övre tonåren därav har föräldrarna mindre inflytande över vården." Det är ungefär samma betydelse som ges åt institutionschef och personal på ungdomshemmet generellt.

De svarande i webbenkäterna till personal inom SiS anger genomgående att behandlingsplaner alltid upprättas för unga som vårdas på deras avdelning, alla 47 svarande instämmer helt eller devis i detta påstående, varav åtta svarande bara endast instämmer delvis. Socialtjänsten är också en viktig samarbetspartner, tre fjärdedelar (35 av 48 svarande) anger den som mycket viktig i svar från webbenkäter, medan resterande 13 svarande ser socialtjänsten som en ganska viktig samarbetspartner. Större tveksamhet uttrycks i hur samarbetet fungerar, sju av 48 svarande instämmer helt i att samarbetet mellan avdelningen och socialtjänsten oftast fungerar bra medan 33 svarande endast delvis instämmer i samma påstående och åtta helt eller delvis tar avstånd från påståendet. Det finns också en tveksamhet bland de som besvarat enkäten i frågan om socialsekreterare har god inblick i hur vården på ungdomshemmet fungerar, eller hur den unge har det på avdelningen. Mer än hälften, 27 av 48 svarande, tar helt eller delvis avstånd från påståendet om att socialsekreterare har en god inblick i hur vården på ungdomshemmet fungerar. Endast tre av 46 svarande instämmer helt i att socialsekreterare oftast har en god inblick i hur den unge har det på avdelningen, 21 instämmer delvis medan 22 helt eller delvis tar avstånd från samma påstående. Majoriteten har svarat att de antingen *instämmer delvis* eller *delvis tar avstånd från* på båda dessa frågor, vilket visar på osäkerhet i frågan. Detta antyder också att det kan vara variation i de olika socialsekreterarnas inblick. I en kommentar i personalenkäten anges följande:

Jag upplever att ett icke försumbart antal socialsekreterare i dag är alldeles för "unga och gröna" för att ansvara för tvångsvårdsplaceringar. Dvs. om du är nyexad så får du ta mycket svåra beslut och samtal som du kanske egentligen skulle behöva ha ett antal år i verksamheten för att hantera. Hantera både för din egen skull (stress) och för den unges skull. (Webbenkät svar, personal på ungdomshem)

Även i frågan om socialtjänstens vårdplaner framkommer osäkerhet. Endast en svarande i webbenkäten till ungdomshem instämmer helt i att socialtjänsten oftast formulerar tydliga och realistiska uppdrag (vårdplaner), 21 instämmer delvis medan 25 av 47 sva-

rande helt eller delvis tar avstånd från samma påstående. I gruppintervjuerna med behandlingsassistenter framkom också att socialtjänst och personal inom SiS kan ha olika uppfattning om vad som är en genomförbar behandlingsplan och vad som är möjligt att arbeta med på ungdomshemmet.

Behandlingsassistent 9: Vi får ju rena behandlingsuppdrag och det funkar ju inte va, utan då får vi säga, då får vi ta lite delmål bara. Ge oss där vi kan påbörja och underlätta för det då, för en vidare planering.

Intervjuare: Hur reagerar socialtjänsten när ni säger det?

Behandlingsassistent 9: De tar till sig det. Hemsidan, det har ju stått lite luddigt på den och de tror de kan få precis allt på en akutavdelning då va. Men när man pratar med dem är det inga problem. (Akutavdelning B2)

Uppdragen till akutavdelningar kan därmed uppfattas som för omfattande för akutavdelningar, men det kan också handla om bristen på plan vad gäller framtiden för den unge.

Behandlingsassistent 1: De tänker också lite kortsiktigt. Så vårt uppdrag blir både att jobba på socialtjänsten, att jobba mot dem och att motivera tjejen. Ibland. Tyvärr. (Akutavdelning A1)

Två tredjedelar (31 av 48 svarande) av de svarande i webbenkäten till personal inom SiS instämmer helt eller delvis i påståendet att de kan påverka socialtjänstens bedömning och vårdplanering för den unge, framför allt har de svarat att de delvis kan göra det. Samtidigt kan socialtjänstens begränsade tid försvåra möjligheterna till samverkan, vilket beskrivs nedan från en intervju med personal på behandlingsavdelning.

Behandlingsassistent 14: Vi har ju bara BK, behandlingskonferenser, med soc och förälder, vårdnadshavare och så, sitter vi här och någon i kontaktteamet, det är var sjätte vecka.

Intervjuare: Okej.

Behandlingsassistent 16: Förhoppningsvis.

Behandlingsassistent 14: I bästa fall, ja.

Behandlingsassistent 16: Om socialen hinner.

Behandlingsassistent 14: Ja, nej, vi kan, vi hinner var sjätte vecka, det är de som inte hinner. (Behandlingsavdelning B3)

Förändringar över tid som påverkat akutavdelningar

I intervjuer och svar i webbenkäter till personal inom SiS framkommer också en del förändringar över tid som påverkat arbetet och praktiken på såväl akut- som behandlingsavdelningar. Personal på båda avdelningstyperna ger uttryck för ett minskat handlingsutrymme. I en intervju framkommer exempelvis att vissa metoder som tidigare

använts inte längre får användas på akutavdelningen, att programrelaterade metoder bara ska finnas på behandlingsavdelningar. De arbetssätt som finns att tillgå beskrivs vara begränsade till ADAD-intervjuer och eventuellt motiverande samtal genom MI.

I intervjuer med personal på akutavdelningar framhålls också att ökade krav på riskbedömningar och sämre personaltäthet har medfört sämre möjligheter att ta med de unga utanför akutavdelningen jämfört med hur det varit tidigare.

Behandlingsassistent 4: Vi är ute. Ja, det har blivit sämre nu då. Vi har fått en massa inskränkningar i det här. Att vi inte ska åka ut så mycket som vi faktiskt gjorde förr.

Intervjuare: Ja ja.

Behandlingsassistent 4: För då åkte vi ut väldigt mycket. (Akutavdelning A2)

De önskemål som förs fram av personal som jobbar på akutavdelningar i gruppintervjuer handlar också om bättre möjlighet till utevistelse för de unga, större rastgårdar än de atriumliknande rökrutor som ofta finns, och bättre personaltäthet. Sedan oktober 2018 anges i LVU-lagstiftningen att unga som vårdas på låsbar avdelning har rätt till daglig utevistelse och fysisk aktivitet eller annan fritidssysselsättning (15b § LVU; 2:a st.). Utifrån vad som framkommer av intervjuerna verkar en förutsättning för detta krav också vara god personaltäthet. Vidare framhålls att centraliseringen av skolan inom SiS till en byggnad utanför akutavdelningen kan vara ett problem för unga som ännu inte får vistas utanför akutavdelningen:

Intervjuare: Ja just det, men ni har möjlighet att ge ungdomarna, de som inte får lämna avdelningen, för i början är det väl kanske ganska så strikt, att de kan börja skola här?

Behandlingsassistent 9: Nej, så är det inte längre utan det får de –

Behandlingsassistent 10: De har tagit bort det för två veckor sedan.

Behandlingsassistent 9: Nu måste de ha öppna former här hos oss då, de har ingen skola här på avdelningen.

Intervjuare: Men vad innebär det? Så att om man inte är redo för öppna former så får man –

Behandlingsassistent 9: Mindre skola.

Intervjuare: Mindre punkter på sitt schema då?

Behandlingsassistent 9: Ja.

(Akutavdelning B2)

I samma intervju menar man på att det finns exempel på att socialtjänsten inte velat att ungdomar ska få vistas utanför avdelningen på flera veckor när de varit placerade på akutavdelningen, och att det då är mycket begränsat vad personalen kan erbjuda den unge, i synnerhet när inte skola längre finns på avdelningen. Behandlingsassistenten (nr 9) ovan menar att "Hur ska man motivera en sån pojke ... till nånting?". Därmed verkar det finnas en viss motsättning i att samtidigt som ungas rättigheter till saker som utevistelse och skola betonas i lagstiftning och retorik, kan praktikens krav på riskbedömningar och organiseringen av skolan inom SiS ge sämre förutsättningar för detta gällande unga på akutavdelningar som ännu inte får vistas utanför avdelningen. Dessa

dilemman synliggör också svårigheten att erbjuda både skydd och ett bra vårdinnehåll och meningsfulla aktiviteter på akutavdelningar när skola och mer strukturerad behandling inte kan ges inne på avdelningen.

När gränserna mellan avdelningar suddas ut

Långa vårdköer påverkar arbetet på såväl akut- som behandlingsavdelningar. Samtidigt ligger det i akutavdelningarnas natur att vårdtiderna ska vara korta, och det verkar finnas en annan beredskap för detta, och att målgruppen är heterogen. Då det på behandlingsavdelningar finns en ambition att kunna arbeta med behandling och tillämpa de program det finns kunskap om, krävs däremot att de unga som placeras där någorlunda matchar behandlingsavdelningens profil och innehåll. I webbenkäten till personal på ungdomshem uttrycks en osäkerhet i om behandlingsavdelningar bara tar emot unga som passar med avdelningens profil och kompetens. Av 46 svarande instämmer 20 helt eller delvis i detta påstående, medan 25 tar delvis eller helt avstånd från detta, en har svarat "vet ej". I ett enkätsvar anges:

Det ska inte vara så men vi har krav att ta emot de flesta oavsett om vi har resurser eller är nischade åt det hållet. Det blir inte bra i längden. (Webbenkätsvar, personal på ungdomshem)

När långa vårdtider gör att unga pressas in på behandlingsavdelningar innan de är mottagliga för behandling, kan det av personal upplevas som att behandlingsavdelningen ändrar karaktär och blir alltmer lik en akutavdelning i vad som kan erbjudas. På behandlingsavdelningarna är det viktigt med ett strukturerat schema för ungdomarna, samtliga 47 som besvarat frågan i personalenkäten instämmer i det. Likaså är det viktigt att de unga som vårdas på behandlingsavdelning går i skolan, 44 av 46 svarande i webbenkäten anser detta medan två tar delvis tar avstånd från påståendet. Genomgående menar de svarande att det finns goda förutsättningar att bedriva behandling på behandlingsavdelningar inom SiS och att det går att bedriva meningsfull behandling på låst behandlingsavdelning. Men det finns också kritiska röster från behandlingsavdelningar, som gruppen som resonerar som nedan i en intervju:

Behandlingsassistent 16: Många gånger blir nästan det mesta av jobbet liksom att hålla dem i schack för att det inte ska hända något dem emellan.

Behandlingsassistent 14: Ja.

Behandlingsassistent 15: Det har blivit lite nu här sista, eller senaste två åren skulle jag vilja säga, en förlängd akutavdelning känns det lite som.

Behandlingsassistent 14: Ja.

Intervjuare: Den här behandlingsavdelningen?

Behandlingsassistent 15: Ja.

Behandlingsassistent 14: Det är till och med så att soc inte har ens en behandlingsplan för dem, de skriver något på ett papper bara sen, för att de ska vara här. (Behandlingsavdelning B3)

Det råder stor tveksamhet ifråga om vilka unga som tas emot på behandlingsavdelningar. En dryg tredjedel (18 av 46) av de svarande i webbenkäten instämmer delvis i påståendet "Behandlingsavdelningar tar endast emot unga som har en problematik som passar med avdelningens profil och kompetens" och nästan lika många (17 av 46) tar delvis avstånd från samma påstående. De återstående fördelas på att instämma helt (2 av 46) och att ta helt avstånd (8 av 46), med en övervikt på avståndstagandet, och en har svarat "vet ej". Detta kan man tolka som att det finns problem i matchningen, i att rätt unga finns på avdelningarna. Vilket i sin tur leder tanken till att svaren på frågorna om möjligheterna att bedriva behandling i en del fall handlar mer om hur det borde vara än om hur det i praktiken är. Man kan också tänka att den breda variationen handlar om att begreppet "behandling" inte är definierat och därför kan uttolkas olika. En av de svarande lämnar också en kommentar i enkäten: "Ni borde ha definierat vad som menas med 'behandling'". Samtidigt pekar detta på ett övergripande problem ifråga om behandlingsbegreppet, och vad behandling egentligen kan tänkas innebära inom SiS, vem som definierar vad som är behandling och utifrån vilka kriterier.

När alla ungdomar tas in på de avdelningar där ledig plats finns, blir utrymmet för att jobba med strukturerade program sämre på behandlingsavdelningar.

Behandlingsassistent 15: Det försvinner lite det här med våra – med ART och återfallsprevention och liksom – det försvinner när det liksom bara proppas in alla dessa olika ungdomar med olika problematik, för det är mening, med ART:en är ju liksom uppbyggd för att man ska sitta i en hel grupp. Vi kan inte sitta i grupper här, vi har den ena ungdomen som inte klarar av stora grupper, sen har vi någon som inte kan språket och –

Behandlingsassistent 16: Sen har vi någon som är svagbegåvad.

(Behandlingsavdelning B3)

På akutavdelningar finns en annan beredskap för att arbeta med varierande problem eftersom man där möter en bredare grupp. Det är snarare så att personal uppfattar det som att det inte finns förväntningar och möjligheter att arbeta med specifika program. Där uppstår dilemman i relation till att göra ett bra jobb snarare när unga blir kvar längre än vad som är bra för dem, och när socialtjänsten gör en annan bedömning än ungdomshemmet kring om den unge är redo för öppnare vårdformer eller inte. Å ena sidan uttrycks i enkätsvar och i intervjuerna med personalen att behandlingsassistenter på akutavdelningar ska jobba med omsorg varmed utbildning i program är mindre viktig än personlig lämplighet på dessa avdelningar. Å andra sidan uttrycks också att akutavdelningar kanske borde kunna arbeta mer behandlande än vad som nu görs.

Behandlingsassistent 16: Det jag tänker också när man hamnar på akutavdelning exempelvis så är det ju minst åtta veckor ... Många gånger så "ja du sitter där i två månader" sedan hamnar du på behandlingssidan. Och sedan tar det lite tid innan man får ett uppdrag så det är, det tar så lång tid innan. Jag menar att de kunde kanske redan komma in i behandling redan i akut, kanske förkorta hela vårdkedjan. Jag vet inte.

Behandlingsassistent 15: Man vet att ungdomen ska vidare in i behandling.

Behandlingsassistent 16: Ja precis. För ofta så vet de ju redan när de hamnar på akuten att de ska gå igenom behandling.

(...)

Intervjuare: Att det skulle kunna vara ett sätt att få processen att gå snabbare?

Behandlingsassistent 16: Ja. Och kanske även att ungdomarna känner att det händer någonting, för ofta blir det att de känner att det händer ingenting. Och jag kan tänka mig att bara sitta på en akut i åtta veckor, känner, det händer inget. Sedan hamnar man på behandling också står det still lite där i början innan –

Behandlingsassistent 15: Innan man får ett uppdrag.

(Behandlingsavdelning B3)

Att erbjuda mer av behandlande inslag på akutavdelning beskrivs i citatet ovan som något som skulle ge den unge en mer meningsfull tid på akutavdelning, i synnerhet om väntan där blir lång. Men det kan också förstås som ett sätt att förbereda den unge bättre för tid på behandlingsavdelning, vilket ger personal där bättre förutsättningar att arbeta med sina behandlingsprogram i exempelvis grupp. I webbenkäten instämmer också 31 av 46 svarande helt eller delvis i påståendet att den unge bör kunna erbjudas behandling på akutavdelning, tio tar delvis avstånd medan en helt tar avstånd och en svarar "vet ej". De som besvarat webbenkäten menar också i stor utsträckning att det är viktigt att de unga som vårdas på akutavdelning går i skolan, 38 av 46 svarande instämmer helt eller delvis i detta påstående, fyra tar delvis avstånd och fyra svarar "vet ej".

Summering

Sammantaget kan akutpraktiken ur behandlingsassistenternas perspektiv förstås som en plats där den unge får landa när hen befinner sig i dåligt fysiskt och psykiskt skick. Målgruppen på särskilda ungdomshem är i sig heterogen, i en studie av 2 500 unga placerade 1997–2001 visas också att det finns en stor variation i problematik och problemtyngd bland ungdomarna (Shannon, 2011). Oliktigheterna i de ungas grundläggande problematik lyfts särskilt fram gällande akutavdelningarna bland personalen. Akutavdelningen beskrivs som en första anhalt inom SiS som är viktig för att både erbjuda den unge skydd och lugn och ro, utan större krav på samtal eller att delta i aktiviteter. Liksom socialsekreterarna så talar personal på ungdomshemmen om akutavdelningen som en plats där den unge ska landa. Den unge ska skolas in i dagliga, normala rutiner varmed det som beskrivs till stor del handlar om mer miljöterapeutiska inslag såsom att gå upp, klä på sig och i bästa fall delta i andra aktiviteter på institutionen så småningom. Akutavdelningen beskrivs som ett viktigt och självklart inslag för den unges överlevnad och för att den unge ska komma in i någorlunda normala rutiner, men också för att personalen och SiS ska lära känna den unge innan hen kan slussas vidare till behandlingsavdelning.

Dilemmat mellan att å ena sidan erbjuda skydd och fysisk kontroll av den unge och å andra sidan erbjuda en meningsfull tillvaro och meningsfullt vårdinnehåll framkommer också, framför allt när unga inte kan vistas utanför avdelningen och ännu inte fått vård i öppnare former. Här har socialtjänstens bedömningar och beslut också betydelse för hur länge den unge är "fast" inne på avdelningen och här kan finnas en motsättning mellan socialtjänstens behov av kontroll av den unge, och hur SiS organiserat verksamheten, där skolan kan ligga i en annan byggnad och inte erbjudas på akutavdelningen. Detta verkar i synnerhet bli problematiskt när den unge vistas en längre tid på akutavdelningen, vilket långa vårdköer kan bidra till. Långa vårdköer framhålls också som problematiskt för behandlingsavdelningar, där behandlingsassistenter uttrycker att de inte kan arbeta med de metoder de är utbildade för om ungdomarna är i för dåligt skick eller har problem som avdelningen inte kan jobba med. Skillnaden mellan akut- och behandlingsavdelningar tenderar därmed att bli mindre när vårdköer skapar ett tryck på avdelningarna att ta emot alla ungdomar.

