

Särskilda vård- och resursbehov

En kartläggning av särskilt vård- och resurskrävande ungdomar och klienter som vårdats inom SiS åren 2018 och 2019



Institutionsvård i fokus ges ut av Statens institutionsstyrelse, SiS. Serien omfattar såväl sammanställningar, statistik, redovisningar och utvärderingar som forskningspublikationer. Forskningsrapporterna har en särskild markering på framsidan, en författarpresentation samt uppgifter om finansieringsförfarandet och den vetenskapliga granskningen.

Rapporterna som inte är forskningsrapporter produceras och bereds i regel inom avdelningen för utveckling av vård och behandling. Även företrädare för verksamheten och externa sakkunniga kan vara delaktiga i framtagningen av rapporter, antingen som medförfattare eller granskare.

Beslut om publicering fattas av ett redaktionsråd som består av företrädare från SiS avdelning för utveckling av vård och behandling samt kommunikationsavdelningen.

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

ISBN 978-91-87053-73-3

Särskilda vård- och resursbehov

En kartläggning av särskilt vård- och resurskrävande ungdomar och klienter som vårdats inom SiS åren 2018 och 2019

Nummer 6 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

Särskilda vård- och resursbehov

En kartläggning av särskilt vård- och
resurskrävande ungdomar och klienter
som vårdats inom SiS åren 2018 och 2019

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Inledning	7
Syfte	13
Metod.....	13
Kartläggning av den beslutsprocess som fastställt de särskilda resursbehoven, med fokus på bedömare, verktyg och informationsinhämtning	15
Syfte	15
Metod.....	15
Resultat.....	15
Kartläggning av antalet ungdomar och klienter som bedöms vara särskilt vårdkrävande	25
Syfte.....	25
Metod.....	25
Resultat.....	26
Kartläggning av vårdbehovens karaktär och insatserna dessa genererar	29
Syfte.....	29
Metod.....	29
Resultat.....	32
Sammanfattning	68
Bedömningsprocessen av ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov.....	68
Antal ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov	69
Vårdbehovens karaktär och insatserna dessa genererar	70
Avslutningsvis	76
Referenser	77
Bilaga 1	78
Bilaga 2.....	81
Bilaga 3.....	85
Bilaga 4.....	92
Bilaga 5.....	103

Sammanfattning

Statens institutionsstyrelse, SiS, vårdar varje år ett antal ungdomar och klienter med särskilt omfattande vård- och resursbehov. Genom åren har olika praktiska och strukturella lösningar för att möta dessa behov skapats och prövats. För att öka kunskapen om gruppen med särskilda vård- och resursbehov, samt utreda hur arbetet med gruppen utförs i dag, fick utvecklingsdirektören i uppdrag att genomföra *En kartläggning av särskilt vårdkrävande ungdomar och klienter och en utredning av beslutsprocessen för bedömning m.m.*

Uppdraget genomfördes vid forsknings- och utvecklingsenheten på SiS huvudkontor under hösten 2019 och våren 2020. Föreliggande rapport är en redovisning av kartläggningen och svarar på uppdragets frågeställningar:

- *Vem bedömer att den unge eller klienten är särskilt vård- eller resurskrävande?*
- *På vilka grunder har ungdomar och klienter bedömts som särskilt vård- eller resurskrävande?*
- *Hur många ungdomar och klienter bedöms som särskilt vård- eller resurskrävande?*
- *Vilka är vårdbehoven – hur ser en kategorisering eller gruppering av problembilderna ut, hos ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov?*
- *Vilka sÄrlösningar finns – går det att identifiera särskilda vårdinsatser som ges till olika grupper?*

Genomförande

Uppdraget har genomförts i två delar: Kartläggning av anvisningar för, och handläggning av, beslutsprocesser för vilka som får ta del av SiS resursförstärkta vård, samt en journalgranskning av 315 individer med särskilda vård- och resursbehov. Journalgranskningen omfattar 101 klienter och 214 ungdomar.

Resultat

Handläggning och vård av ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov genomförs i tre steg: Bedömning av vård- och resursbehov, placering på vårdplats som i så hög utsträckning som möjligt motsvarar vård- och resursbehoven och slutligen genomförande av vården.