Kapitel 5. Ungdomarnas perspektiv

I detta kapitel redogörs för ungdomars upplevelser och perspektiv på akutavdelningarnas funktion och praktik utifrån intervjustudien med ungdomar och fältbesök på ungdomshem. Kapitlet inleds med att beskriva hur de unga kan ge uttryck för olikheter mellan akutavdelningar och ungdomshem, att det finns skilda upplevelser av akutvård. Därefter redogörs för upplevelser kopplat till vård på akutavdelning såsom förlust av materiella saker och kontroll, samt tristess och strategier för att hantera tiden på avdelningen. Sedan övergår kapitlet till att belysa dilemman kopplat till långa vårdtider på akutavdelningar samt synen på eventuella likheter och skillnader mellan akut- och behandlingsavdelningar ur de ungas perspektiv. I detta kapitel görs också viss återkoppling till forskning, då flera upplevelser som ungdomarna i detta kapitel berör överensstämmer med studier om ungdomshem i allmänhet, oavsett avdelningstyp, där den låsta kontrollerande miljön är av avgörande betydelse för de ungas upplevelser. Kapitlet avslutas med en summering. Ungdomarna som intervjuats har när citat återges här givits dessa fingerande namn: Anna, Bodil, Cecilia, Eva, Fredrik, Gustav, Hans och Ivar.

Olika avdelningar, olika upplevelser

Samtliga ungdomar som intervjuades hade vid tidpunkten för intervjun erfarenhet av att vara placerade både på akutavdelning och på behandlingsavdelning inom SiS. Hälften uppger också att de hade erfarenhet av att vara placerade inom SiS även tidigare. En ungdom uppger sig ha varit på fyra eller fem akutavdelningar och en ungdom säger sig ha varit placerad på akutavdelning vid åtta olika tillfällen vad hen minns (sju olika akutavdelningar). Merparten beskriver också att de haft kontakt med socialtjänsten en längre period, en del under flera års tid sedan de var små. Alla utom en har erfarenhet av tidigare placering på öppna HVB-hem eller i familjehem. Merparten uttrycker att de hade behov av placeringen på akutavdelningen för att överleva eller skyddas från sin egen destruktivitet. Endast några enstaka ungdomar förknippar vård på akutavdelning med enbart negativa faktorer eller något som medfört mer skada än nytta för deras del. Ungdomarnas berättelser tydliggör att det finns många olika typer av akutavdelningar, och hur den unge upplever att en specifik akutavdelning är kopplat till faktorer som personalens förhållningssätt och hur de unga själva ser på behovet av inlåsning. I intervjuerna bad forskaren (Lina Ponnert) ungdomarna beskriva tiden på akutavdelning med ett ord, och de ord och beskrivningar som då framkom varierade, och beskriv-

ningar av tiden på akutavdelningen återfanns också i intervjuerna som helhet. Nedan ges en introducerande inblick i hur tiden på akutavdelning beskrevs i intervjuerna.

- Hemskt. Alltså man behöver nog sitta där själv för att förstå. (Anna)
- Alltså, det, bra. Jag fick ju tid att tänka vad fan jag har gjort med mitt liv liksom. (Bodil)
- Semester. För mig var det. Jag lämnade in mig själv och det gjorde jag jävligt bra. /---/ Jag skulle fått psykos, alltså på riktigt. (Cecilia) (beskriver två olika avdelningar)
- Det är bra där. /---/ Ja, det är hemskt där. (Eva) (beskriver två olika akutavdelningar)
- Sämst. Alltså. Riktigt dåligt. (Fredrik)
- Det är bra. Jag tycker om akut. (Gustav)
- Ja, jag vet inte riktigt. Jag tycker det är bra liksom. (Hans)
- Det var tråkigt. Det hände ingenting. (Ivar)

De ungas upplevelser och tankar kring akutavdelningar spänner alltså från "bra" till "hemskt", vilket hänger samman med hur de uppfattar den egna situationen och sitt vårdbehov vid placeringen, men också utifrån vilket ungdomshem eller vilken institution de placerades på.

I materialet framträder bilden av "den goda akutavdelningen", med personal som verkligen bryr sig och har empatisk förmåga, där reglerna känns rimliga och där ungdomar också ger uttryck för att vården fungerat okej. Samtidigt ger också flera uttryck för erfarenheter av "den onda akutavdelningen", där reglerna framstår som orimliga och där belöningsystem är utformade på ett sätt så att det aldrig går att avancera. Inledningsvis ges därför en bild av det som utifrån ungdomarnas berättelser och positiva upplevelser kan beskrivas som "den goda akutavdelningen". Därefter beskrivs "den onda akutavdelningen" utifrån negativa erfarenheter som framkommit i intervjuerna.

Den "goda" akutavdelningen

De flesta ungdomarna kunde se att de hade behov av vård på låst akutavdelning, varmed avdelningens skyddande syfte också beskrivs av en del ungdomar själva. Anna säger: "Hade jag inte åkt in på låst, så hade jag säkert inte levt nu". Den goda akutavdelningen beskrivs som ett ställe där den unge kan vila upp sig, en plats där personalen lyssnar och har ett empatiskt förhållningssätt. De ungdomar som främst har positiva upplevelser av akutavdelningar beskriver det som en tid för vila och där mindre krav ställs på dem jämfört med behandlingsavdelningar.

Intervjuare: Hur känns det att komma till en akutavdelning?

Gustav: Alltså, jag tycker det är nice. Man går upp i vikt, man vilar upp sig och så där. Så jag tycker det är nice att hamna på akut faktiskt.

Intervjuare: Okej. Så det är ingenting sånt som du blir upprörd över när du placeras på akut?

Gustav: Nej, jag blev mer upprörd över att jag kom hit alltså.

Intervjuare: Till behandlingsavdelning?

Gustav: Ja. Akut är bra. Jag tycker om akut.

Intervjuare: Det gör du. Mm. Så då kan det kännas bra att placeras på akut, för din del?

Gustav: Ja, absolut. Det är helt okej. Jag har inget emot det alltså.

I beskrivningen av den goda akutavdelningen blir det också tydligt att personalen och personalens förhållningssätt är viktiga för ungdomarna när avdelningen är låst och rörligheten begränsad. När ungdomarna beskriver hur en bra personal ska vara, eller vilket råd de ville ge till personal på akutavdelningarna, betonar de vikten av att visa empati, omtänksamhet och respekt, att bry sig om och fungera som ett stöd. En av de unga uttrycker det som:

Det jag skulle vilja säga till dem det är att de som jobbar där ... Av dem som jobbar där för att de ... De som jobbar där för att de bryr sig, alltså för att de verkligen vill hjälpa, de ska jobba där. Men de som bara jobbar där för att de inte har nåt annat jobb, eller för att det var det enda jobbat de kunde få, de ska inte jobba där. (Anna)

Ungdomarna ger uttryck för att de märker om någon i personalen bryr sig "på riktigt", eller bara ser det som ett jobb som ska hanteras. Personal som bryr sig lyssnar och är också beredd att hjälpa och stödja den unge i till exempel kontakter med socialtjänsten och omvärlden.

Intervjuare: Mm. Okej. Hur är det med personalen. Är personalen viktig när man är på akutavdelning?

Hans: Ja, det är viktigt. Man ska kunna prata ju liksom och så med dem. Och man berättar mycket och så där, och de försöker hjälpa en när man ber om det. Jag försökte här, att de skulle hjälpa mig det här med soc och grejer, att jag ska få åka hem, och de försöker liksom hela tiden. Det skulle de försöka med nu i dag också, att få tag i dem.

Intervjuare: Okej.

Hans: Så de är bra här faktiskt.

Tidigare studier har pekat på att hur unga upplever tiden på ungdomshem hänger samman med relationen och bemötande från personalen och hur unga också kan se att de haft behov av vård och att vården inte enbart behöver ses som negativ (Enell, 2015; Enell, 2018; Levin, 1998). I berättelserna om den goda avdelningen är det också personal som lyssnar och visar omsorg som är i fokus. Något som kan sägas vara specifikt för just akutavdelningar, som lyfts fram i ungdomarnas beskrivningar av den goda avdelningen, är också frånvaron av krav på akutavdelningar, att få vila upp sig och återhämta sig fysiskt.

Den "onda akutavdelningen"

I berättelserna om den onda avdelningen framträder i stället bilden av en regelstyrd avdelning, där personalens förhållningssätt präglas av disciplinering och straff. En ungdom beskriver hur han inledningsvis placerades på en akutavdelning på ett ungdomshem som kompisar med erfarenhet från SiS-vård beskrivit som "det värsta" ungdomshemmet, och hur hemskt han upplevde tiden där.

Fredrik: De hade nånting som kallades steg. Och det var nästan ingen som hade steg. Alltså, sade man ett dåligt ord, eller du förstår. Man var nästan, man blir nästan tvungen att fjäska alltså. Så då gick man ner på noll igen. Så det var nästan aldrig nån som var på öppen om man säger så. Eller kunde gå en promenad.

Intervjuare: Så man var tvungen att nå nivå två för att kunna –

Fredrik: Ja.

Intervjuare: – komma ut?

Fredrik: Exakt.

Intervjuare: Och man kunde halka tillbaka igen?

Fredrik: Ja.

Intervjuare: Vad kunde göra att man halkade tillbaks? Vad var det för typ av saker?

Fredrik: (Suck) Allt möjligt alltså. Bland annat om man hade dålig attityd, eller du förstår, mot andra ungdomar eller personal. Alltså, dålig attityd var nog det ... Som nästan alla hade alltså, för personalen där var inte snälla om man säger så. De var som plitar.

Intervjuare: Okej.

Fredrik: Obligatorisk innebandy varje dag.

Intervjuare: Och vad hände om man inte ville vara med på innebandyn då?

Fredrik: Då fick man vara på isolering.

Intervjuare: Jaså.

Fredrik: Ja. Eller på rummet. Det beror på hur man, alltså, har skött sig innan.

Samma ungdom menar att han började med använda droger i större omfattning efter vistelsen på akutavdelning, då alla ungdomarna där talat så gott om droger och att "Det var min liksom vändning i livet, eller du förstår, till allt ont". I berättelserna om den onda akutavdelningen är bruket av olika regler i fokus, ungdomarna ger också exempel på personal som de anser missbrukat sin makt genom att hålla onödigt hårt på regler, eller som fattat beslut som de unga uppfattat som orättvisa eller kollektiv bestraffning.

Eva: Nej, men där var det ju helt, de var helt borta där. Personalen var ju helt emot en. Det var liksom bråk hela, om nån hade börjat bråka så stod de mest och kollade på liksom. Sen det var, det var jätte ... Det var typ hemskt där. Det var det. För att det var som ett fängelse. Precis som vi sitter där för ett straff. Och vissa kanske inte ens är där för att de kanske har gjort nånting. Alltså, det blir helt fel.

Intervjuare: Okej.

Eva: Och det var jätteskabbigt och det var jätteäckligt. Och läckte. Och det var liksom –

Intervjuare: Jaha.

Eva: Det var skitäckligt alltså. Hela allt. Hela konceptet var bara ... det var typ sjukt. Alltså, det var så mycket kollektiv bestraffning. Det var så mycket allt.

Intervjuare: Jaså.

Eva: Ja. Och om man höjde rösten till nån eller ifrågasatte personal, då blev det ju kaos

direkt. Då drog de bort massor av ens veckopeng, man fick inte gå utanför dörrarna, man fick inte sitta vid datorn. Alltså spela, det fanns ju internet. Man fick liksom knappt kolla på tv, man fick inte spela, ingenting. Och, ja ... Det var (suck/skratt). Ja.

Liknelserna med fängelse och plitar ger en bild av maktlöshet snarare än av vård och omsorg. När den onda akutavdelningen beskrivs är det olika typer av straffande logiker som de unga lyfter fram, men också en känsla av att personalen betraktar eller behandlar dem som brottslingar. En annan ungdom beskriver hur hon satt inlåst i sju veckor innan hon fick gå på promenad på en akutavdelning och att personalen där inte var bra.

Cecilia: Så jag satt verkligen inlåst, inlåst, inlåst.

Intervjuare: Jag förstår.

Cecilia: Och man fick inte ha mp3, man fick inte ha dvd. Fick bara ha ett block och en bok. Klockan nio skulle man lägga sig och om man inte vaknade på morgonen så var man tvungen att vara inne på sitt rum och sånt hela tiden. Där var det jobbigt. Sen när, jag fick kämpa mig ut därifrån själv. För min soc, min handläggare, de tog semester. De besökte mig en gång. Första veckan jag var där besökte de mig en gång och sen tog de semester båda två. Jag fick igen, alltså, reservhandläggare. Förstår du. Ingen hjälpte mig. Jag fick ta mig ut därifrån själv.

Känslan av att inte få någon hjälp eller behandling av professionella som beskrivs ovan, att behöva hjälpa sig själv, återfinns också i studier av behandlingsavdelningar (Vogel, 2018). Framför allt är det upplevelsen av regler som straff på avdelningen och negativa upplevelser av personalens förhållningssätt till regler och till ungdomarna på avdelningen som framkommer i beskrivningar av den onda avdelningen.

Förlust av kontroll och förlust av saker

Ungdomarna beskriver att det var vanligt att få besked om att de skulle till låst avdelning samma dag som placeringen ägde rum, eller till och med först i bilresan på väg till institutionen. En ungdom menar att hon blev lurad och att socialtjänsten påstod att hon skulle till ett öppet behandlingshem, och att det först vid ankomst till ungdomshemmet gick upp för henne att det var ett SiS-hem. I samband med ankomst till akutavdelningen beskriver ungdomarna hur de fått lämna ifrån sig sina saker, att de fick kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas (jfr 17 § LVU), och hur de ibland fått andra kläder vid ankomst. Den känsla av kontrollförlust som ungdomarna beskriver i samband med ankomst till akutavdelningen präglar även tiden på akutavdelning som helhet, då vårdtiden där är präglad av låsta former och starka begränsningar vad gäller att ha egna tillhörigheter och utevistelse.

Känslan av kontrollförlust handlar framför allt om det faktum att ungdomarna är helt beroende av beslut som fattas av socialtjänst och av personal på avdelningen. Det skapar frustration att inte kunna styra sin situation och beroendet av personalen blir extra tydligt.

Grejen är, man blir knäpp här inne. Man blir psykiskt störd. För man vet inte alltså, man vet att man sitter där och man kan inte ta sig ut. Och du måste göra som de säger, annars blir det isoleringen. Och inte ens dina föräldrar kan göra nånting. Som bestämmer. Och det är sån jobbig känsla, alltså det är så hemskt. (Anna)

Samma tjej uttrycker senare i intervjun att:

När man sitter på låst, det är till personalen, man typ tofflar efter dem. För utan dem så kan man typ inte låsa upp köket, utan dem kan man inte gå ut och röka. Utan dem kan jag inte ta mina mediciner. Utan dem kan jag inte ringa, utan dem, man kan inte göra nånting. Man är försvarslös utan dem alltså. (Anna)

Personalen har resurserna den unge behöver för att kunna göra och hantera vardagliga saker också inom institutionen (jfr Goffman, 2009). Ungdomarna menar att det enda man kan göra är att bara göra som personalen säger, att bara "sitta av sin tid" för att undvika att placeringen blir för lång. Men en tjej uttryckte också vikten av att kontakta alla och ta avsked, då man inte kan kontakta omvärlden och inte vet hur länge man ska sitta på avdelningen.

Anna: Att skriva till alla som man känner att man kommer nog inte höra av sig på några månader.

Intervjuare: För att man inte får eller för att man inte vill eller?

Anna: För att man kan inte höra av sig till nån när man sitter här inne. Det är om man [har den] på telefonlistan, men det är inte alla som blir godkända. Man får bara ringa fyra samtal om dagen.

Intervjuare: Just det. Och då tänker man att ens kompisar kanske undrar varför man inte hör av sig.

Anna: Mm.

Intervjuare: Att de tror att man inte bryr sig längre, eller.

Anna: Ja, alltså man svarar inte, man är inte inloggad på Facebook. Man svarar inte, man lägger inte upp bilder på Insta[gram]. Det är som att man försvinner. Som att man dör typ.

Känslan av kontrollförlust beskrivs ofta som förlust av saker, som telefon och cigaretter, även när det kan handla om att de sakerna inte har ett värde i sig, utan ett värde genom vad de kan användas till, som till exempel till att upprätthålla kontakter.

Jag tycker att om man ska låsa in ungdomar, så tycker jag man kan i alla fall få ha sina mobiler. För är man inlåst så kan man ändå inte göra ett skit. Alltså, det är hemskt alltså. Bara sitta där. Det enda man gör det är, äter och är deprimerad och röker och hamnar i bråk med nån annan brud, som har sina problem. Och hamnar man på "isso". Så får man sitta där inne, så blir man knäpp. (Anna)

I dag har de flesta unga en vana att ständigt kunna vara i kontakt med omvärlden och vänner via en mobiltelefon, och där känslan av att vara avstängd från omvärlden yt-

terligare förstärks när telefonen tas ifrån dem. Möjligheten att i dag vara ständigt uppkopplad med sitt sociala nätverk via sociala medier skapar en dimension som inte tidigare har belysts mer ingående i forskningen. Medan förlusten av kontroll och avbrottet från det gängse sociala sammanhanget tidigare är väl belyst, ger avbrottet från sociala medier en ny dimension. Förlusten av det sociala sammanhanget blir mer påtaglig i en situation där man annars ständigt och kontinuerligt håller sig à jour med varandra på sociala medier, och den kontakten bryts abrupt. Kanske utan att möjlighet att ge förklaring finns. Att vara inlåst beskrivs i citatet ovan som något som skulle bli mer hanterbart om möjligheten att interagera med andra via digitala plattformar fanns kvar. Samtidigt aktualiserar detta det övergripande dilemmat mellan att skapa meningsfullt vårdinnehåll och samtidigt upprätta säkerhet på låsta institutioner. Sedan oktober 2018 är befogenheten i LVU gällande besök och telefon formulerad som att eventuella förbud eller begränsningar mot att använda elektroniska kommunikationsmedel och ta emot besök ska gälla i max två veckor och sedan omprövas och beslutet kan överklagas (15a och 42 §§ LVU).

Förlusten av kontroll i institutionsvården förknippas således till stor del med de begränsningar som präglar första tiden på akutavdelningen och de restriktioner som följer med den. De aktiviteter som står till buds är kanske inte det som ungdomarna normalt ägnar sig åt, men de kan ändå acceptera att göra dem för att få tiden att gå.

Intervjuare: Så både akut- och utredningsavdelningen var helt låst?

Ivar: Ja. Jag hade inte varit ute på sex, sju veckor.

Intervjuare: Okej.

Ivar: Sen fick jag komma ut på en utredningsresa, en gång. Om två timmar. Man blir fuck-ed up där inne alltså. Jag började odla blommor och grejer (skratt). /---/ Det fanns ingenting att göra alltså.

Fler andra ungdomar beskriver att man blir "knäpp" vilket kan tolkas som att de i den anpassning av sin person som sker på institutionen inte riktigt känner igen sig själva och hur de brukar vara. En tjej beskriver hur man inte bör lita på någon inom SiS och inte gå för hårt på andra unga eller bli för nära dem, då man inte är sig själv inom ramen för en SiS-placering.

Bodil: Alltså, man är en annan karaktär när man flyttar hit, det är man. Det blir man.

Intervjuare: Man blir annorlunda?

Bodil: Mm. Man visar inte sitt riktiga jag. Helt.

Intervjuare: Är det för ungdomarna eller det är för personal också?

Bodil: Både och.

Tidigare studier har också pekat på hur ungdomars upplevelser av tiden på ungdomshem är förknippade med maktförlust och förlust av den egna personligheten, utifrån att möjligheten att kunna vara och agera som man vill begränsas (se t.ex. Enell, 2018; Vogel, 2018; jfr Goffman, 1961/2009). Att den unge ska förändras på något sätt finns ju

också inbyggt i den behandlingssidé som ungdomsvården vilar på. Maktförlusten och den roll som erbjuds i sammanhanget ger också förutsättningarna för på vilka sätt de unga kan relatera till varandra och till andra. En dansk studie visar exempelvis att unga på institution uttrycker en svårighet att vara sig själva inom ramen för institutionslivet, samtidigt som de i interaktion med andra ungdomar förväntas vara sig själva och visa de andra respekt (Stokholm, 2009).

Förlusten av kontroll handlar inte bara om tiden på akutavdelning, utan kan också röra tiden därefter. Som tidigare nämnts uppgav en kille hur han började använda droger i större omfattning efter tiden på akutavdelning. En tjej beskriver hur hon drabbades av panikattacker och hade svårt att vara bland människor efter tiden på låst avdelning och beskriver sig själv som "institutionsskadad". Processen att komma in i institutionslivet med alla dess begränsningar har en motsvarighet i processen som sker efteråt, när de unga ska ut ur denna strikt avgränsade tillvaro.

Tristess och väntan – avsaknad av innehåll

Dagarna på akutavdelningen uppfattas av flertalet unga inte ha något egentligt innehåll, och en återkommande beskrivning i ungdomsintervjuerna är tristess och väntan. Fältbesök på akutavdelningarna på ungdomshem A och ungdomshem B gav en inblick i hur schemat kan se ut en dag på akutavdelning dagtid. På den ena akutavdelningen hade det nyligen införts ett gemensamt schema för alla ungdomarna på avdelningen. Av det framkom att det var två "pass" på förmiddagen på 1,5 timme vardera och ett pass på eftermiddagen på 1,5 timme, det vill säga totalt 4,5 timmar "pass" per dag. Schemalagt fanns också tid för morgonmöte, förmiddags- och eftermiddagsfika (30 min/gång) samt lunch (45 min). Schemat avslutades med ett möte och slutade 15.30. De aktiviteter som passen kunde bestå av var enligt schemat skola, fysisk aktivitet, städning, bild och något som heter livskunskap. Livskunskap handlade enligt personalen om att man har vissa teman som man utgår från och diskuterar tillsammans med ungdomarna. Vid ett tillfälle hade man något som då kallades brukarforum på schemat. På det andra ungdomshemmet var schemana mer individuella på akutavdelningen, exempelvis kunde möten med socialsekreterare eller liknande ingå i dagens schema, men tidsmässigt verkade det handla om cirka ett pass på förmiddagen och ett till två pass på eftermiddagen. För unga som fick vistas utanför avdelningen fanns möjlighet att göra pass ute i till exempel trädgård och verkstad, andra pass kunde vara skola och slöjd. Också på detta ungdomshem slutade dagen 15.30 med eventuellt någon aktivitet senare, till exempel gå ut med personal eller liknande.

En ungdom beskriver en dag på akutavdelningen så här:

Gustav: Alltså, man går upp på morgonen. Går upp, äter nånting. Sen, alltså det finns inte så mycket att göra under dagen alltså. Man spelar pingis, kollar tv och så där. Det finns inte mycket att göra. Sen vissa akutavdelningar, har jag fått gå i skola och så där, men inte på alla.

Intervjuare: Inte på alla.

Gustav: Nej.

Intervjuare: Vad tycker du att du får ut av att vara på akutavdelning? Vad betyder det för dig? Alltså, får man, får man ut nån vård –

Gustav: Nej.

Intervjuare: – vad är det som är bra?

Gustav: Det enda som är bra det är att man går upp i vikt och att man vilar upp sig och så. Tills man kommer ut igen.

Ungdomarna talar liksom personalen också om "pass", det vill säga schemalagda aktiviteter som ska göras under en viss veckodag, samtidigt som tiden på akutavdelningen framför allt beskrivs vara präglad av tristess och sysslolöshet.

Intervjuare: Okej. Hur ser en dag på akutavdelningen ut ungefär?

Bodil: Ja, det vi gjorde det var ju mest ... ja. Satt vid datorn, åt, kollade tv, låg i soffan typ bara. Vi gjorde ingenting speciellt.

Intervjuare: Inte. Nej. Man hade inga liksom direkta aktiviteter?

Bodil: Nej, det var ju ett schema. Men det var inte, det var ingenting som jag gjorde så här.

Känslan av att inte göra något på avdelningen kan delvis förklaras med att en del ungdomar själva uttrycker att de inte alltid gjorde sina pass på akutavdelningen.

Anna: Vi har ju så pass som vi måste göra. Typ städa rum eller, alltså så här. Men jag sov hela dagarna.

/---/

Anna: (...) Jag låg ju och sov för det mesta. Annars satt jag väl bara i soffan. Sen gjorde jag mina pass ibland.

Intervjuare: Var det mer som ett sätt att protestera lite kring – att du inte ville vara där?

Anna: Mm. Den sista månaden, det var då jag började göra mina pass. Det var då jag visste att jag var nära att komma därifrån.

En annan ungdom uttrycker att hon inte ville börja skola på akutavdelningen utan först när hon var på plats på en behandlingsavdelning. Ungdomarnas argument för att inte delta i aktiviteter kan förstås utifrån hur de mår, men de kan också förstås utifrån att ungdomarna inte alltid ser någon mening med aktiviteterna. De vet inte vad de ska leda till och de vet inte hur länge de ska vara på avdelningen. Den korta och obestämda tiden på akutavdelningen, vetskapen om att man ska vidare till någon annan avdelning eller vårdform inom kort, kan också göra det svårt att se meningen med att följa aktiviteter utifrån ett schema eller påbörja något skolarbete. Ovissheten och osäkerheten kring sammanhanget kan också medföra protester och behandlingsmotstånd (se t.ex. Enell, 2015; Hill, 2005; Levin, 1998), vilket valet att inte delta i schemalagda pass kan ses som ett uttryck för.

Om aktiviteterna inte känns meningsfulla eller roliga kan också motivationen minska. En tjej uttrycker att ungdomarna fick vara mer delaktiga i att planera aktiviteter, och beskriver en upplevd tröghet i systemet där önskemål från de unga inte fångas upp.

Intervjuare: Tycker du att man skulle behövt mer att göra på akutavdelningen, eller?

Eva: Ja, det tycker jag. Alltså, inte mer pass. Pass gör inte sakerna bättre, tycker inte jag. Att man ska få mer aktiviteter och göra saker vi tycker är kul.

Intervjuare: Har du några tankar kring vad det skulle kunna vara, eller?

Eva: Det var ju många som tyckte om att dansa, till exempel. Jag vet inte. Då kan man ju lika gärna ta dit nån danslärare eller vad som helst, och ha sånt, eller nånting. (...) Sen när man ber om nånting, då ska det ta flera månader, så får man inte ens ett ja eller nej liksom. En del saker verkar det som de inte ens tar upp. Det är mycket saker man faktiskt har bett om och som faktiskt är bra. Alltså, det är inte så att man ber om att jag vill åka ut mer. Utan saker som faktiskt kan vara jättebra.

Möjligheten att delta i aktiviteter kan också se olika ut för unga på akutavdelning, beroende på om de har vård i öppnare former eller inte, vilket beskrivs under nästa rubrik.

Vård i öppnare former som förutsättning för ungas deltagande i vissa aktiviteter

Som påtalats i inledningskapitlet är alla akutavdelningar låsta. I samband med fältbesök på ungdomshem och intervjuer med ungdomar och personal återkom också pratet om huruvida den unge har vård i öppna former eller inte. Detta kan kopplas till 15b § LVU där reglerna för vård vid låsbar avdelning anges. Utgångspunkten är att vård vid låsbar enhet får ske "om det är nödvändigt med hänsyn till den unges eller andras säkerhet" eller "om det är nödvändigt för att förhindra att den unge avviker eller för att i övrigt genomföra vården" (15b § LVU). Samtidigt anges en begränsning i att vård vid låsbar enhet som utgångspunkt ska pågå maximalt två månader, om den måste pågå länge ska den unge "ges möjlighet till vistelse i öppnare former eller utanför hemmet" (15 b§ LVU). Detta innebär att i praktiken kan unga vara inlåsta på akutavdelning två månader i följd, utan att ens komma utanför den egna avdelningen. I samtal med personal på ungdomshemmen vid fältbesök och intervjuer framkom att det är socialtjänsten som ytterst avgör om den unge är redo för öppnare former, det vill säga om hen får vistas utanför avdelningen eller inte. En dag på akutavdelningen kan därmed se väldigt olika ut beroende på om den unge har öppna former eller inte. De som har öppna former kan vara på skolan i en annan byggnad på institutionen, de kan få åka och handla eller ha permissioner medan de som inte har det är begränsade till de aktiviteter som finns på avdelningen. I samband med fältbesök på den ena akutavdelningen framstod denna skillnad mellan att ha eller inte ha vård i öppna former som särskilt markant, då ungdomarna som där hade öppnare former kunde ha många pass utanför avdelningen och även utomhus. Det vill säga vårdtiden kunde då uppfattas som ganska "öppen" även om själva avdelningen var låst. En kille beskriver hur han inte fick ha vård i öppna former på åtta veckor, ett beslut hans socialsekreterare hade fattat, trots att personalen på ungdomshemmet tyckte han skulle få det tidigare, vilket medförde att han under den tiden inte direkt kunde göra någonting på dagarna.

Hans: Ja de flesta får väl schema här när de får öppna former. Och de flesta får det efter två veckor. Jag fick inte ett schema på åtta veckor, jag satt ju bara där inne i soffan i två månader. Jag gjorde ju ingenting. Jag hade ingen skola, ingenting.

Intervjuare: På två månader?

Hans: Mm. Jag var inte utanför här på två månader. Jag var bara inne på avdelningen.

Intervjuare: Vad var det som gjorde att du inte fick nåt schema? Får man aldrig det innan man får öppna former?

Hans: Jo, vissa gick, vissa kan ju gå i skolan här inne på avdelningen och så där. Men jag har ju ingenting att göra i skolan, jag är ju klar med det där så jag hade ju ingenting på två månader att göra. Så ...

Intervjuare: Okej. Hur får man dagarna att gå då?

Hans: Ja, det gick inte snabbt. Man kunde bara sitta och kolla på tv liksom. Man satt bara där inne. Kollade på tv, spelade lite pingis, spelade kort.

Intervjuare: Okej.

Hans: Ja, det var jobbigt faktiskt.

Intervjuare: Ja, det förstår jag.

Hans: Det är skillnad när man får börja gå ut alltså, väldigt stor skillnad.

Också andra ungdomar beskriver hur de inte fått lämna akutavdelningen på flera veckors tid. Vård på låst avdelning ska pågå i högst två månader, om det behövs ytterligare tid i låst vård ska den unge få vistats utanför avdelningen (15b § LVU). Sedan oktober 2018 står det också uttryckt i LVU-lagstiftningen att unga har rätt till daglig vistelse utomhus och att ägna sig åt fysisk aktivitet eller annan fritidssysselsättning (15b § LVU), även om det inte är preciserat vad för typ av utevistelse eller fysisk aktivitet det kan handla om. Frågan är därmed vad som räknas som vistelse utomhus för unga som inte har vård i öppnare former i dag utifrån denna nyare bestämmelse. Alla låsta avdelningar i studien hade exempelvis en liten inbyggd atriumgård som fungerade som rökruta, och det ställer frågan om vad som är "ute" på sin spets.

Andra studier har pekat på hur unga uppfattar tiden på ungdomshem förknippad med tristess och att inget händer (se t.ex. Bengtsson, 2012; Enell, 2015; Hill, 2005; Levin, 1998; Vogel, 2018; Wiberg, 1976; Wästerfors, 2014), berättelser som återkommer också i ungas beskrivningar av tiden på akutavdelningar. Det som utmärker akutavdelningar är ju dock att det inte finns något tydligt uppdrag vad gäller utredning eller behandling, mer än att den unges beteende ska brytas. För unga på låst akutavdelning verkar det dock vara av stor betydelse att de erhåller vård i öppnare former inom rimlig tid för att långvarig tristess eller sysslolöshet i väntan på annan placering ska kunna motverkas.

Sköta sig och sköta sitt

När ungdomarna ska beskriva sitt eget förhållningssätt och det råd de skulle ge andra ungdomar som ska placeras på akutavdelningar så handlar det om att "sköta sig", att inte bråka med vare sig ungdomar eller personal utan bara göra som de blir tillsagda.

Jag säger bara, gå in och sitt din tid. Gör som soc säger. Gör som personalen säger. Men låt dem inte ha sånt maktmissbruk över dig. Alltså, om du är sur, bara var lugn. Prata med dem och säg bara "ah, ah, ah". Fast, även, bara kolla på dem och säg "ah", även om du inte bryr dig. Prata med dem, för när du håller på och skriker och såna saker, du gör bara situationen värre. Om du inte gör dina pass, kommer du ingen vart. Soc kommer tänka att du inte är redo att komma ut. Då kommer du sitta mer på inlåst. Bara gör som de säger. Om du inte litar på dem, lita inte på dem. Men säg ingenting. Alltså, såna saker. Bara gör som de säger att man ska göra. För om man går emot, då tänker de att du inte vill samarbeta, och då kommer det aldrig funka för dig. Vi har ingen planering för dig. Så gör bara det. Gör det de tror är bäst. Och sen när du är fri, där inne, den tiden, kommer du hinna tänka på vad du ska göra. Man blir smart, förstår du. Man hinner tänka på vad man vill göra, vem man vill bli och vem man vill vara med. Såna saker. Man hinner tänka så in i helvete alltså, på låst. För det är bara ett rum och du själv. (Cecilia)

Detta kan liknas vid en form av "strategisk skötsamhet" (jfr Levin, 1998), en typ av anpassning som motstånd som också påvisats i andra studier (Enell, 2015; Franzén, 2017; Hill, 2005; Levin, 1998; Polvere, 2011; Polvere, 2014). Alla är medvetna om att det är socialtjänsten som bestämmer när de får lämna akutavdelningen, samtidigt som kötider i vården och till andra placeringsformer också har betydelse för vårdtiden, liksom möjligheten att få kontakt med sin socialsekreterare över huvud taget. Ungdomarna är även medvetna om att också andra faktorer avgör hur och när de kan lämna avdelningen. Skötsamheten kan dock bidra till att tiden på akutavdelningen blir mer dräglig för de unga. De kan bara styra sitt eget förhållningssätt.

Fredrik: Alltså kör ditt eget. Om någon annan börjar tjafsas med personal, även om det är din kompis, man kan få mycket skit för det. Som om du, om man till exempel har kommit upp, man får gå promenad, om din kompis tjafsar med personalen så kan du bli av med det. Så, på ett ögonblick liksom. Och kör ditt eget liksom. Det är bäst så. Faktiskt.

Intervjuare: Mm. Tänka på sig själv.

Fredrik: Ja. Exakt.

De flesta verkar tycka att det överlag fungerar bra med de andra ungdomarna på akutavdelningarna, att de hittar ett sätt att respektera varandra och att det också händer att man kan bli vän med andra på avdelningen. I intervjuerna uttrycker flera ungdomar att det överlag är viktigt att visa och bli visad respekt, en tjej uttrycker som råd till andra ungdomar att det också är viktigt att tänka på hur man kommer in på avdelningen.

Eva. Ja, om man inte vill bli utstött så ska man verkligen tänka på hur man kommer in första dan. För det är ju så. Tjejer som bor på såna här ställen, de är liksom alltid på sin vakt. Och så är det. Jag har faktiskt inte sett nån som inte är det. Faktiskt. Så därför ska man passa sig lite för hur man kommer in som ny. För vissa kommer ju in med världens självförtroende. Nästan säger att de äger hela stället liksom. Då blir man ju automatiskt hatad direkt. Då blir man ju inte accepterad av de andra tjejerna. Ja. Och vissa kommer in och är

blyga. Alltså, det är alltid olika. Ja. Så det är väl det man ska tänka på. Hur man kommer in, först liksom.

Intervjuare: Mm. Hur ska man komma in, lite lugnare då menar du? Att lyssna in –

Eva: Lugn och kanske inte bry sig, och inte tro att de äger stället liksom. Alltså, nånting sånt. Man ska inte komma in och leka, eller vad man säger. Att man leker att man är nånting. Man ska bara komma in och bara vara. Det finns inget ... det går liksom inte att imponera på folk.

Citatet kan ses som ett uttryck för vikten av att ligga lågt i relation till de andra ungdomarna, att inte spela en roll för att bli accepterad i gruppen. Samtidigt påtalar ungdomarna vikten av att tänka på sig själv i första hand för att inte hamna i problem. Ungdomarna ger därmed uttryck för att de både behöver anpassa sig och förhålla sig till ungdomsgruppen: att tänka på hur de agerar i relation till gruppen, och i relation till institutionens förväntningar och krav. Dilemmat mellan att vara sig själv i relation till gruppen och att i viss mån kanske spela en roll för att anpassa sig till institutionens krav, har uppmärksammats i andra studier (Stokholm, 2009).