Kartläggningen visar att aktörerna i de olika stegen – placeringsenheten vid huvudkontoret, verksamhetskontoren och institutionerna – gör stora ansträngningar och har ett högt engagemang i att, inom givna ramar, försöka möta de omfattande behov av insatser som finns hos klienter och ungdomar med särskilda vård- och resursbehov.

Samtidigt uttrycks en oro för att ansträngningarna inte är tillräckliga och att behoven hos ungdomar och klienter är svåra att möta inom ramen för SiS vård- och behandlingsorganisation. I lex Sarah-rapporter och i verksamhetsområdenas tertialrapporter redogör institutioner och verksamhetskontor för brister i strukturella förutsättningar och för praktiska begränsningar såväl i verksamheten som i samarbete med vårdgrannar.

I kartläggningen har ett antal områden identifierats, där förtydliganden och verksamhetsutveckling är angelägna:

Bedömning av särskilda vård- och resursbehov

I riktlinjer och praxis finns övergripande formuleringar om vilka ungdomar och klienter som ska kunna bli föremål för resursförstärkt vård. Det saknas dock beskrivningar av vilka tillstånd som omfattas och vilken art och grad ett visst tillstånd eller beteende ska ha för att tilldelas extra resurser. Det saknas även beskrivningar av och rekommendationer om hur särskilda vård- och resursbehov ska bedömas och med vilka verktyg.

Uppföljning av ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov

Majoriteten ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov går inte att spåra i SiS verksamhetssystem. SiS dokumentationssystem och dokumentationsanvisningar stödjer inte identifiering, kontinuerlig övervakning eller uppföljning av antalet individer med särskilda vård- och resursbehov eller de insatser som ges.

Matchning av tillgång och efterfrågan på platser för särskilda vård- och resursbehov

I dag är 9 procent av ungdomsvårdens och 8 procent av LVM-vårdens platser vikta för individer med särskilda vård- och resursbehov. Kartläggningsresultaten visar att ungefär 20 procent av ungdomarna och 16–19 procent av klienterna som årligen skrivs in på en SiS-institution kan ha särskilda vård- och resursbehov och vara i behov av anpassade insatser.

Definition av vårdinnehåll på en resursförstärkt plats

Det finns inga anvisningar för eller beslut om vilket vårdinnehåll som ska erbjudas på de resursförstärkta platserna. Detta ökar risken för att ungdomar och klienter som placeras på olika institutioner inte får likvärdig vård och att vårdinnehållet inte motsvarar individens vårdbehov. Kartläggningsresultaten visar hög förekomst av tillstånd och beteenden som påverkar mottagligheten för behandlingsinsatser, i gruppen med särskilda vård- och resursbehov. Samsjuklighet, mellan till exempel neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och psykisk sjukdom, är hög i gruppen och förekommer ofta i kombination med olika typer av socialt nedbrytande beteenden. Ett annat gemensamt drag i gruppen är en ökad benägenhet att använda våld. Som en utgångspunkt för att

kunna differentiera vårdinnehåll föreslås, mot bakgrund av kartlägningsresultaten, en kategorisering av problembilderna:

- A. Problembilden domineras av kriminalitet, antisocialitet och missbruk. Ibland i kombination med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och/eller psykisk sjukdom och/eller trauma.
- B. Problembilden domineras av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Antisociala riskbeteenden finns ofta med i bilden. Ibland i kombination med psykisk sjukdom och/eller trauma.
- C. Problembilden domineras av en allvarlig psykisk sjukdom. Antisociala riskbeteenden finns oftast med i bilden. Ibland i kombination med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Kvalitet i dokumentation

Genomläsningen av över 300 journaler visar en ojämn kvalitet i dokumentationsförfarandet. Såväl dokumentationsstödens utformning som det inskrivna innehållet gör det svårt att på individnivå följa ett behandlingsförlopp avseende vilka insatser som genomförts, varför och deras utfall. Kartläggningen avspeglar ett stort behov av att utveckla och förbättra själva dokumentationsstödet, men även av ökad kunskap hos de som dokumenterar om vilka insatser som bör beskrivas och hur. Dessa behov adresseras dock i framtagandet av SiS nya klientadministrativa journalsystem (KAJ) som kommer att tas i bruk 2021.

Interna strukturer för informationsöverföring

Det finns brister i informationsöverföringen vid ny- och omplaceringar av ungdomar och klienter som tidigare vårdats inom SiS. Mottagande institution har inte tillgång till den samlade informationen som finns i verksamhetssystemen och det saknas en central eller lokal funktion med uppgift att säkerställa att relevant information snabbt når fram. Informationsbristen kan skapa ökade risker, såväl för den enskilda klienten eller ungdomen som i arbetsmiljön.

Hot- och våldsförebyggande arbete

En gemensam nämnare för gruppen ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov är en ökad benägenhet att använda våld. Ett systematiskt och noggrant arbete med att förebygga hot och våld är därför centralt. Kartläggningen avspeglar brister, främst i institutionernas riskförebyggande arbete med BVC (Bröset Violence Checklist) och trygghetsplaner, men även i tillämpningen av det myndighetsgemensamma programmet för att förebygga och hantera våld NPPL (No Power No Lose).

Särskilt sårbara grupper

Kartläggningen har identifierat särskilt sårbara grupper, inom gruppen med särskilda vård- och resursbehov:

- *Pojkar, ofta äldre, med kraftfullt utagerande beteende i kombination med funktionsnedsättning och/eller psykiatriska tillstånd.*
- *Kvinnor inom LVM som uppvisar komplex samsjuklighetsproblematik i kombination med våldsamt utagerande.*
- *Pojkar, flickor, män och kvinnor med betydande funktionsnedsättning inom autismspektrat och/eller intellektuell funktionsnedsättning eller begåvning klart under genomsnittet.*
- *Pojkar, flickor, män och kvinnor med psykotiska symtom, dissociativa symtom eller på andra sätt avvikande realitetsprövning.*
- *Flickor och kvinnor med omfattande självskadebeteende och kroniskt förhöjd suicidrisk.*
- *Flickor och pojkar med missbruk eller riskbruk.*
- *De yngsta barnen, 12 år eller yngre.*

Slutsatser

Strukturella förutsättningar styr och påverkar institutionernas möjligheter att genomföra vården. Kartläggningen visar att det finns förbättringsmöjligheter avseende både bedömning av vilka som ska tilldelas särskilda resurser, i matchningen mellan individ och vårdplats, och i genomförandet av vården. Det är dock angeläget att återigen betona att kartläggningen tydligt visat att stora ansträngningar görs, av alla aktörer som är involverade i arbetet och på de olika verksamhetsnivåerna, för att möta behoven hos de som placeras inom SiS. De strukturella förutsättningarna och styrningen av arbetet är dock på flera områden i behov av vidareutveckling. Institutionerna och placeringsenheten löser i dag sin uppgift i avsaknad av förtydligande anvisningar och riktlinjer, och ofta med knappa resurser i förhållande till behoven som ska hanteras. Vissa grundläggande förutsättningar för ett systematiskt och kunskapsbaserat arbete med gruppen ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov, är i dag inte på plats. Under sådana förutsättningar kan det vara mycket svårt att möta de individuella vårdbehoven med anpassade och kvalitativa insatser.

Slutligen bekräftar kartläggningsresultaten, med stor tydlighet, det redan välkända behovet av ett tätare samarbete med psykiatri, habilitering och socialtjänst runt ungdomar och klienter med de mest komplexa vårdbehoven. Att aktivt försöka stödja utvecklandet av integrerade vårdformer och på sikt skapa en ökad tillgång till specialiserad vård för de klienter och ungdomar som är i behov av sådan, är ett viktigt bidrag till vårdutveckling för gruppen.