När tiden på akutavdelningen blir för lång – att matcha behov och innehåll

Motstånd mot eller ovilja hos unga att delta i de aktiviteter som kan finnas, skulle kunna tala för att tiden på akutavdelning inte blir alltför långvarig utifrån att de vet att de ändå ska vidare, att de vill landa mer "på riktigt" än tillfälligt i någon vårdform innan de påbörjar någon process. Samtidigt uttrycker merparten av ungdomar att de har erfarenhet av att vårdas på akutavdelning längre än de rekommenderade åtta veckorna.

Bodil: Folk sade ju att det var åtta veckor, så här. Jag bara, ja, men det klarar jag av liksom. Sen gick det ju flera, flera veckor och jag ... Ja, jag visste inte hur länge jag skulle sitta där.

Intervjuare: Så det blev betydligt mer än åtta veckor?

Bodil: Ja.

Intervjuare: Hur länge totalt?

Bodil: Fyra månader.

Intervjuare: Fyra månader blev det. Okej. Men det är väl så att man, under den perioden så får man väl ändå vara utanför avdelningen en del va?

Bodil: Mm. Men jag var inte utanför avdelningen så mycket.

Tidigare forskning har visat att den obestämda vårdtiden, som tvångsvård enligt LVU innebär och som är förenad med de ungas placering på ungdomshemmet, upplevs som särskilt svår av de unga att hantera (se t.ex. Levin, 1998; Palm, 2003). Detta lyfts också av några av ungdomarna som intervjuats, att de hade önskat en bestämd tid och att på förhand veta hur länge de skulle vara på avdelningen.

Merparten av ungdomarna menar att det inte sker någon behandling på akutavdelningar, varmed det endast borde vara i undantagsfall som vårdtiden på akutavdelningar behöver pågå längre än åtta veckor. I intervjun nedan menar en ungdom att man inte får behandlas på akutavdelning och därför inte heller har någon behandlingsplan.

Intervjuare: Så man har ingen behandlingsplan när man är på [akutavdelningen]?

Eva: Nej, men så är det inte på nån akutavdelning.

Intervjuare: Det är det inte.

Eva: Alltså, man får ju inte ... man får ju inte *behandlas* på akutavdelning, för att det är låst avdelning. Då får man ju hamna på låst behandlingshem i så fall.

En av killarna intervjuades medan han fortfarande befann sig på akutavdelning, efter tio veckor, i väntan på plats på behandlingsavdelning. Han hade fått besked om att det kunde dröja ytterligare två-tre månader innan han fick plats på behandlingsavdelning. Han menade att han då troligtvis inte skulle vara i behov av behandling när han väl fick plats.

Intervjuare: När man har varit länge på ett sånt här ställe som är en akutavdelning och man då ska vidare till en behandlingsavdelning. Hur känns det om man måste flytta till ett helt nytt hem?

Hans: Det kan bli jobbigt också, för här har man kommit i bra kontakt med personal och alla som bor här. Det kan ändå bli jobbigt. När man ändå liksom har trivts och sen helt plötsligt ska man behöva flytta. Jag vill ju verkligen inte flytta nu liksom. Jag bor hellre kvar här. För jag vill inte flytta runt så där och grejer mer. Men de verkar tycka att jag ska ändå till [stad].

Intervjuare: Okej.

Hans: Jag vill hellre att jag gör klart mina månader här, hur lång tid det än tar liksom och sen kommer hem i stället för att behöva flytta. Så jag tycker, det kan vara jobbigt faktiskt.

Intervjuare: Ja, för jag tänker det borde ändå bli att man bygger in lite, man måste starta om lite på nytt, på ett nytt ställe och –

Hans: – ja det blir att man börjar om liksom. Och den här tiden här den skulle egentligen skrivits av när man kom till en behandlingsavdelning. Men det gör det inte. För då vet man att det börjar bara om igen och det kommer ta lång tid och sånt.

Ungdomen ovan ser inte någon mening med att påbörja en behandling efter så lång tid på akutavdelning, han beskriver det som att han bara måste "vara" på institutionen en tid, vilket kan tolkas som ett sätt att se på institutionsvård primärt som tid som ska avverkas eller "sittas av", en beskrivning som återkommer också i andra intervjuer. Men det kan även förstås som att det händer något med den unge också på akutavdelning, att den unge ser det som att en förändringsprocess påbörjas för egen del på akutavdelning, varmed tiden där borde kunna tillgodogöras på något sätt. Då så inte verkar ske, menade han att det borde finnas en del behandlande inslag på akutavdelningar, så att tiden på akutavdelning blev mer meningsfull.

Det skulle vara bra om de hade [behandling] på akutavdelningar också, tycker jag, om de hade nån slags behandlingsform också. Om man inte, om det tar sån här lång tid. Om man har nån slags ART till exempel. Så slipper man kanske behöva åka på behandling sen, då kanske man kan komma hem i stället. I stället för att åka och göra en behandling. Det behöver inte vara mycket, men man har kanske nåt samtal om det, nån gång i veckan. (Hans)

Det som *räkns* som "behandling" av socialtjänst och av personal inom SiS, kan därmed vara knutet till vård på behandlingsavdelning, medan ungdomar kan uppleva att en förändrings-process för egen del är knuten till andra faktorer. Tiden kan vara en sådan faktor, att det faktiskt händer något när de får tid att tänka över sin situation, vilket också uttrycks i en del intervjuer. När väntetiderna till olika avdelningar inom SiS blir långa kan det därmed finnas skäl att ifrågasätta hur idén om den differentierade vården fungerar, där akutvård ges på en avdelning och där det som definieras som behandling ges på en annan avdelning. En annan fråga är när och hur många gånger en ungdom kan vara i behov av behandling på behandlingsavdelning.

Intervjuare: Om man har gjort flera typer av behandlingar, eller varit på behandlingsavdelning flera gånger, tycker man att man får nånting nytt då? Eller –

Hans: Nej, jag tycker, jag tycker ju jag har fått allting som man kan få därifrån liksom. De har gett mig hur jag ska kunna klara mig ute, jag har fått mycket erfarenheter därifrån och sånt. Så jag behöver ju inte det mer.

Intervjuare: Du har det med dig liksom?

Hans: Ja.

Här beskrivs erfarenheten av behandlingsavdelningar som "mättad" eller som ett verktyg den unge redan har med sig. Synen på behovet av olika avdelningstyper och rimligheten i var man blir placerad beskrivs också i relation till andra avdelningar. En kille beskriver hur han först fick vistas på akutavdelning, sedan behandlingsavdelning, därefter utredningsavdelning och sedan behandlingshem igen och ifrågasätter logiken i det.

Ivar: Ja, sen bestämde min social att jag ska ha behandling.

Intervjuare: Okej.

Ivar: Och sen utredning. Kan du tänka det, behandling, sen fick jag utredning.

Intervjuare: Okej.

Ivar: Varför inte utredning och sen behandling?

Intervjuare: Mm. Fick du nåt svar på varför det blev så?

Ivar: Nej, jag har inte fått nåt svar. Jag har frågat, hon brydde sig inte.

Intervjuare: Okej.

Ivar: Alla gör utredning sen behandling. Men jag fick behandling och utredning och behandling.

Intervjuare: Så det blev längre tid för dig –

Ivar: Ja.

Intervjuare: – tänker du, totalt?

Ivar: Jag satt tre månader på den behandlingen. Från ingenstans. Sen utredning också, två-tre månader. Och nu jag har kommit till [behandlingsavdelning].

Intervjuare: Ja. Vet du hur länge du ska vara här då?

Ivar: Nej, ingen aning. Min social inte ens har kommit hit. Jag har gått två veckor, inget startmöte, ingenting.

Det framkommer därmed en skepsis gällande socialtjänstens och SiS förmåga att matcha det egna behovet av akut-, utrednings- eller behandlingsavdelning. För de unga kan det framstå som en flytt mellan avdelningar som känns svår att förstå, utifrån att grundprinciperna inom SiS och det som karaktäriserar vården bygger på läsbarhet och särskilda befogenheter.

Den upptagne frånvarande socialsekreteraren

Ett dilemma förknippat med den obestämda vårdtiden och när vårdtiden blir längre än planerat är också att ungdomarna uttrycker att socialsekreteraren sällan kontakter eller besöker dem. De beskriver också att det är mycket svårt att på egen hand få kontakt med sin socialsekreterare.

Intervjuare: Hur ofta kommer de hit ungefär, soc?

Cecilia: Hon har aldrig varit här. Jo, hon var här första veckan när jag bodde på [akutavdelning].

Intervjuare: Okej.

Cecilia: De har så mycket att göra soc. Tydligen, de har skitmycket att göra. Jag har försökt ringa henne typ tjugo gånger. Ibland svarar hon, ibland ringer hon upp. Men hon ringer mig aldrig och frågar hur det går. Eller berättar om min planering eller sånt. Det är de rätt dåliga med.

Utifrån att det är socialtjänsten som beslutar både när vården på akutavdelning ska upphöra liksom tvångsvården i stort, upplevs svårigheten att få kontakt som frustrerande för de unga. Byte av socialsekreterare verkar vara vanligt förekommande. Någon menar att de blivit kvar länge på akutavdelningar på grund av bristen på kontakt, eller för att socialsekreteraren inte haft någon annanstans att placera dem.

Intervjuare: Har det alltid varit lika länge du har varit på akutavdelningar?

Gustav: Nej. Alltså, det har varit olika. Vissa akutavdelningar har jag varit på typ så här en månad bara. Sen vissa har jag suttit på åtta månader.

Intervjuare: Okej. Åtta månader på akut?

Gustav: Ja, jag satt åtta månader på [namn SiS-hem].

Intervjuare: På en akutavdelning?

Gustav: Mm.

Intervjuare: Hur kan det komma sig att det blev så länge på akutavdelning?

Gustav: Jag vet inte. Min soc hon hörde inte av sig. Alltså, hon drog ut som fan på tiden. Hon hade ingenstans att sätta mig. Jag vet inte.

Ungdomarna betonar vikten av att socialtjänsten lyssnar på den unge inför placering, men tar också upp att det är viktigt att hålla sina löften och att om möjligt säga något om tiden för placeringen.

Intervjuare: Vad är enligt dig viktigast för socialtjänsten eller din socialsekreterare att tänka på när man ska placera någon som är ung akut på ett särskilt ungdomshem. Vad är viktigt att tänka på?

Fredrik: Alltså, de får hålla sina ord enligt mig. De får hålla sina ord. Det de lovar. Ja. Och inte se det som leksaker som man placerar hit och dit, utan att tänka vi är också människor liksom. Vi, det kunde lika väl vara deras barn, eller du förstår. Behandla dem som, kanske inte ens barn men ändå alltså ganska nära, för man, du förstår. Man får ha empati också. Lite empati.

Bristen på delaktighet och en känsla av att inte bli lyssnad på lyfts också fram av ungdomarna där flera var i övre tonåren.

Ja. Man kan väl säga vad man tycker och sen kan man mötas liksom. Jag är nästan tjugo år liksom. Jag har ingenting att säga till om. Jag hade ju förstått om jag var femton, sexton. (Hans)

Ungdomarna talar också om att det är viktigt att socialtjänsten tänker på vad det är för typ av avdelning den unge placeras på.

Eva: Kolla upp vilka som bor där framför allt.

Intervjuare: Vilka tjejer och killar som bor där?

Eva: Ja. Alltså, vilken problematik folk har. Vissa kan inte bo med varandra. Och så är det. Det blir kaos. Vissa har en problematik som är jävligt allvarlig, som vi andra, som inte har det.

Placeringen kan uppfattas som bristfällig och rentav skadlig av ungdomar som hamnat på akutavdelningar där ungdomarna haft värre problem än de själva. Enskilda socialsekreterare framhålls inte uttryckligen som viktiga personer för ungdomarna, kanske på grund av den bristande kontinuitet och kontakt som ungdomarna ger uttryck för. Däremot innebär den funktion ansvariga handläggare har, med befogenheter att fatta centrala beslut som rör den unges vård och vardag, att kontakten ändå blir viktig för ungdomarna. Flera ungdomar beskriver också att socialsekreteraren besökt dem i anslutning till placeringen på akutavdelningen eller kort därefter. Samtidigt tyder intervjuerna på att ungdomarna önskar en tätare kontakt under vårdtiden, exempelvis via telefon. Kontakten kan ur ungdomarnas perspektiv förstås som ett behov av att göra sin röst hörd och att inte bli bortglömd. De är även medvetna om att socialtjänsten är hårt

belastad, vilket kanske kan medföra att det i realiteten också kan finnas ett behov av att ungdomarna påtalar och påminner socialtjänsten om sin situation och sina önskemål, i synnerhet utifrån att vårdtiden är obestämd.

Vad är skillnaden mellan akut- och behandlingsavdelning?

Ungdomarna ger lite olika bild av skillnader mellan akut- och behandlingsavdelning. De refererar som regel till skillnaden i grad av öppenhet och att man på behandlingsavdelning får göra fler saker, vilket kan handla om att lämna avdelningen eller få ha sina egna tillhörigheter. Samtidigt är det svårt att från intervjuerna utläsa vari skillnaderna egentligen består. Ungdomarna tenderade också i intervjuerna att prata om vård på ungdomshem som ett gemensamt fenomen, varmed intervjuaren vid vissa tillfällen fick fråga om det var akutavdelning eller behandlingsavdelning personen talade om. För ungdomarna verkar allting på något sätt smälta samman.

Anna: Alltså, enda skillnaden här på [behandlingsavdelningen] och på [akutavdelningen], den enda skillnaden det är att man får ha rakhysel, man får ha sina egna cigg.

Intervjuare: Här på behandlingsavdelningen?

Anna: Mm. Man har egen toa. Och man får ha, alltså, att ha sina egna grejer. Och sen att man får åka hem ibland. Det är enda skillnaden. Annars det är typ ... det är fortfarande, man får prata i sån här jävla ful institutionstelefon. Och alltså, ja ... och de kan fortfarande ta mig till isson [isoleringen].

Intervjuare: Isoleringen ja. Men annars tycker inte du att det är nån större skillnad då egentligen? Det där att det är låst där.

Anna: Det är bättre på [behandlingsavdelningen] än på [akutavdelningen]. Men fortfarande, jag vill ju inte vara här. För att jag får åka hem varannan vecka. Och sen när jag kommer hit så måste jag visiteras och då går de igenom mina grejer. Och sen vet jag att det kommer dröja två veckor innan jag får min mobil, och innan jag får träffa min familj.

Det som skiljer verkar primärt handla om tillgången till saker och graden av öppenhet, att de unga får vistas utanför avdelningen på ett annat sätt. Men också att det ställs mer krav på de unga på behandlingsavdelning än på akutavdelning, vilket framför allt verkar handla om att delta i schemalagda aktiviteter.

Gustav: Jag sitter hellre på akut.

Intervjuare: Vad är det för skillnad då?

Gustav: Alltså, jag tycker akut är mycket skönare. Det är precis som här [på behandlingsavdelningen] typ. Akut är samma som här. Här, det är ingen vård över huvud taget. Grejen är att här, man har mer krav på oss, man har inte det på akut.

Intervjuare: Okej.

Gustav: Akut, man kan ta det lugnt så där. Man har ingenting man måste göra.

Intervjuare: Nej, okej.

Gustav: Och sen, personalen, jag tycker personalen brukar vara skönare på akut än på behandling.

Intervjuare: Okej. Och det ställs andra krav på behandling tänker du?

Gustav: Va?

Intervjuare: Det ställs andra krav –

Gustav: Ja.

Intervjuare: – på dig på behandling? Okej. Mm. Vilka krav ställs det då? Kan du ge nåt exempel?

Gustav: Nej, men här måste du gå till skolan, annars får du "block". De har (...) ART och allt sånt där. Och sen säger de "skärp din behandling, skärp din behandling". Det är inte ens behandling här. Alltså, man får ingen hjälp med det man vill. Jag behöver hjälp med droger, jag kan inte få det här.

Intervjuare: Mm. Så du menar att det är egentligen ingen behandling på behandlingsavdelningar?

Gustav: Nej, det är samma som akut. Samma sak.

Intervjuare: Så innehållsmässigt är det ingen skillnad, det är kraven som är lite olika?

Gustav: Det beror ju på vilken behandlingsavdelning man är på. Om jag är på tolvstegsbehandling, för mig är det bra behandling. Men här, alltså de kan inte hjälpa mig här. De har sagt det själva också, de förstår inte ens varför jag är här.

I citatet ovan ges en bild av att den behandlingsavdelning den unge är på inte kan motsvara behovet av drogbehandling, varmed det inte uppfattas som meningsfull behandling av den unge. En ungdom ger uttryck för att det är han själv som behöver bestämma sig för att ändra sitt beteende i huvudet. Han uppfattar inte heller att det han får är behandling och säger: "Här, jag är på behandling, jag vet inte om det är behandling eller om det är dagis. Ingenting. Du bestämmer här uppe, i hjärnan" (Ivar). Om man jämför med studier som gjorts på behandlingsavdelningar framkommer också att dagarna till största delen verkar bestå av vardagliga göromål (se t.ex. Levin, 1998; Vogel, 2018). Att tiden på institution överlag går långsamt och att det finns många timmar som de unga är sysslösa är också väl belagt. En del forskare menar också att personal på behandlingsavdelningar inte tar alla tillfällen i akt att faktiskt samtala om saker av betydelse med de unga (Linderot, 2018; Vogel, 2018).

Samtidigt finns det ungdomar som menar att det finns skillnader mellan avdelningstyperna som inte bara handlar om att det är friare och öppnare på behandlingsavdelningar, utan som handlar hur personalen närmar sig den unges problematik.

Intervjuare: Okej. Men då har du erfarenhet av lite olika behandlingsavdelningar och också olika akutavdelningar. Tycker du själv att det är nån skillnad på dem?

Hans: Ja, det är skillnad. Här är ju, här jobbar man ju inte liksom, det är ingen vård här [på akutavdelning].

Intervjuare: Nej.

Hans: Här väntar man ju liksom och gör lite olika grejer på dagarna så här, som vi gör. Vi håller på och svetsar och grejer. Behandling (...) man går in för problemet lite mer. Det är därför man är här. Om det är missbruksbehandling eller vad det är. Man jobbar mer med sig själv.