Inledning

Varje år tar SiS emot ett antal ungdomar och klienter med mycket svåra beteendeproblem. Det rör sig till exempel om hot och våld mot personal och intagna, omfattande skadegörelse, eldanläggelse och allvarliga självskadande eller suicidala beteenden. Beteendeproblemen kan ofta kopplas till en bakomliggande komplex problembild hos den enskilde med olika kombinationer av funktionsnedsättningar, psykiatrisk problematik, traumatisering, missbruk och kriminalitet. Utagerande beteende och komplexa problembilder är vanligt förekommande inom SiS. Hos en mindre grupp individer är dock detta särskilt framträdande och ställer extraordinära krav på institutionernas förmåga att upprätthålla trygghet och säkerhet i vårdmiljön, samt att skapa ett individuellt anpassat vårdinnehåll för den enskilde.

Vård- och resurskrävande ungdomar och klienter

Inom SiS har dessa ungdomar och klienter kommit att beskrivas som särskilt vårdkrävande, särskilt resurskrävande eller som individer med särskilda resursbehov. I föreliggande rapport kommer fortsättningsvis formuleringen ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov att användas. Under kartläggningsarbetet har följande definitioner av vad som kännetecknar vård- och resurskrävande beteende identifierats:

”Med särskilda resursbehov avses inom ungdomsvården ungdomar som har ett allvarligt utagerande eller självdestruktivt beteende eller har en funktionsnedsättning som helt eller delvis förhindrar vård med andra intagna. Ungdomarna bedöms vara i behov av extra personalresurser för att kunna tillgodogöra sig vård- och behandlingsinsatser under vårdtiden på institutionen.”¹

”Särskilt resurskrävande LVM-klienter är i första hand de klienter där det finns ett dokumenterat upprepat utåtagerande och våldsamt beteende och där socialtjänsten uppger att klienten kan vara utåtagerande även i drogfritt/nyktert tillstånd. Även ett dokumenterat, upprepat utåtagerande och våldsamt beteende under tidigare LVM-placering kan föranleda kategoriseringen.”²

Utmaning i processen för handläggning

Det har varit en utmaning för myndigheten att skapa en funktionell och transparent process för bedömning av behov och tilldelning av insatser för särskilt vård- och resurskrävande ungdomar och klienter. Processen har ändrats genom åren och olika instanser har under olika perioder ansvarat för fördelningen av resurser till institutioner som vårdat dessa individer. Även terminologin har skiftat, ibland kallas de platser som dessa individer vårdas på för särskilda omsorgsplatser, resursförstärkta platser eller ka-

1 Ur Riktlinjer vid bedömning av särskilda resursbehov för ungdomar vid SiS särskilda ungdomshem, dnr I.4.2-304-2016.

2 Mejlkommunikation med placeringsenhetens chef Elisabeth Olsson.

tegoriplatser. Det råder fortfarande stor otydlighet i hur beslutsprocesser för handläggning och bedömning av vårdbehov och insatser för denna grupp ser ut. Informationen om dessa individers vårdbehov, hur behoven bedöms, av vem och hur behoven relaterar till de ekonomiska förstärkningar som tillförs, är därför otillräcklig och diffus.

Organisering av resursförstärkta platser

År 2016 infördes den så kallade flat rate-modellen, ett enhetligt avgiftssystem för vårdavgifter där socialtjänsten betalar samma pris för en plats inom en viss tjänst oavsett om platsen är anpassad för ungdomar eller klienter med särskilda vård- eller resursbehov. Tanken är dock att ungdomar och klienter med särskilda vårdbehov, i så hög utsträckning som möjligt, ska vårdas på avdelningar med ett sådant uppdrag. Institutionerna som i verksamhetsplanen har sådana platser ges ekonomiskt utrymme att förstärka bemanningen vid aktuell avdelning. Den extra bemanningen är tänkt att stärka avdelningens generella förmåga att ta emot och hantera ungdomar och klienter med högre vårdtyngd. Med resursförstärkningen följer inget specifikt krav eller uppdrag kring vårdens utformning eller innehåll. Det är institutionen som får avgöra hur de extra resurserna ska förvaltas. I riktlinjerna om ansökan om individuell vårdavgift från 2016 är detta formulerat:

”Statens institutionsstyrelse, SiS, vårdar årligen ett antal ungdomar, såväl pojkar som flickor, som av institutionschefen bedöms vara i behov av extra insatser utöver de som kan erbjudas inom den ordinarie verksamheten. Vissa avdelningar har i uppdrag att ta emot ungdomar med särskilda vårdbehov. Övriga tar emot målgruppen löpande under året.”³

De resursförstärkta platserna: fördelning och omfattning

Inför varje budgetår görs en bedömning av hur stort behovet av förstärkta platser är i myndigheten. Under 2020 finns det 65 sådana platser i ungdomsvården (62 för LVU och 3 för LSU) och inom LVM-vården finns 32 platser. Placeringar på de resursförstärkta platserna på vanlig avdelning eller på platserna vid resursförstärkt avdelning, kostar inte mer för socialtjänsten. Inom ungdomsvården finns det också två specialavdelningar för denna målgrupp. För de ungdomar som vårdas vid någon av dessa avdelningar, betalar socialtjänsten en högre vårdavgift. Utöver detta upprättas ett mindre antal avtal per år mellan SiS och socialtjänsten med särskilda överenskommelser om individuell vårdavgift, då ordinarie insatser bedömts vara otillräckliga. I dag fördelas myndighetens resursförstärkta platser enligt följande:

3 Riktlinjer vid bedömning av särskilda resursbehov för ungdomar vid SiS särskilda ungdomshem, dnr I.4.2-304-2016.

Enligt VP 2020: Resursförstärkta platser inom ungdomsvården

Kategori 1 Resursförstärkta platser på vanlig avdelning	16 platser för flickor: Rebecka, Ljungaskog, Långanäs, Björkbacken, Margretelund 15 platser för pojkar: Johannisberg, Fagared, Råby, Nereby, Långanäs, Margretelund
Kategori 1 Resursförstärkta avdelningar	23 platser för pojkar (+ 3 LSU): Strandgården/Aspen på Sundbo, Klockbacka på Bärby, Fyren på Fagared
Kategori 2 Resursförstärkta specialavdelningar	4 platser (för pojkar och flickor): Trollebo på Långanäs 4 platser för flickor: Kullen på Brättegården
Kategori 3 Individuell avgift	Möjlighet att ansöka om att upprätta individuellt avtal om vårdavgift med socialtjänsten för behandling på egen avdelning. 20 avtal mellan 2017 och 2019.

Enligt VP 2020: Resursförstärkta platser inom ungdomsvården

Kategori 1 Resursförstärkta platser på vanlig avdelning	12 platser för kvinnor, läsbara: Lunden 6, Runna 6 20 platser för män (16 läsbara/4 öppna): Hornö 7, Gudhemsgården 8, Hesseby 5 (varav 4 öppna platser)
Kategori 3 Individuell avgift	Möjlighet att via VK ansöka om individuell avgift för full kostnadstäckning av extra resurser. Endast ett upprättat avtal mellan 2017 och 2019.

Vårdavgifter och kostnader

SiS verksamhet finansieras av anslag (31 %) och avgifter (69 %). Sedan 2016 använder sig SiS av en flat rate-modell, vilket innebär att prisskillnaderna för kommunerna mellan SiS olika läsbara tjänster inom LVU och LVM är marginella, med undantag för Trollebo och Kullen, som har en högre vårdavgift. I några få fall per år upprättas individuella vårdavgiftsavtal med placerande kommun. Sådana avtal tar sikte på full kostnadstäckning för vården som ingår, och vårddygnavgiften för de avtal som är aktuella för år 2020 ligger på cirka 20 000 kronor.

Internt fördelas medel enligt en fördelningsmodell differentierad från de olika tjänstetyperna, och institutionernas budget styrs av hur resursintensiva tjänster de tillhandahåller. Resursförstärkta platser inom kategori 1 ger således institutionen ett tillskott i sin budgetram som täcker de extra bemanningskostnader som angetts i fördelningsmodellen. För placerande kommun blir vårddygnavgiften som tidigare nämnts samma, se tabellen nedan, för till exempel en förstärkt akutplats eller LVM-plats som för en vanlig plats.