Intervjuare: Okej. Och på akutavdelning är det mer?

Hans: I väntan på något.

Ungdomen ovan menar att man jobbar med sig själv på behandlingsavdelning medan akutavdelning uppfattas som "i väntan på något".

Summering

Sammanfattningsvis ger ungdomarna uttryck för olika erfarenheter och upplevelser av vård på akutavdelning, att olika akutavdelningar kan skilja sig åt i graden av regelstyrning och i personalens förhållningssätt. Något som framhålls tydligt av ungdomarna är vikten av att personalen har ett bra bemötande och ett respektfullt förhållningssätt. Personal på ungdomshem beskrivs av merparten av de unga som betydelsefulla, medan socialtjänsten och socialsekreterare inte beskrivs som lika viktiga, utan snarare beskrivs i negativa berättelser. Alla ungdomar gav uttryck för att deras socialsekreterare var svår att få tag i och att det var svårt att få information från socialtjänsten. En tjej uttryckte också att socialtjänsten har "skitmycket att göra", vilket tyder på att ungdomarna känner och påverkas av den arbetsbelastning och arbetssituation som råder inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård (se t.ex. Akademikerförbundet SSR, 2014).

Liksom i tidigare studier på särskilda ungdomshem dominerar här beskrivningar av kontrollförlust, tristess och långtråkighet tiden på akutavdelningar. Förlust av personliga tillhörigheter och telefon som kontakt med omvärlden lyfts också fram av ungdomarna. Men en del berättar också att tiden på akutavdelning gav dem tid att tänka över sin situation och reflektera över framtiden. Vad gäller akutavdelningar är det viktigt att beakta att de unga där sällan har vård i öppnare former från början, och en del kan därmed under en längre tid vara hänvisade till att bara vistas på avdelningen med begränsade möjligheter att delta i aktiviteter och skola utanför den.

Av ungdomarnas berättelser framgår att merparten har erfarenhet av att vård på akutavdelningar blivit betydligt längre än åtta veckor, vilket väcker frågor om genomströmning och matchning och vad det innebär för unga att vara kvar lång tid på akutavdelning, givet vad som räknas som behandling av socialtjänst. Av de ungas berättelser framkommer också att skillnaden mellan akut- och behandlingsavdelning inte är tydlig för alla, en del menar att det inte finns några skillnader vilket främst verkar förstås utifrån att de inte upplever att behandling ges på behandlingsavdelningar. Sam-

tidigt framkommer skillnader vad gäller faktorer som grad av öppenhet, att få ha sina tillhörigheter och att man jobbar med sig själv på behandling. Gemensamt är att de unga ger en bild av att organiseringen av vården innebär att det inte förväntas "hända något" med den unge i termer av "behandlingsförändring" på akutavdelningen, mer än att hen ska överleva och bli redo att ta till sig behandling.

Kapitel 6. Samlad analys och diskussion

I detta kapitel summerar och analyserar vi studiens centrala resultat med utgångspunkt i det sammantagna empiriska materialet från studien och i relation till projektets syfte och frågeställningar. I kapitlet summerar vi också vad vi ser som utmärkande för akutavdelningar på särskilda ungdomshem i jämförelse med behandlingsavdelningar, och vad akutpraktiken kan sägas innebära och få för konsekvenser för socialtjänst, för behandlingsassistenter inom SiS och för de unga som vårdas där. För professionella inom SiS och socialtjänst görs kopplingar till hur arbetet kan förstås ur ett professionsteoretiskt perspektiv, medan livet på en total institution, och hur tid förstås och manifesteras inom akutavdelningen, utgör centrala teman avseende konsekvenserna för ungdomarna. Avslutningsvis lyfts några särskilt betydelsefulla faktorer fram som vi menar är av vikt för en fortsatt diskussion kring och utveckling av ungdomsvårdens organisering generellt, och akutvården inom SiS mer specifikt.

Akutavdelningar som livräddande hållplats och rondell

Akutavdelningarna beskrivs av såväl socialsekreterare som behandlingsassistenter som en plats där den unge ska "landa". Professionella aktörer talar om att den unge är i dåligt skick i samband med ankomst till akutavdelningar och behöver återhämta sig rent fysiskt innan hen kan ta till sig någon form av behandling. Att landa handlar också om att skolas in i vardagliga rutiner på institutionen. Ungdomar ger också uttryck för att akutavdelningar kan fungera livräddande och flera säger att de behövde komma ifrån det liv de levde vid tiden för placeringen. Det finns en stor enighet bland behandlingsassistenter om att akutavdelningar behövs, eftersom de menar att de ungdomar som placeras där inte tas emot någon annanstans. Akutavdelningarna förstås av såväl professionella aktörer som ungdomarna själva som en stoppanhalt för den unges destruktivitet, varmed de kan sägas fungera som någon form av hållplats där den unge står stilla och väntar. Enell (2015) har på liknande sätt beskrivit vård på utredningsavdelning inom SiS som en form av transithall där de unga ska vidare i systemet. En skillnad mellan akut- och utredningsavdelningar tycks vara att akutavdelningar saknar en tydlig riktning, de verkar primärt användas som inresedestination och första anhalt inom ungdomsvården, men kan också fungera som "mellanlandning" under behandlingstiden. I intervjuerna med behandlingsassistenter beskrivs till exempel att unga

kan behöva flyttas från behandlingsavdelning till akutavdelning några dagar om de behöver lugn och ro och mindre krav under en begränsad tid, eller för att lugna ner sig, för att därefter återgå till behandlingsavdelning. En tidigare studie visar också att många ungdomar aldrig går vidare till behandlingsavdelning inom SiS, 60 procent av ungdomarna som var placerade på ungdomshem 1997–2001 var endast placerade på akut- eller utredningsavdelning (Shannon, 2011). Akutavdelningen beskrivs av en behandlingsassistent som en "rondell" utifrån att de unga ska vidare någon annanstans, men detta begrepp kan också förstås utifrån att de unga kan komma tillbaka till akutavdelning under en och samma vårdtid inom SiS. Det är möjligt att också andra avdelningstyper kan användas på likartat sätt, men det ter sig mindre sannolikt att en ungdom skulle utredas på utredningsavdelning flera gånger inom en och samma vårdperiod inom SiS, även om ungdomar kan ha erfarenhet av upprepade vistelser på såväl utrednings- som behandlingsavdelning under olika vårdperioder. Akutavdelningen kan därmed ses och användas som en stoppanhalt för unga av såväl socialtjänsten som av och inom SiS.

Socialtjänsten uttrycker önskemål om att i större utsträckning än vad som nu är fallet kunna styra val av akut- och utrednings- respektive behandlingsavdelning utifrån den enskilda ungdomens vårdbehov. Platsbrist medför dock att socialtjänsten upplever att de "får ta den plats de får". Utifrån intervjuer med socialsekreterare framkommer också att det är det akuta skyddet som den låsta vården inom SiS erbjuder som primärt efterfrågas, varmed plats på akutavdelning accepteras i väntan på till exempel plats på behandlingsavdelning.

Ungdomarnas beskrivningar och upplevelser av tiden på akutavdelning varierar, men personalens betydelse och förhållningssätt till reglerna på avdelningen verkar vara av central vikt för hur vårdtiden uppfattas. I intervjuerna med ungdomar framkommer en bild av tiden på akutavdelningar som en tid präglad av sysslolöshet och väntan på annan placering, vilket är i linje med vad andra studier av institutionsvård för unga generellt visat (se t.ex. Bengtsson, 2012; Enell, 2015; Hill, 2005; Hällberg, 2016; Levin, 1998; Vogel, 2018; Wiberg, 1976; Wästerfors, 2014). En del uttrycker en meningslöshet i att delta i aktiviteter på institutionen eller börja skola, att över huvud taget påbörja något, utifrån att de ändå ska vidare i systemet.

Meningslös skötsamhet

Goffman (1961/2009) har visat hur människor som befinner sig i vad som kan benämnas en total institution utvecklar olika strategier för att hantera maktbalansen mellan personal och intagna. Han använder begreppen primär och sekundär anpassning, där det senare syftar på anpassning i syfte att vinna fördelar. Olika typer av strategisk anpassning hos unga på särskilda ungdomshem har även påvisats av forskare (se t.ex. Enell, 2015; Franzén, 2017; Hill, 2005; Levin, 1998; Polvere, 2011; Polvere, 2014), och återfinns också i denna studie. Ungdomarna talar om vikten att se till sig själva, att till exempel inte låta lojalitet med vänner förstöra det för en själv, vilket kan ses som ett uttryck för det Levin (1998) kallar för "isolering och undandragande" där kontakt eller

interaktion med andra unga som kan medföra problem för egen del undviks. Dilemmat för unga i institutionsvård att å ena sidan vara lojala mot gruppen och å andra sidan se till sin egen situation har också uppmärksammats i andra studier (Stockholm, 2009). Unga i den här studien ger också uttryck för så kallad "kolonisering", vilket innebär att försöka göra tiden på ungdomshemmet så bra som möjligt för egen del och utnyttja de resurser som finns (Levin, 1998), och beskriver tiden på akutavdelning som semester eller vila. Vidare ges uttryck för det Levin (1998) kallar "strategisk skötsamhet", i studien exemplifierat med att som ungdom bara göra som socialtjänsten och personalen på avdelningen säger och hålla med dem, eftersom detta krävs för att kunna bedömas som redo att lämna avdelningen eller ungdomshemmet. Studien ger samtidigt uttryck för unga som gör aktivt motstånd, genom att exempelvis inte delta på de "pass" som finns på schemat. De förklaringar som ges till detta handlar primärt om att aktiviteterna inte alltid känns roliga eller meningsfulla utifrån att den unge vet att hen snart ska vidare i behandlingssystemet.

Att delta i det strukturerade institutionslivet (exempelvis genom att medverka i schemalagda "pass" och andra aktiviteter) skulle snarast kunna förstås som "meningslös skötsamhet", vilket som begrepp kan bidra till att förstå de ungas upplevelser av tiden på akutavdelning utifrån den egna rollen och positionen. De unga vet å ena sidan att det är socialtjänsten som bestämmer när de ska lämna akutavdelningen. Å andra sidan finns en stor samstämmighet i upplevelsen av att socialsekreterare inte går att få tag på, och om långa kötider till andra placeringsformer, varmed den reella möjligheten för både ungdomarna och socialtjänsten att påverka vårdtiden är begränsad, oaktat ungdomarnas skötsamhet. De unga ger därmed inte uttryck för att tro sig om att i realiteten kunna påverka tiden på akutavdelning i någon egentlig positiv riktning, däremot vet de att de behöver "sköta sig" för att inte bli kvar längre tid än nödvändigt. Att aktivt obstruera och ställa till bråk kan därmed vara riskabelt betraktat utifrån vårdtidens längd, medan vägran att delta i schemalagda "pass" primärt verkar kunna resultera i restriktioner eller sanktioner såsom mindre veckopeng inne på avdelningen. Studien tyder också på att det på akutavdelningar finns en förhållandevis stor acceptans för unga som inte vill delta i "pass" och en flexibilitet kring detta. Ungdomarna beskriver det som att mindre krav ställs på dem när de är på akutavdelning jämfört med behandlingsavdelning, även om en del också har erfarenheter av mer strikt regelstyrda akutavdelningar. Socialsekreterare lyfter i likhet härmed fram att variationen mellan olika ungdomshem, avdelningsformer och akutavdelningar skiljer sig väsentligt åt i dessa avseenden.

Tidens betydelse och vårdtiden på akutavdelningen som tid som inte räknas

Meningslös skötsamhet kan också förstås utifrån att tid på akutavdelningar av ungdomarna inte alltid uppfattas som något som kommer dem tillgodo vad gäller den totala vårdtiden inom SiS. Akutavdelningen som hållplats i väntan på annan vård gör att den

av ungdomarna beskrivs som tid som "ska sitta av" eller att "göra sin tid", vilket skulle kunna förstås som ett uttryck för strategisk skötsamhet och syn på tiden som sitta av som förlorad tid. Tiden räknas inte heller som behandling av de professionella, eftersom ingen behandling i betydelsen programverksamhet eller djupare samtal erbjuds. Fokus är i stället på att rädda liv, ge grundläggande omsorg och få den unge att följa rutiner. Därför kan ytterligare vård på behandlingsavdelning betraktas som nödvändig även om den unge varit lång tid på akutavdelning.

Här finns en möjlig paradox i hur akutavdelningar å ena sidan förstås som en stoppanhalt av professionella där den unge bryter med ett destruktivt levnadssätt och skolas in i normalare rutiner, och hur å andra sidan den unge inte förväntas påbörja någon större förändringsprocess under tiden på akutavdelningen. Det centrala är dock att tiden på akutavdelning betraktas som nödvändig tid för den unges överlevnad. Av behandlings-assistenter beskrivs den också som viktig även för SiS och för att personalen ska få tid att lära känna den unge. Socialsekreterare kan beskriva tiden på akutavdelningar som respit, att den unge får återhämta sig samtidigt som socialtjänsten ges utrymme att fundera på nästa steg. Tiden som den unge vistas på akutavdelningen beskrivs alltså av både representanter för socialtjänst och SiS som en tid där de som professionella aktörer *får tid* att reflektera och planera inför den fortsatta behandlingen, medan ungdomarna snarare beskriver det som att de *förlorar tid*.

Tidigare studier av unga på ungdomshem visar dock att ungas upplevelser av ungdomshem inte endast är negativa (se t.ex. Enell, 2015; Levin, 1998), även Hällebergs (2016) intervjustudie med fyra ungdomar som vistats på akutavdelning visar att tiden på akutavdelning av ungdomar kan beskrivas som både meningslös och meningsfull. SiS egna uppföljningar av unga som skrivs ut från ungdomshem tyder också på att ungdomar överlag trivs på själva avdelningen, 81 procent uppgav att de hade trivts mycket eller ganska bra på avdelningen (akutavdelning) år 2017 (Statens institutionsstyrelse, 2018e, s. 19), liknande siffror återfinns gällande utrednings- och behandlingsavdelningar (Statens institutionsstyrelse, 2018d; Statens institutionsstyrelse, 2018e). Trots att ungdomarna i denna studie beskriver att de förlorar tid, eller "sitter av tid," finns också berättelser om tiden på akutavdelning som betydelsefull i olika avseenden. För det första framhålls placeringen som livräddande av ungdomarna själva. För det andra lyfts fysiskt och psykiskt mående fram som något som kan förbättras på avdelningen. Mat och omvårdnad och vardagliga samtal med förstående personal utan att större krav ställs på ungdomarna, gör att tiden på akutavdelningarna av några ungdomar liknas vid semester. För det tredje påtalas hur tiden på akutavdelning givit tid för eftertanke, vilket tyder på att den unge redan på akutavdelning kan påbörja en inre förändringsprocess. Tid framhålls av de unga också som något det finns gott om på akutavdelningarna, då aktiviteter endast sker en begränsad del av dygnets timmar och då de kanske inte heller alltid deltar. Tiden på akutavdelning kan därför också te sig alltför lång för en del, i synnerhet när vården är låst utan möjlighet till öppnare vårdformer under en längre tid, eller när vårdtiden på akutavdelningen överstiger åtta veckor. Här blir kötiden inom SiS och dess olika avdelningstyper ett bekymmer som får stora konsekvenser för de unga. I LVU anges inte hur länge någon maximalt får vårdas på en viss avdelning

inom SiS, utan det som begränsas i tid, eller förenas med villkor om vård i öppnare former, är tiden i låsbar vård. SiS statistik visar att den totala vårdtiden inom SiS för unga har ökat på senare år samt att det blivit svårare att anvisa plats direkt på akutavdelning (Statens institutionsstyrelse, 2018b). Vi har inte kunnat finna någon statistik som visar den genomsnittliga vårdtiden för unga på akutavdelningar specifikt. Shannons (2011, s. 49–52) studie visar dock att ungdomar som spenderade längre tid än tre månader på akut- eller utredningsavdelning hade cirka tre gånger längre vårdtid inom SiS totalt jämfört med unga som var på sådan avdelning kortare tid. Samtidigt visar studien att cirka 10 procent av unga som är kort tid på akut- eller utredningsavdelning återplaceras på ungdomshem inom kort (ibid.). Ett sätt att synliggöra hur den unges vårdtider påverkas av kötider på olika avdelningar, det vill säga akut- respektive utrednings- och behandlingsavdelningar var för sig, hade varit värdefull för att analysera konsekvenserna för olika avdelningstyper.

Myten om behandling som organiserande princip

Studiens resultat tyder på att skillnaderna mellan akutavdelningar och låsta behandlingsavdelningar inte verkar vara så omfattande att de kan betraktas ge helt olika innehåll till de unga som vistas där. Utseendemässigt ter sig de låsta akutavdelningarna och den låsta behandlingsavdelning som ingick i denna studie lika vad gäller interiör. Det finns ett allrum med soffa, tv och bord och en låst glasbur som bara personal har tillgång till, där personal kan titta ut på ungdomarna och där pärmar och annat material kan förvaras.