Avgifter i ungdomsvården	Avgift per vårddygn
Kategori 1, resursförstärkta platser på vanlig avdelning och resursförstärkta avdelningar	7 400–7 500
Kategori 2, resursförstärkta specialavdelningar, Trollebo och Kullen	13 200
Ordinarie läsbar plats	7 400–7 500
Ordinarie öppen plats	4 900–6 100
Kategori 3, individuell avgift	ca 20 000

Avgifter i missbruksvården	Avgift per vård dygn
Kategori 1, resursförstärkta platser på vanlig avdelning	4 650
Ordinarie läsbar plats	4 650
Ordinarie öppen plats	4 650
Kategori 3, individuell avgift	ca 20 000

Fram till årsskiftet 2019–2020 såg ekonomiuppföljningen olika ut inom verksamhetsområdena. Ungdomsvården i norr och missbruksvården följde upp institutionerna på kostnadssidan (brutto) medan ungdomsvården i söder följde upp institutionernas sammanlagda balans av kostnader och intäkter (netto). I kommunikation med verksamhetsföreträdare från institutioner och verksamhetskontor lyfts för- och nackdelar med de olika typerna av uppföljning, och hur dessa kan påverka institutionernas förmåga och incitament att ta sig an de extra kostnaderna som särskilt vård- och resurskrävande ungdomar och klienter kan medföra.

Representanter för institutionerna och verksamhetskontoren inom ungdomsvården har i kartläggningen belyst flat rate-modellen som en möjlig komplikation i samarbetet med socialtjänsten och för kommunernas incitament att bereda rätt vårdform för ungdomar med särskilda vård- och resursbehov. De exempel som lyfts handlar ofta om ungdomar med komplexa behov, men som kanske främst behöver stöd, insatser och boende inom ramen för LSS. I sådana fall kan det vara mindre kostsamt för kommunen att i det längsta behålla ungdomen inskriven på SiS, i stället för att till en högre kostnad, placera om till, eller bygga upp en lokal behovsanpassad insats. Ungdomar riskerar då att bli kvar inom SiS trots att institutionens bedömning är att de avseende kriminogena behov, kan anses vara färdigbehandlade. Från LVM-institutionerna rapporteras liknande erfarenheter. Det råder brist på HVB som tar emot målgruppen med missbruk och samtidig funktionsnedsättning. Detta kan medföra svårigheter att hitta lämpliga § 27-placeringar vilket riskerar att klienten kan tillbringa längre tid än vad vårdbehoven kräver, i låsta former inom SiS.

En kostnad som i verksamhetskontorens tertialrapporter kopplas till gruppen ungdomar med särskilda vård- och resursbehov är kostnader för vård i enskildhet (VIE). Varje ungdom eller klient som vårdas i enskildhet ska ha ständig tillgång till personal. En ökad tillämpning av VIE kan därmed antas påverka institutionens bemanningskostnader. Ur södra verksamhetskontorets rapport för tertial två, 2019 rapporterades *”Både antal och andel vård dygn i enskildhet har ökat stadigt sedan 2018: från 5 971 vård dygn T2 2018 till 8 795 vård dygn T2 2019. En schablon uträknad på underlag från institutionerna visar på ökning av kostnad per vård dygn för vård i enskildhet på 2 800 kr/vård dygn, vilket ger en uppskattad kostnadsökning mellan 2018 och 2019 på 7,9 mkr”*.

Tillgång och efterfrågan på resursförstärkta platser

I verksamhetskontorens tertialrapporter och i placeringsenhetens årliga bedömningar inför kommande budgetprocess, beskrivs genom åren en alltjämt ökad förekomst av ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov. Enligt placeringsenheten

är efterfrågan på förstärkta platser i princip alltid högre än tillgången. Det förekommer därmed återkommande att ungdomar och klienter med särskilda resursbehov behöver placeras på vanliga platser som inte är resursförstärkta.

I samband med införandet av det enhetliga avgiftssystemet 2016, tillfördes en generell bemanningsförstärkning på de avdelningar inom ungdomsvården som inte redan uppdragits att ta hand om särskilda vård- eller resursbehov. Förstärkningen kom att kallas *Den fjortonde behandlingsassistenten* och var tänkt som en flexibel resurs på en standardavdelning om sju platser, som skulle kunna kopplas på då en ungdom med särskilda vård- och resursbehov på grund av platsbrist, behövde placeras på vanlig plats. Den fjortonde behandlingsassistenten upplevs dock inte vara en tillräcklig resurs för att möta dessa behov.