I intervjuer med behandlingsassistenter betonas programverksamheten, de behandlingsprogram som kan ges på behandlingsavdelningar och som inte erbjuds på akutavdelningar. Vidare framhålls att personal på akutavdelningar undviker att fråga på djupet om den unges bakgrund och problematik. De fältbesök som genomförts på en låst och en öppen behandlingsavdelning gav dock inte intryck av att programverksamheten var den betydande delen av vardagen, i stället verkade verksamheten domineras av ADL-träning¹³, det vill säga att träna på att fungera i vardagen och i olika praktiska och fysiska aktiviteter, skola och sysslor som städning, i likhet med verksamheten på akutavdelningarna. Det som observerades under två dagars fältbesök på två behandlingsavdelningar var skola och en moralträningslektion i ART som pågick under 30 minuter. Enligt personalen hade ungdomarna på den behandlingsavdelningen ART-lektion två gånger/vecka. Förutom det erbjöds MI och Återfallsprevention, där personal uppgav att det senare inte direkt användes längre. Fältbesöken som genomförts i detta projekt var mycket begränsade i tid och antal avdelningar. De scheman som fanns tillgängliga på avdelningarna gav dock inte bilden av att ungdomarna har särskilt omfattande be-

13 ADL = Förkortning för Aktiviteter i Dagliga Livet eller Allmän Daglig Livsföring.

handlingsinslag inne på avdelningen, och i synnerhet inte om alla de timmar en vecka utgör beaktas. Vogel (2018), som under flera veckors tid observerat två behandlingsavdelningar för flickor, ger också bilden av att det hände väldigt lite på behandlingsavdelningarna förutom skola och enstaka möten med professionella aktörer, därutöver såg ungdomarna mest på tv och drev runt på avdelningen. I samma studie intervjuades också tjejnerna som, liksom i denna studie, ger en bild av att de inte får någon konkret behandling på behandlingsavdelningar (ibid.). Flera ungdomar i denna studie ger också uttryck för att det inte är någon skillnad mellan akut- och behandlingsavdelning, undantaget graden av frihet och att det eventuellt ställs lite mer krav på att delta i aktiviteter och "pass" på behandlingsavdelning jämfört med på akutavdelning. Det samlade materialet tyder snarare på att behandlingsavdelningar är en plats där krav ställs på den unge och där det finns personal utbildad i vissa metoder eller program. I vilken utsträckning behandlingsprogrammen också kan ges beror dock på målgruppen och situationen på avdelningen. I intervjuerna med personal, och i viss mån också socialtjänst, framkom exempelvis att när kötiderna inom SiS blir långa måste också behandlingsavdelningar ta emot unga vars behov de inte känner att de kan matcha, varmed dessa alltmer får karaktär av akutavdelning med ständigt nya intag av ungdomar, och där de metoder som finns inte kan användas.

Myten om behandling som något som endast äger rum på behandlingsavdelningar kan därmed sägas upprätthålla en bild av en åtskillnad i innehåll som kanske inte alltid är fullt möjlig inom SiS, i synnerhet inte när ungdomar står på kö för plats och där gruppens sammansättning på avdelningen och sätt att fungera tillsammans kan stå i konflikt med enskilda individers behov. I intervjuer med både unga och behandlingsassistenter framhålls att det kunde vara en bra idé att erbjuda mer av behandlande inslag på akutavdelning. I synnerhet för unga som egentligen är i behov av behandling, och som befinner sig på akutavdelning i väntan på sådan plats eller annat placeringsalternativ, något som utifrån det sammantagna materialet verkar vara vanligt förekommande.

Organiseringen av SiS ungdomsvård utgår ifrån att akuttjänst, utredningstjänst och behandlingstjänst utgör olika tjänster. Samtidigt är frågan i vilken utsträckning dessa går att separera och särskilja till fullo för en differentierad målgrupp unga, som vid tiden för placeringen inom SiS troligtvis kan sägas vara i behov av såväl akut vård som vidare utredning och behandling. I intervjuer med såväl socialsekreterare som behandlingsassistenter framkommer exempelvis att akutavdelningen kan användas som ett sätt att få mer information om den unge, vilket snarare borde vara ett uppdrag för en utredningsavdelning. I akuttjänstens uppdrag ingår ändå att bistå socialtjänsten med beslutsunderlag, för att underlätta den vidare planeringen (Statens institutionsstyrelse, 2014a). Akutavdelningarna, och akuttjänsten, har en karaktär av det omedelbara, det som ska ske direkt och som första insats. Socialsekreterarna i studien ger dock uttryck för att de i realiteten inte kan välja avdelningstyp till ungdomar som behöver SiS-placeras, det vill säga deras handlingsutrymme begränsas av kösystem, platsbrist och utdragna vårdtider, och av vad de uppfattar som en policy inom SiS att använda akutavdelningar som ingång i ungdomsvården. Några socialsekreterare menar att de därmed inte blir trovärdiga i sina bedömningar, exempelvis om de inte kan placera den unge

samma dag det krävs på grund av vårdköer till akutavdelningar. När socialsekreterarnas autonomi och handlingsutrymme försvagas riskerar också deras professionella roll och trovärdighet att försvagas (jfr Abbot, 1988).

Oklar praktik – vem och vad styr vad?

Tidigare studier har visat hur socialsekreterares beslut i tvångsvårdsärenden också drivs av faktorer såsom tankar om bevis och av att det moraliskt krävs någon form av insats för den unges bästa (se t.ex. Levin, 2017; Ponnert, 2007; Ponnert, 2013). Också i denna studie beskrivs tvångsvård med placering av unga på särskilda ungdomshem som en form av sista anhalt, eller sista utväg (Emerson, 1981). Levin (2017) talar om "det sociala ansvarets organisering" vilket väcker frågan om hur ansvaret är organiserat i ungdomsvården. Även om socialtjänsten enligt lag har det "yttersta ansvaret" (2 kap. 1 § SoL) och är vårdansvariga för den unge, ges en bild av frånvarande socialsekreterare som av såväl ungdomar som behandlingsassistenter beskrivs vara svåra att nå och som överlag har mycket att göra.

Om socialtjänsten inte har tid att ha regelbunden kontakt med den unge eller avdelningen i viss utsträckning lämpas ansvaret för den unge i praktiken alltmer över på personal på akut- och behandlingsavdelningarna, samtidigt som det är socialtjänsten som har befogenhet att fatta avgörande beslut gällande den unges vård och vårdtid. Ungdomarna beskrev att personal på avdelningarna är viktig, medan ingen beskrev någon god kontakt med sin socialsekreterare. Merparten av de socialsekreterare som intervjuats inom ramen för denna studie hade specialiserade placeringstjänster där de mer avgränsat arbetade med placeringsärenden och där de själva upplevde sig ha större möjlighet till kontakt med ungdomshemmen och den unge än många andra utredande socialsekreterare. De lyfte samtidigt fram bristen på kontinuitet och erfarenhet liksom hög personalomsättning som ett påtagligt problem mer generellt inom socialtjänsten.

I intervjuerna ges också exempel på oklarheter, till exempel hur både behandlingsassistenter och socialsekreterare i gruppintervjuer är oense om huruvida den unge alltid "måste" landa på akutavdelning innan hen går vidare inom SiS. Någon socialsekreterare hade uppfattningen att detta var ett krav från SiS sida, vilket i sådana fall skulle innebära en oklarhet i vem som beslutar om val av placering. Enligt 11 § LVU är det socialnämnden som beslutar var den unge ska vistas under tvångsvård, men om socialtjänsten i realiteten inte uppfattar sig ha valmöjligheten att göra ett omedelbart omhändertagande på grund av platsbrist inom SiS, eller att kunna välja ungdomshem eller avdelningstyp, sker en förskjutning i ansvaret för val av placering. I studien finns också exempel på hur socialsekreterare beskriver att de erfarit att ungdomar flyttats från en avdelning till en annan utan att socialsekreterare informerats. Här verkar av intervjuerna också finnas en viss oklarhet i hur flyttningar inom ungdomshemmet, mellan olika avdelningar, bör hanteras och hur och när information ges till socialtjänsten. Det finns också exempel på att socialtjänstens handlingsutrymme kan uppfattas som alltför omfattande av unga och behandlingsassistenter, givet den inblick de har (eller inte har) i

den dagliga praktiken på avdelningen. Här framhålls framför allt att det är socialtjänsten som avgör när den unge är redo för vård i öppnare former på låst avdelning.

Personalen på avdelningarna betonade personlig lämplighet snarare än akademisk utbildning som särskilt viktig för arbete på både akut- och behandlingsavdelning, ett förhållningssätt bland personal som också påvisats i andra studier (se t.ex. Hennem, 1997; Kallenberg, 2016; Levin, 1998). Vi har också lyft fram hur behandlingsassistenter betonar programverksamhet och utbildning i metoder som utmärkande för dem som arbetar på behandlingsavdelningar, det vill säga utbildning och metoder förknippas med manualbaserade program, medan det vi i kapitel fyra kallar "omsorgsfull distans" och "flexibel fyrkantighet" präglar arbetet på akutavdelningar. Flera socialsekreterare gav uttryck för att de upplevde personalens kompetens som mycket skiftande inom SiS, både individuellt skiftande och skiftande mellan olika avdelningar och institutioner. De betonade också vikten av gott bemötande och att motivera ungdomarna till förändring, men detta var samtidigt något de förknippade med utbildad, professionell personal och inte enbart relaterat till personlig lämplighet.

Olika typer av professionalitet

Skillnaderna i de olika avdelningarnas uppdrag och i hur de uppfattas föranleder i detta sammanhang reflektioner om akutpraktikens innebörd och konsekvenser för de olika professionella som berörs. Professionssociologen Freidson (2001) menar att arbete kan förstås utifrån tre olika idealtypiska logiker, beroende på var kontrollen över arbetet återfinns och vilka kunskapsformer arbetet huvudsakligen utgår från. En logik är kopplad till en byråkrati där organisationens styrformer och normer blir bärande mekanismer för hur arbetet bedrivs, en andra logik kopplas till den fria marknaden där kostnadseffektivitet och kundanpassning är centralt. En tredje logik som Freidson (2001) utvecklat handlar om professionens egen logik, där arbetet styrs av en professions gemensamma värden och specifika kunskap, vilket förutsätter stort handlingsutrymme och diskretionär makt hos de professionella att göra självständiga bedömningar, det vill säga låg grad av mekanisk specialisering.

Han skiljer på "mekaniskt arbete", där diskretionen att fatta självständiga beslut är liten och arbetet är rutiniserat, och "diskretionärt arbete". Diskretionärt arbete delas i sin tur upp i "manuell diskretionär" (manual discretionary) specialisering och "mental diskretionär" specialisering (mental discretionary), utifrån hur mycket formell vetenskaplig kunskap som krävs och används, och presenterar en modell för hur olika typer av specialisering förhåller sig till bruket av och förhållandet mellan olika typer av kunskap.

FIGUR 2.

Proportion av olika kunskapstyper i varje typ av specialisering (från Freidson 2001, s. 34, här översatt till svenska).

Typ av specialisering	Vardagskunskap (Gemensam för alla)	Praktisk kunskap (delas av de som arbetar i samma organisation)	Formell kunskap (teori m.m.)	Tyst kunskap
Mekanisk	Hög	Låg	Låg	Måttlig
Manuell diskretionär	Måttlig	Hög	Måttlig	Hög
Mental diskretionär	Låg	Måttlig	Hög	Låg

Mekanisk specialisering domineras av ett högt användande av vardagskunskap (gemensam för alla) medan bruket av praktisk kunskap (delas av dem i samma organisation) och formell kunskap (teori) är lågt och den tysta kunskapen måttlig. Manuell diskretionär specialisering präglas i stället av hög grad av både tyst kunskap och av praktisk kunskap, det vill säga de kunskaper som finns inom organisationen är viktiga, medan vardagskunskap och formell kunskap används i måttlig utsträckning. Mental diskretionär specialisering är den enda som utmärks av en hög grad av formell teoretisk kunskap, bruket av praktisk kunskap är måttligt medan bruket av vardagskunskap är lågt.

Om vi idealtypiskt skulle placera in studiens professionella aktörer i figuren ovan skulle socialsekreterarna som profession kunna antas karaktäriseras av det som beskrivs som mental diskretionär specialisering, medan behandlingsavdelningarna kan betraktas som ett uttryck för manuell diskretionär specialisering där den kunskapen som finns och utövas inom organisationen, till exempel via olika program, blir viktig, liksom den tysta kunskapen. Då akutavdelningar saknar krav på behandling borde vardagskunskapen vara mest relevant här, vilket skulle placera akutavdelningarna närmast mekanisk specialisering där arbetet huvudsakligen präglas av rutiner och vardagligt sunt förnuft. I talet om den egna praktiken verkar detta också vara vad som påpekas av behandlingsassistenter, det mekaniska betonas gällande akutavdelningen medan det manuella lyfts fram gällande behandlingspraktiken.

Samtidigt uttrycker både socialsekreterare och behandlingsassistenter på såväl akut- som behandlingsavdelningar vad de upplever som ett alltmör begränsat handlingsutrymme, där yttre faktorer snarare än kunskap och bedömningar om den unges behov styr placering och vårdinnehåll. Socialsekreterare upplever en begränsning vad gäller att föreslå avdelningstyp och matcha ungdom med rätt behandlingsmetod där kötiderna inom SiS anges som primär orsak, men också att akutavdelning kan uppfattas som ett "krav". Behandlingsassistenter på behandlingsavdelningar ger uttryck för begränsade möjligheter att utöva de programmetoder de kan och vill om ingen matchning av ungdomarna sker, utan alla måste beredas plats. När praktiska och formella teoretiska kunskaper inte kan användas av behandlingsassistenter uppfattas arbetet som mer mekaniskt, och likt arbetet på akutavdelningar där sunt förnuft eller vardagskunskap utgör den dominerande kunskapsformen.

På akutavdelningar menar behandlingsassistenter att ökade krav på riskbedömningar och krav på viss personaltäthet inne på avdelningen kan begränsa möjligheterna till utevistelse med ungdomarna och att en centraliserad skola, där skola inte längre erbjuds inne på akutavdelningen, begränsar möjligheten till meningsfulla aktiviteter inne på avdelningen. Samtliga professionella aktörer ger därmed uttryck för att de hade önskat möjligheter att göra mer för ungdomarna och större möjligheter och handlingsutrymme att kunna tillgodose ungdomarnas vårdbehov till fullo.

Avslutande diskussion

I rapporten som helhet och i detta avslutande kapitel har vi beskrivit hur ungdomar, personal och representanter för socialtjänsten ser på vården och vårdtiden på akutavdelning. Deras beskrivningar hänger till viss del samman med hur begreppet behandling förstås. Flera ungdomar menar att det inte finns någon skillnad mellan akut- och behandlingsavdelning över huvud taget, medan andra påtalar att man på behandlingsavdelningar arbetar mer med sig själv och personalen ställer större krav på ungdomarna att delta i aktiviteter och pass. Samtidigt påtalar behandlingsassistenter att det sker mer förhandlingar med unga på behandlingsavdelningar, det vill säga ungdomarna har mer att säga till om och vården ter sig mer individualiserad än på akutavdelning. Merparten av tiden på institution verkar dock handla om ADL-träning och aktiviteter såsom skolgång och liknande, oavsett avdelningstyp. Ambitionen att erbjuda mer strukturerad vård inom ramen för särskilda ungdomshem ter sig också som svår (se t.ex. Ponnert & Svensson, 2011; Statens institutionsstyrelse, 2018b; Vogel, 2018).

Utifrån att ingen behandling förväntas ske eller erbjudas på akutavdelningar kan man dock ifrågasätta om åtta veckor som maxtid på akutavdelning är en rimlig riktlinje. För en del ungdomar är denna tid troligtvis för lång, medan den kan vara fullt rimlig för andra. Här verkar den specifika akutavdelningen och personalens förhållningssätt till de unga och till regler vara av avgörande betydelse för hur de unga trivs på akutavdelningen. Mycket talar dock för att vårdtider över åtta veckor på akutavdelning inte är att rekommendera utifrån det begränsade innehåll som där kan ges i form av aktiviteter utanför avdelningen. Tätt kopplad till akutavdelningen är också dess låsta form, som präglar den första tiden på avdelningen för de ungdomar som hamnar där, och känslan att vara berövad sin frihet dominerar intrycken. Medan andra avdelningstyper kan vara mer eller mindre öppna är slutenheten det som präglar akutpraktiken, vilket gör att åtskillnaden mellan de som har vård i öppnare former och de som inte har det kan resultera i helt olika vårdinnehåll och upplevelser av akutavdelningen.

De farhågor som lyfts i studien gällande exempelvis bristande möjligheter att erbjuda unga på akutavdelningar skola, i de fall de unga inte har vård i öppnare former då skolan finns i en annan byggnad, är också viktiga att beakta. Här är också frågan hur mycket kunskap socialtjänsten har om vilka konsekvenser det kan få för unga att inte ha vård i öppnare former under en längre tid på låst akutavdelning, och hur långsam tiden då kan upplevas. Detta väcker frågan om när läsbarheten går från att vara

ett nödvändigt skydd till att bli destruktiv i sig för ungdomar. Troligtvis finns inget enkelt svar på denna fråga, men klart är att när det råder alltför långa värdköer inom SiS ökar risken för att låsbarheten i sig blir en risk för ungdomarnas utveckling och förändringsprocess. Problemet med genomströmning och längre vårdtider för unga inom SiS beskrevs även efter att studien genomförts som ett fortsatt bekymmer inom SiS (Statens institutionsstyrelse, 2018b). I ljuset av detta kan det också finnas skäl att beakta om unga på akutavdelningar gradvis borde kunna erhålla behandlande inslag motsvarande det som erbjuds på behandlingsavdelningar, eller andra typer av aktiviteter eller "pass" efter en viss tid, när väntan på behandlingsplats till exempel blir lång. Detta för att öka de ungas motivation och bidra till en känsla av meningsfullhet och möjliggöra mer individualiserat vårdinnehåll. Samtidigt visar studien att samarbetet mellan avdelningarna verkar vara begränsat. Alla utom en av behandlingsassistenter i intervjuerna med personal på ungdomshem arbetade enbart på en avdelningstyp på ungdomshemmet och varje avdelning hade interna möten. Detta stärker bilden av att de olika avdelningarna kan ses som egna "öar", som avskilda små organisationer inom större institutioner, vilket troligtvis också kan försvåra kunskapsutbyte och tillhandahållandet av behandlingstjänster på andra avdelningar än behandlingsavdelningar.

Utifrån studiens samlade resultat följer nedan en avslutande sammanställning av implikationer för SiS och för socialtjänsten gällande akutpraktiken.

Implikationer för SiS

- **Det behövs en tydligare uttalad idé om akutavdelningarnas funktion och innehållet i verksamheten där.** Behöver alla ungdomar passera en akutavdelning innan de går vidare i systemet, eller kan akutplacering ske också på andra avdelningstyper? I sådana fall under vilka omständigheter?
- **Mer behandlande inslag på akutavdelningar behöver övervägas.** Detta efterlyses av såväl ungdomar som personal i studien. I synnerhet är detta viktigt då unga kan bli kvar längre än åtta veckor på akutavdelningar vid platsbrist inom SiS och därmed tillbringa en väsentlig del av sin vårdtid där. I studien presenteras begreppet "meningsfull skötsamhet" som ett begrepp som synliggör att ungdomar upplever att professionella aktörer inte betraktar tiden på akutavdelning som behandling, trots att en förändringsprocess kan påbörjas hos den unge, då det finns tid för eftertanke. Akutavdelningen riskerar då att bli ett ställe med "gott om förlorad tid".
- **Behandlingsbegreppet inom ungdomsvården behöver preciseras och konkretiseras, för både akut- och behandlingsavdelningar.** Detta för att definiera det förhållningssätt som präglar akutavdelningarna och undvika att definiera dem utifrån vad som inte görs, till exempel avsaknad av behandlande samtal. Begrepp som "flexibel fyrkantighet" och "omsorgsfull distans" (kapitel fyra) skulle, givet den tänkta begränsade korta vårdtiden, kunna fungera som ett sätt att klargöra det förhållningssätt som definierar akutpraktiken.
- **Organiseringen av verksamheten inom SiS behöver beakta att det finns ungdomar på akutavdelningar som inledningsvis, eller under en längre period, inte får lämna avdelningen.** Studien tyder på att akutavdelningar kan vara särskilt känsliga

för att delar av verksamheten centraliseras, som till exempel skola. De som tillbringar lång tid på akutavdelning riskerar att förlora värdefull skoltid.

- **SiS årliga statistik bör redogöra för genomsnittlig vårdtid och (vårddygn) för olika avdelningstyper specifikt.** Det skulle synliggöra hur väl de rekommenderade max-tiderna för vårdtid på akutavdelning efterlevs i praktiken på olika avdelningar.
- **Utbudet av aktiviteter på akutavdelningar behöver ses över och de unga göras delaktiga i utformningen avdelningens schema, så att de lättare kan finna mening i verksamheten.** Akutpraktiken brottas med en del av de dilemman som karaktäriserar tvångsvård på institution generellt, såsom inlåsning och vård under tvång eller hur den vård och omsorg som ges behöver balanseras mellan gruppens och individens behov. Omsorgen på akutavdelningar ter sig individanpassad utifrån att färre krav verkar ställas på de unga att delta i avdelningens aktiviteter eller "pass". Samtidigt ges en bild av att utbudet på akutavdelningar är mer likriktat för de unga som befinner sig där. Rätten till daglig utevistelse har förstärkts i LVU sedan studien påbörjades, vilket också behöver beaktas av låsta akutavdelningar.
- **Planeringen av vårdtiden för den unge bör i möjligaste mån göras så att få förflyttningar och byten av avdelningar ska ske och varje placering bör vara väl motiverad utifrån den unges behov.** Det finns en viss konflikt mellan den specialisering och inriktning i olika tjänster och avdelningar som erbjuds inom SiS och socialtjänstens (och den unges) behov, då det framför allt är den *läsbara* vården socialtjänsten efterfrågar, inte specifika avdelningar. Det finns också en risk att den totala vårdtiden inom SiS blir längre om akutavdelningar ses som ett generellt nödvändigt första steg i SiS vårdkedja. Då många ungdomar som placeras inom SiS redan har erfarenhet av tidigare placeringar, bör organiseringen inom SiS sträva efter att undvika flyttningar av unga inom SiS den utsträckning det är möjligt. Givet detta är det kanske inte mer eller tydligare specialiseringar som bör eftersträvas inom SiS ungdomsvård, utan snarare mer av samarbete mellan avdelningar. Om alla ungdomshem och avdelningar hade möjlighet att tillhandahålla såväl akut- som utrednings- och behandlingstjänst så skulle de olika ungdomshemmen eller olika avdelningarna i stället kunna profilera sig vad gäller huvudsaklig problematik hos de unga.

Implikationer för socialtjänsten

- **Undvika byte av socialsekreterare under pågående insats.** Sträva efter kontinuitet, närbarhet och stabilitet i kontakten med ansvarig socialsekreterare, vilket är av värde för såväl samarbetet mellan socialtjänsten och SiS, som för den unges rätt till information och att få framföra sina åsikter och sin inställning till vården.
- **Insatsen ska vara meningsfull och motiverad.** Undvika långvarig låst vård för unga på akutavdelningar, med krav att den unge inte tillåts lämna avdelningen. Detta med tanke på den tristess och känsla av meningslöshet unga ger uttryck för, utifrån akutavdelningarnas begränsade vårdinnehåll och aktiviteter.
- **Sträva efter så kortvariga placeringar på akutavdelning som möjligt.** SiS egna riktlinjer uppger åtta veckor som en maxgräns, utifrån SiS möjligheter att ge individanpassad vård på akutavdelningar, varmed vårdtiden i normalfallet bör vara betydligt kortare.

Referenser

- Abbot, Andrew (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ahonen, Lia (2012). Changing behaviours or behavioural change? A study of moral development and transnational processes in juvenile institutional care. Örebro: Institutionen för juridik, psykologi och socialt arbete, Örebro universitet. Diss.
- Ahonen, Lia & Degner, Jürgen (2013). Staff group unanimity in the care of juveniles in institutional treatment: routines, rituals, and relationships. *Journal of Offender Rehabilitation*, 52(2):119–137.
- Ahonen, Lia & Degner, Jürgen (2012). Moral development as a crucial treatment goal for young people in facility care. *Therapeutic Communities: International Journal for Therapeutic and Supportive Organizations*, 33(1):4–15.
- Akademikerförbundet SSR (2014). *Personalomsättning, arbetsvillkor och kompetens i socialtjänstens barn- och ungdomsvård*. Anna-Lena Lindqvist.
- Andreasson, Tore (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar: vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia.
- Baruch, Yehuda & Holtom, Brooks C. (2008). Survey response rate levels and trends in organizational research. *Human relations*, 61(8): 1139–1160.
- Becket, Chris; McKeigue, Bridget & Taylor, Hilary (2007). Coming to conclusions: social workers' perceptions of the decision-making process in care proceedings. *Child & Family Social Work*, 12(1): 64–63.
- Bergmark, Anders & Lundström, Tommy (2011). Evidensbaserad praktik i svenskt socialt arbete. Om ett programs mottagande, förändring och möjligheter i en ny omgivning. I: Bohlin, Ingemar & Sager, Morten (Red.). *Evidensbaserad praktik i praktiken*. Lund: Arkiv förlag.
- Bengtsson, Tea T. (2012). Boredom and action – experiences from youth confinement. *Journal of Contemporary Ethnography*, 41(5): 526–553.
- Bosworth, Mary & Carrabine, Eamonn (2001). Reassessing resistance race, gender and sexuality in prison. *Punishment & Society*, 3(4): 501–515.

- Brante, Thomas (2014). *Den professionella logiken. Hur vetenskap och praktik förenas i det moderna kunskapssamhället*. Stockholm: Liber.
- Buehler, R. E., Patterson, Gerald R. & Furniss, J. M. (1966). The reinforcement of behavior in institutional settings. *Behavior Research and Therapy*, 4(3): 157–167.
- Cesaroni, Carla & Alvi, Shahid (2010). Masculinity and resistance in adolescent carceral settings. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 52(3): 303–320.
- Creswell, John W. (2013). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five approaches*. (Tredje upplagan). Los Angeles: SAGE Publications Inc.
- Cox, Alexandra (2011). Doing the programme or doing me? The pains of youth imprisonment. *Punishment & Society*, 13(5): 592–610.
- Cristiansen, Øivin & Anderssen, Norman (2010). From concerned to convinced. Reaching decisions about out-of-home care in Norwegian child welfare services. *Child & Family Social Work*, 15(1): 31–40.
- Dishion, Thomas, McCord, Joan & Poulin, François (1999). When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, 54(9): 755–764.
- Egelund, Tine & Jakobsen, Turf Böcker (2011). Inledning. I: Egelund, Tine & Jakobsen, Turf Böcker (Red.). *Døgninstitutionen. Modsättningar og strategier når børn och unge anbringes*. Köpenhamn: Hans Reitzel Forlag.
- Emerson, Robert M. (1981). On Last Resorts. *American Journal of Sociology*, 87(1):1–22.
- Enell, Sofia & Denvall, Verner (2013). *Vägen från utredning till åtgärd. Utredningar vid särskilda ungdomshem*. Statens institutionsstyrelse: Institutionsvård i fokus, nr 3.
- Enell, Sofia (2015). *Transit i samhällsvården. När unga utreds på särskilda ungdomshem*. Växjö: Linnéuniversitetet, Institutionen för socialt arbete. Diss.
- Enell, Sofia (2018). Anpassningsstrategier och tolkningsföreträde. Ungas erfarenheter av att utredas på institution. I: Enell, Sofia; A. Vogel Maria & Gruber, Sabine (Red.). *Kontrollerade unga. Tvångsvårdspraktiker på institution*. Lund: Studentlitteratur.
- Evetts, Julia (2010). Reconnecting professional occupations with professional organizations: Risks and opportunities. I: Svensson, Lennart G. & Evetts, Julia (Red.). *Sociology of professions: Continental and Anglo-Saxon traditions*. Göteborg: Daidalos.

- Fangen, Katrine (2005). *Deltagande observation*. Malmö: Liber.
- Flexner, Abraham (2001). Is social work a profession? *Research on social work practice*, 11(2): 152–165.
- Franzén, Anna (2017). *Behandlingsdilemman och identitet på ett särskilt ungdomshem för unga män*. Statens institutionsstyrelse: Institutionsvård i fokus, nr 1.
- Freidson, Eliot (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Polity Press.
- Fox, Kathryn J. (1999). Changing violent minds: Discursive correction and resistance in the cognitive treatment of violent offenders in prison. *Social Problems*, 46(1): 88–103.
- Goffman, Erving (1961/2009). *Totala institutioner. Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.
- Gradin Franzén, Anna (2014). *Disciplining freedom: Treatment dilemmas and subjectivity at a detention home for young men*. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Psykologi. Diss.
- Gruber, Sabine (2013). *Konstruktioner av etnicitet och kön på SiS särskilda ungdomshem*. Statens institutionsstyrelse: Institutionsvård i fokus, nr 7.
- Hill, Teci (2005). *Allians under tvång. Behandlingssamarbete mellan elever och personal på särskilda ungdomshem*. Avhandling. Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap. Diss.
- Hennum, Nicole (1997). *Krise- og utredningsinstitusjoners tvetydige verden*. Oslo: Nova.
- HSLF-FS 2017:79 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om behörighet att utföra vissa arbetsuppgifter i socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).
- Hällberg, Fanny (2016). *Ungdomars perspektiv på att tvångsplaceras akut på SiS ungdomshem*. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete. Masteruppsats i socialt arbete.
- Johansson, Jan & Andersson, Bengt (2006). Living in residential care: Experiences in a treatment home for adolescents in Sweden. *Child and Youth Care Forum*, 35(4): 305–318.

- Kaldal, Anna & Tärnfalk, Michael (2017). Samhällets hantering av barn som begår brott – en verksamhet i flera spår. I: Leviner, Pernilla & Lundström, Tommy (Red.) *Tvångsvård av barn och unga. Rättigheter, utmaningar och gränzoner*. Stockholm: Wolters Kluwer.
- Kallenberg, Kim Silow (2016). *Gränsland. Svensk ungdomsvård mellan vård och straff*. Huddinge: Södertörns högskola. Diss.
- Kaunitz, Catrine & Jakobsson, Jenny (2016). Ensamkommande barn och ungdomar placerade inom Statens institutionsstyrelse (SiS). *Socialmedicinsk tidskrift*, 1, 43–52.
- Kullberg, Karin (2006). *Man hittar sin nisch: om män i socionomyrket – karriär, minoritet och maskulinitet*. Växjö: Växjö universitet, Institutionen för vårdvetenskap och socialt arbete.
- Levin, Claes (1998). *Uppfostringsanstalten. Om tvång i föräldrars ställe*. Avhandling. Lund: Arkiv förlag. Diss.
- Levin, Claes (2017). *Det sociala ansvarets organisering*. Social barnavård mellan byråkrati och solidaritet. Lund: Studentlitteratur.
- Leviner, Pernilla (2011). *Rättsliga dilemman i socialtjänstens barnskyddsarbete*. Stockholm: Jure. Diss.
- Lindgren, Simon (2014). Kvalitativ analys. I: Hjerm, Mikael; Lindgren, Simon & Nilsson, Marco (Red.). *Introduktion till samhällsvetenskaplig analys*. Malmö: Gleerups.
- Lindroth, Malin (2018). Rätten till sexuell hälsa. Utmaningar och begränsningar i tvångsvård av unga. I: Enell, Sofia; A. Vogel Maria & Gruber, Sabine (Red.). *Kontrollerade unga. Tvångsvårdspraktiker på institution*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundström, Tommy (1993). *Tvångsomhändertaganden av barn. En studie av lagarna, professionerna och praktiken under 1900-talet*. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Lundström, Tommy & Sallnäs, Marie (2003). Klass, kön och etnicitet i den sociala barnavården. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 10(2–3): 193–213.
- Migrationsverket (2018). Statistik. Inkomna ansökningar om asyl 2015. www.migrationsverket.se. (Hämtad 181207).
- Packman, Jean; Randall, John & Jaques, Nicola (1986). *Who needs care? Social work decisions about children*. New York: Basil Blackwell.

- Palm, Jessica (2003). *Ungdomarnas upplevelse av slutna ungdomsvård. En jämförelse med LVU-placeringar och fängelse*. Forskningsrapport nr 2. Statens institutionsstyrelse.
- Petersson, Tove (2017). När hjälpen gör ont värre. Om (oönskade?) konsekvenser av att undvika häkte för unga lagöverträdare. I: Leviner, Pernilla & Lundström, Tommy (Red.) *Tvångsvård av barn och unga. Rättigheter, utmaningar och gränzoner*. Stockholm: Wolters Kluwer.
- Polvere, Lauren (2011). Youth perspectives on restrictive mental health placement: Unearthing a counter narrative. *Journal of Adolescent Research*, 26(3): 318–343.
- Polvere, Lauren (2014). Agency in institutionalised youth: a critical inquiry. *Children & Society*, 28(3): 182–193.
- Ponnert, Lina (2007). *Mellan klient och rättssystem. Tvångsvård av barn och unga ur socialsekreterares perspektiv*. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan. Diss.
- Ponnert, Lina (2013). Osäkerhet – ett nödvändigt uttryck för professionalitet eller ett tecken på okunskap? I: Linde, Stig & Svensson, Kerstin (Red.). *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter*. Stockholm: Liber.
- Ponnert, Lina & Svensson, Kerstin (2011). När förpackade idéer möter organisatoriska villkor. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 18(3): 168–185.
- Ponnert, Lina & Svensson, Kerstin (2015). Standardisering som lösning. I: Johansson, Staffan; Dellgran, Peter & Höjer, Staffan (Red.). *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Prop. 2017/18:1 69 Stärkt rättssäkerhet vid genomförande av särskilda befogenheter på särskilda ungdomshem och LVM-hem.
- Sallnäs, Marie (2000). *Barnavårdens institutioner – framväxt, ideologi och struktur*. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete. Diss.
- Shannon, David (2011). *Follow-up of youths admitted to SiS youth care facilities 1997–2001*. Statens institutionsstyrelse: Institutionsvård i fokus, nr 4.
- SiS nyhet 2016-10-13 Ändrade kompetenskrav för behandlingsassistenter.
- SiS nyhet 2017-10-03 Fortsatt justerade kompetenskrav.
- Socialdepartementet (2018). Promemoria om ändring av övergångsbestämmelsen för behörighet inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård.

Socialstyrelsen (2016). Analys av situationen i socialtjänsten. Läget under hösten 2015 och början av 2016.

Socialstyrelsen (2017). Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2015 och 2016.

SOU 2016:92. Färre i häkte och minskad isolering. Betänkande av Häktes- och restriktionsutredningen.

Statens institutionsstyrelse (2003). SiS årliga statistik 2002. Allmän SiS-rapport 2003:5.

Statens institutionsstyrelse (2013). Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem 2012. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju. Institutionsvård i fokus, nr 4.

Statens institutionsstyrelse (2014a). Riktlinjer för utformning och genomförande av SiS akuttjänst ungdom.

Statens institutionsstyrelse (2014b). Riktlinjer för utformning och genomförande av SiS behandlingstjänst ungdom.

Statens institutionsstyrelse (2016). Verksamhetsplan 2016.

Statens institutionsstyrelse (2017). SiS verksamhetsplan 2017.

Statens institutionsstyrelse (2017b). Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2017. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju. Institutionsvård i fokus, nr 7.

Statens institutionsstyrelse (2018a). SiS verksamhetsplan 2018.

Statens institutionsstyrelse (2018b). SiS årsredovisning 2017.

Statens institutionsstyrelse (2018c). SiS i korthet 2017.

Statens institutionsstyrelse (2018d). Ungdomar utskrivna från SiS särskilda ungdomshem 2016. En sammanställning av ADAD utskrivningsintervju.

Statens institutionsstyrelse (2018e). Ungdomar utskrivna från SiS särskilda ungdomshem 2017. En sammanställning av ADAD utskrivningsintervju.

Statens institutionsstyrelse (2019). SiS verksamhetsplan 2019.

- Stokholm, Anja (2009). Forming identities in residential care for children. Manoeuvring between social work and peer groups. *Childhood*, 16(4): 553–570.
- Svensson, Kerstin (1998). *Straff eller behandling? Om statens strategier mot gränsöverskridande ungdom under 1900-talet*. Meddelanden från Socialhögskolan, Lunds universitet 1998:1.
- Svensson, Kerstin (2019). *Socionomers syn på sin yrkesroll och organisation. En jämförande enkätstudie 2008 och 2018*. (10 uppl.) (Research Reports in Social Work). Lund: Lund University, School of Social Work.
- Svensson, Lupita (2006). *Häktad eller omedelbart omhändertagen? – en studie om akuta frihetsberövanden av unga lagöverträdare*. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete. Diss.
- Tham, Pia (2008). *Arbetsvillkor i den sociala barnvården: förutsättningar för ett kvalificerat arbete*. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Ugelvik, Thomas (2012). Prisoners and their victims: Techniques of neutralization, techniques of the self. *Ethnography*, 13(3): 259–277.
- Universitetskanslersämbetet (2018). www.uka.se. (Hämtad 2018–1207).
- Wiberg, Erland (1976). *Pojkar i tvångsvård. Råbyundersökningen*. Stockholm: Prisma.
- Vogel, Maria A. (2012). *Särskilda ungdomshem och vårdkedjor. Om ungdomar, kön, lass och etnicitet*. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete. Diss.
- Vogel, Maria A. (2018). *Behandling i teori och praktik. Organisatoriska förutsättningar och placerade tjejs förståelse*. I: Enell, Sofia; Vogel, Maria A. & Gruber, Sabine (Red.). *Kontrollerade unga. Tvångsvårdspraktiker på institution*. Lund: Studentlitteratur.
- Wästerfors, David (2009). *Konflikthantering i ungdomsvård ur ett sociologiskt perspektiv*. SiS forskningsrapport nr 3:2009.
- Wästerfors, David (2014). *Lektioner i motvind: Om skola för unga på institution*. Malmö: Égalité.

Lagar och förkortningar:

Brottsbalk (1962:700) (BrB)

Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT)

Lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU)

Socialtjänstförordning (2001:937) (SoF)

Socialtjänstlag (2001:453) (SoL)

Bilaga I. Intervjuguide ungdomar

Forskningsprojektet: Akutavdelningar på särskilda ungdomshem. En studie av akutpraktiken ur personalens, de ungas och socialtjänstens perspektiv.

Intervjuguidens innehåll/sex teman:

- Inledning och bakgrund (a)
- Första tiden på akutavdelning (b)
- Erfarenheter och upplevelser av verksamheten på akutavdelning (c)
- Relationen till personalen på akutavdelning (d)
- Vården på behandlingsavdelning och eventuella likheter/skillnader mellan akut- och behandlingsavdelning (e)
- Avslutning/Övrigt (f)

Information om projektet och samtyckesblankett fylls i

Skriftlig och muntlig information ges åter till den unge om forskningsprojektet och om intervjuens syfte och frågornas upplägg/teman, samt om samtycke/etik/anonymitet/datasäkerhet m.m. innan intervjun startar.

A. Inledning och bakgrund

Namn och ålder?

Hur länge har du vistats på just den här behandlingsavdelningen? Var vårdades du innan du kom till denna behandlingsavdelning? (*Akutavdelning och ev. utredningsavdelning? Annan behandlingsavdelning? Hur länge? På samma eller annat ungdomshem än det du vistas på nu? Minns du ungefär när du påbörjade din ungdomshemsvård inom SiS den här vårdperioden, dvs. när du först placerades?*)

Har du tidigare erfarenhet/erfarenheter av att vårdas på särskilt ungdomshem? (*Minns du hur länge du vårdades på ungdomshem då? Var det samma ungdomshem som nu eller ett annat ungdomshem? Minns du vilken/vilka typ/er av avdelning det handlade om, dvs. akutavdelning, utredning eller behandling?*)

Vad tror du det var som gjorde att du kom till akutavdelningen (ev. den här gången)? (*Särskild incident/händelse? Tidigare vård som brutit samman? Brist på samtycke till vård? Annat?*)

B. Första tiden på akutavdelning

Hur och när fick du reda på att du skulle komma till akutavdelningen på ungdomshemmet? (*Var det planerat eller förberett på något sätt? Vem/vilka berättade det för dig? Socialtjänsten/polis/vårdnadshavare/annan*)

Kan du berätta om hur det gick till den dagen du kom till akutavdelningen? (*Hur gick hämtningen till? Vem/vilka följde med dig till hemmet? Vad var dina första intryck av avdelningen? Hur kändes det att komma dit? Vilken typ av information fick du om verksamheten och vad hände första dagen?*)

Ungefär hur länge vistades du på akutavdelningen? Hur upplevde du informationen kring vad som skulle hända efter tiden på akutavdelning? (*Fanns det från början någon planering för var/hur du skulle bo/vårdas efter tiden på akutavdelning? Eller när/hur fick du reda på din framtida planering? Hur upplevde du detta?*)

C. Erfarenheter och upplevelser av verksamheten på akutavdelning

Beskriv med egna ord hur en dag på akutavdelningen ser ut. *(Vilka dagliga rutiner/tider/hållpunkter finns? Gick du i någon skolverksamhet eller annat under dagen? Hur många ungdomar var ni på avdelningen samtidigt? Vilka typiska händelser inträffade en vanlig dag?)*

Hur skulle du med egna ord vilja beskriva verksamheten på akutavdelningarna? Vad tycker du att man som ungdom får ut av vård på akutavdelning, dvs. vad erbjuder avdelningen? *(Är det förvaring? Är det vård? Är det väntan på vård? Inläsning? Skydd?)*

Vilka formella (uttalade) och informella (dolda) regler finns på akutavdelningen? *(Vad måste man göra/inte göra som ungdom på avdelningen i relation till: – personalen, – övriga ungdomar? Vem/vilka sätter upp reglerna? Hur uppfattade du reglerna? Vad händer om man bryter mot reglerna?)*

Hur tyckte du att det fungerade det med övriga ungdomar på akutavdelningen? *(Blev du vän/ovän med någon? Präglas vardagen av att man stöttar man varandra eller uppstår konflikter? Kände du dig trygg på avdelningen?)*

Vem/vilka bestämmer när man är redo att lämna akutavdelningen? Kan man som ungdom göra någonting för att påverka/begränsa tiden man måste vistas på akutavdelning? I sådana fall vad?

Om du skulle välja **ett ord** för att beskriva hur du upplevde tiden på **akutavdelning**, vad skulle det vara?

D. Relationen till personal på akutavdelningen

Beskriv med egna ord hur du uppfattade personalens roll på akutavdelningen, vad är deras huvudsakliga uppdrag tror du? *(vuxen/ våktare/vårdare/vän/m.m.)* Var personalen eller någon i personalen viktig för dig? Om ja, på vilket sätt?

Upplevde du att personalen på akutavdelningen hade stor/liten makt/befogenhet att bestämma saker/fatta beslut som rörde dig och din vård? Kan du ge något exempel?

Minns du hur det gick det till när ni skrev din behandlingsplan på akutavdelningen? *(När gjordes det? Vem/vilka var med? Personal/socialtjänst/vårdnadshavare/annan? Upplever du att du hade något inflytande över innehållet i planen?)*

Om du skulle ge **ett råd** till personal som arbetar på **akutavdelningarna** inom SiS, vad skulle det vara?

E. Vården på behandlingsavdelning och eventuella likheter/skillnader mellan akut- och behandlingsavdelning

Vi övergår nu till att tala lite kring vistelse på behandlingsavdelning, dvs. den typ av avdelning du vistas på nu samt hur du uppfattar att den liknar, eller eventuellt skiljer sig åt, från vistelsen på akutaavdelning.

Upplever du att det finns några **skillnader** mellan akutavdelning och behandlingsavdelning? Vad består i sådana fall de främsta skillnaderna i? (Se ev. följdfrågor under C och D beträffande gällande akutavdelningarnas: *dagliga rutiner/verksamhetens innehåll/regelverk/personalens roll och makt/ungdomarna som vistas där*)

Finns det enligt dig några **likheter** mellan akutavdelning och behandlingsavdelning? Vad består i sådana fall de främsta likheterna i? (Se ev. följdfrågor under C och D beträffande akutavdelningarnas: *dagliga rutiner/verksamhetens innehåll/regelverk/personalens roll och makt/ungdomarna som vistas där*.)

Vem/vilka bestämmer när man är redo att lämna **behandlingsavdelningen**? Kan man som ungdom göra någonting för att påverka/begränsa tiden man måste vistas på **behandlingsavdelning**? I sådana fall vad?

Om du skulle ge **ett råd** till personal som arbetar på **behandlingsavdelningarna** inom SiS, vad skulle det vara?

Om du skulle välja **ett ord** för att beskriva hur du hittills upplevt tiden på **behandlingsavdelning**, vad skulle det vara?

F. Avslutning/Övrigt

Vad är det enligt dig viktigast för **socialtjänsten** att tänka på när en ung person ska placeras akut på särskilt ungdomshem?

Vad är det enligt dig viktigast för **SiS** att tänka på vad gäller ungdomsvården och verksamheten där? Vilka eventuella förändringar eller förbättringar skulle du främst vilja se? (*Är det positivt att det finns flera olika specialiserade avdelningar? Eller är det bättre att vara på ett och samma hem och en och samma avdelning?*)

Om du skulle ge ett råd till **ungdomar** som ska påbörja akutvård inom SiS, vad skulle det vara?

Finns det något **annat/övrigt** du vill tillägga/framföra som rör vistelse på särskilt ungdomshem och de olika avdelningar som finns där?

Har du, nu efter intervjun, **några frågor som rör forskningsprojektet?**

Tack och avslut på intervjun.

Bilaga 2. Intervjuguide personal gruppintervjuer

Muntlig + skriftlig info om projektet och intervjun

Öppningsfrågor

- Kort om deltagarnas namn, ålder/yrkestitel/yrkesbakgrund och erfarenhet
- Behövs specifika akutavdelningar på särskilda ungdomshem? För vem/vilka? Vad är det som sker på akutavdelningar som inte sker på andra avdelningar inom SiS?

Introduktionsfrågor/akutavdelningarnas uppdrag och verksamhet

- Akutavdelningar på särskilda ungdomshem har ett annat **uppdrag** än behandlingsavdelningar och andra centrala samarbetspartner.
- Akutavdelningar på särskilda ungdomshem har en annan **målgrupp** än behandlingsavdelningar (ungdomarna skiljer sig åt).

Övergångsfrågor/roll och relation till den unge

- Att arbeta utifrån tydliga **arbetsmetoder** med ungdomarna är viktigare på behandlingsavdelningar än på akutavdelningar.
- Personal på behandlingsavdelningar har en annan **roll och relation** till ungdomarna än vad personal på akutavdelningen har.
- Den unge påverkas främst av om vården är **låst eller öppen**, vilken avdelningsform han/hon vistas på spelar mindre roll.

Nyckelfrågor/inflytande och handlingsutrymme

- Personal på akut- och behandlingsavdelningar har lika stort **inflytande** över verksamheten på ungdomshemmet.
- Personal på akut- och behandlingsavdelningar har lika stort inflytande över de ungas vård.
- Det behövs lika hög **utbildning** för att kunna arbeta på akutavdelning som på behandlingsavdelning.

Avslutningsfrågor/professionalitet

- Utifrån ert arbete på akut-/behandlingsavdelning, vad förknippar ni med ordet **"professionalitet"** inom ramen för er roll på avdelningen? (näm n t.ex. något ord, förhållningssätt, kunskaper som är viktiga)

Summering

- Övriga tankar och frågor? Är det något ni som personal skulle önskat/velat var annorlunda för egen del? För de ungas del?

Bilaga 3. Intervjuguide socialtjänst

Info om projektet och intervjun, samtycke

Öppningsfrågor (kort info om deltagarna: namn/ålder/yrkestitel/bakgrund och funktion)

Målgrupp

I vilka fall sker placeringar på akutavdelningar?

- Vilka ungdomar och varför akut?
- Annan målgrupp och annat vårdbehov än behandlingsavdelningar?
- Kan vissa placeras direkt på behandlingsavdelning?
- Hur motiverar ni besluten?

Uppdrag

Hur ser ni på akutavdelningarnas uppdrag och arbete?

- Hur ser ett uppdrag ut? Formuleras det, var och när isf? Utredning/vårdbeställning/vårdplan
- Akut-/behandlingsavdelningar – olika uppdrag?
- Vad ska akutavdelningarna arbeta med? På vilket sätt?
- Hur tänker ni att en dag på en akutavdelning ser ut?

Vårdtid (låst – öppnare former)

Hur ser vårdtiden för ungdomar som placeras på akutavdelningar ut?

- Vem avgör när ungdomarna är redo för öppnare former på akutavdelningar?
- Vem avgör när ungdomarna kan lämna akutavdelningarna?
- Finns det en "vårdkedja"? (ideal, plan, verklighet)
- Ungdomars/föräldrars inflytande över vårdtiden?

Samverkan/kontakt

Hur ser samverkan/kontakten med SiS ut i samband med akutplaceringar?

- När? (under utredningsskedet/i samband med placering/vid uppföljning/inför avslut)
- På vems initiativ?
- Informellt/formaliserat?
- Hur ser ansvars- och rollfördelningen ut (exv. i relation till den unges vårdplanering)?
- Svårigheter/möjligheter?
- Likartade förväntningar och behov?
- Inflytande/makt?

Hur ser samverkan/kontakten ut med andra professionella aktörer?

- Vem/vilka? (hälso- och sjukvård, skola, polis m.fl.)
- När? (under utredningsskedet/i samband med placering/vid uppföljning/inför avslut)
- På vems initiativ?
- Informellt/formaliserat (exv. SIP)?
- Svårigheter/möjligheter?
- Likartade förväntningar och behov?
- Inflytande/makt?

Hur ser samverkan/kontakten ut med den unge och dess föräldrar?

- När? (under utredningsskedet/i samband med placering/vid uppföljning/inför avslut)
- På vems initiativ?
- Informellt/formaliserat?
- Svårigheter/möjligheter?
- Likartade förväntningar och behov?
- Inflytande/makt?

Profession/kompetens/organisation

Hur ser ni på socialtjänstens kompetens i förhållande till att bedöma vårdbehov och placeringsformer för ungdomar?

- Brister/styrkor?
- Organisatoriska förutsättningar?

Hur ser ni på SiS kompetens i relation till ungdomarnas vårdbehov?

- Brister/styrkor?
- Organisatoriska förutsättningar?

Bedömer socialtjänst och SiS lika ifråga om vårdbehov etc.?

Övrigt

Övriga tankar?

Svagheter/styrkor med akutpraktiken? Är det något ni som socialsekreterare önskar var annorlunda gällande organiseringen av ungdomshemmen? Eller gällande de ungas vård på akutavdelningar?

Författarpresentation



Lina Ponnert är socionom och docent i socialt arbete vid Socialhögskolan, Lunds universitet. Hennes forskning har kretsat kring den sociala barnvården, socialtjänstens arbete, socialsekreterares bedömningar och samhällsvård av barn och unga. I sin forskning har hon särskilt intresserat sig för hur socionomer tolkar och hanterar rättsliga och organisatoriska förutsättningar i arbetet och hur detta påverkar den professionella praktiken. Linas avhandling fokuserade tvångsvårdsprocessen av barn och unga ur socialsekreterares perspektiv. Ett annat intresseområde är hur våld hanteras och bedöms i beslut som rör barn.




Susanna Johansson är rättssociolog och docent i socialt arbete vid Socialhögskolan, Lunds universitet. Hennes forskning uppmärksammar hur nya former av välfärdsstyrning och reglering påverkar organiseringen av den sociala barn- och ungdomsvården liksom samverkan mellan socialtjänst och andra välfärdsorganisationer. Hon har särskilt studerat samverkan mellan socialtjänst, polis- och åklagarmyndigheter och hälso- och sjukvård kring brottsutsatta barn inom ramen för barnahus. Hon bedriver också forskning om samhälls- och institutionsvård av barn och unga, bland annat med fokus på samverkan och socialtjänstens perspektiv.



Kerstin Svensson är socionom och professor i socialt arbete vid Socialhögskolan, Lunds universitet. Hennes forskning rör det sociala arbetets utförande och organisering, professionalitet och frivillighet m.m. Hennes studier har framför allt hämtat sitt material från kriminalvård, tvångsvård av missbrukare och ungdomar, socialtjänst, brottsofferjourer, skola och polis. Bland hennes publikationer kan nämnas Svensson, K; Johansson, E & Laanemets (2008) *Handlingsutrymme. Utmaningar i socialt arbete*. som används frekvent i utbildning av socionomer i hela landet.

Produktion och tryck: BrandFactory. 2020. Arb.nr: 400707.

 **Svanenmärkt trycksak, 3041 0142**

SiS ungdomsvård är indelad i tre olika tjänster: akut, utredning och behandling. Medan placering på utredningsavdelning och behandlingsavdelning har ett tydligt uppdrag att utreda eller behandla, så är syftet med placering på akutavdelning mer oklart. Vården på en akutavdelning definieras av att den är ”akut” och tillfällig, något både personal och unga måste förhålla sig till. När den unge placeras på akutavdelning är den fortsatta vårdkedjan oklar och den unge befinner sig i en oviss situation vad gäller den fortsatta vårdens utformning. Oftast stannar de några veckor och går sedan vidare, till exempel till ett HVB-hem eller ett familjehem. Ibland blir de kvar inom SiS. Så vad händer då på en akutavdelning? Hur är verksamheten organiserad och vad består den av? Vad skiljer den från andra avdelningar på särskilda ungdomshem? Det är centrala frågor för denna studie. Fokus har varit på att förstå akutavdelningar som fenomen och vad praktiken där innebär utifrån de olika aktörernas perspektiv: personalens, ungdomarnas och socialtjänstens.

Resultaten visar att socialtjänsten har relativt samstämmiga förväntningar på akutavdelningarnas verksamhet. Ofta handlar det om att akutavdelningar ska erbjuda kartläggningar av ungdomarnas problematik och vårdbehov, en möjlighet för ungdomarna att ”landa”, samt att de ska få struktur på tillvaron med regler och rutiner att förhålla sig till. Akutplaceringen erbjuder ett stopp på den unges beteende, samtidigt som socialtjänsten ges tid att fundera på fortsatta insatser. Det framgår också att socialtjänsten inte har särskilt höga förväntningar på vårdinnehållet på akutavdelningar, oavsett problematik hos målgruppen och särskilt inte avseende psykisk problematik.

SiS personal talar generellt om akutavdelningar i termer av omvårdnad, skydd, överlevnad och förberedelser, att lära känna den unge, medan behandlingsavdelningar beskrivs utifrån att relationer ska skapas, krav ställas och program genomföras. Idén om att de unga behöver landa finns även hos SiS personal.

Ungdomarna å sin sida beskriver dagarna på akutavdelningen som ganska innehållslösa med en hel del tristess och väntan. Den korta och obestämda tiden på akutavdelningen, vetskapen om att man ska vidare till någon annan avdelning eller vårdform inom kort, kan också göra det svårt att se meningen med att följa de aktiviteter erbjuds eller påbörja något skolarbete. Det som enligt ungdomarna skiljer akutavdelningar från andra avdelningar inom SiS verkar primärt handla om tillgången till privata ägodelar saker och graden av öppenhet, att de unga får vistas utanför avdelningen på ett annat sätt på utrednings- och behandlingsavdelningar. Men också att det ställs mer krav på de unga på behandlingsavdelning än på akutavdelning, vilket framför allt verkar handla om att delta i schemalagda aktiviteter.

ISBN 978-91-87053-68-9