Utöver placeringsenhetens bedömning om att de resursförstärkta platserna generellt är för få till antalet, så ökar akuta och omfattande platsreduktioner möjligen det underskottet. I slutet av 2018 stängdes tillfälligt de tio platserna på den resursförstärkta avdelningen Aspen, på SiS ungdomshem Sundbo. Avdelningen förblev stängd fram till hösten 2019. Under våren 2019 stängdes också SiS Ungdomshem Lövsta, som vid stängningen hade sex resursförstärkta platser. Under 2019 reducerades därmed tillgången till resursförstärkta platser inom kategori 1, från 57 till 41 platser, vilket ger ett bortfall på cirka 28 procent. Ungdomarna som var placerade på Aspen och Lövsta omplacerades vid stängningarna till andra akut- och behandlingsenheter inom SiS.

I verksamhetskontorens tertiärrapporter redogörs under 2019 för en ökad tillämpning av den särskilda befogenheten vård i enskildhet respektive avskiljning. I rapporterna från södra verksamhetskontoret diskuteras att ökningen skulle kunna bero på att de ungdomar med särskilda vårdbehov som efter stängningarna på Sundbo och Lövsta, placerades på vanliga platser inte fick den vård som de behövde. Tillämpningen av vård i enskildhet har också kopplats till en upplevd ökning av placerade ungdomar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Vidare tar SiS varje år emot ett litet antal barn i mellanstadieålder (9–12 år). De här barnen utmärker sig inte nödvändigtvis genom att vara våldsamma eller på andra vis särskilt resurskrävande. Däremot kan de på grund av att de är relativt små barn, anses ha särskilda vårdbehov då de ur omvårdnadssynpunkt och risksynpunkt blir sårbara när de placeras tillsammans med äldre ungdomar med en mer utvecklad problematik.

De resursförstärkta platserna: dokumentation och spårning

Det går med stor säkerhet att följa antalet platser som tilldelats i planeringsprocessen, men det är svårare att få överblick av antalet individer som vårdats på dessa platser samt om det förekommit ytterligare, icke budgeterad resursförstärkning under året. De enskilda överenskommelserna om individuell vårdavgift diarieförs på verksamhetskontoren och medför att individerna, som vårdats på det viset, går att identifiera. De ungdomar som vårdats på specialavdelningarna Trollebo eller Kullen, eller på någon av de resursförstärkta platserna på avdelningarna som enbart tar emot särskilt vård- och resurskrävande, går att identifiera genom inskrivningsdata i KIA. Det går dock inte att via verksamhetssystemen identifiera de individer som vårdats på någon av ungdoms-

vårdens eller missbruksvårdens resursförstärkta platser som finns på vanliga avdelningar.

Angeläget att öka transparensen avseende bedömning, resurstilldelning och behandling av särskilt vård- och resurskrävande ungdomar och klienter

Utöver, eller till och med delvis på grund av, svårigheter att spåra hur behovet av extra resurs fastställs och vad den totala kostnaden är, så saknas även kunskap om den totala gruppens samlade vårdbehov. Det är givetvis känt att denna grupp finns inom SiS och att individernas utagerande beteende utmanar institutionernas förmåga att upprätthålla trygg, säker och individanpassad vård samt begränsar möjligheten att skapa en säker arbetsmiljö för behandlingspersonalen. Vad som utgör ungdomarnas och klienternas vårdbehov och vilka insatser de bör ges, är dock inte tydligt definierat.

I vittnesmål från behandlingspersonal och tillsynsorganisationer samt i interna utredningar, incidentrapportering och tertialrapporter framgår att en del av de ungdomar och klienter med omfattande vårdbehov som placeras inom SiS inte får den anpassade vård och behandling som de är i behov av. Under 2018 och 2019 har flera institutioner uppmärksammat och i lex Sarah-rapportering beskrivit svårigheter att ge ungdomar och klienter med komplex samsjuklighet eller omfattande funktionsnedsättning adekvata insatser inom ramen för vanlig SiS-vård. Detta kan leda till sämre utfall av vården och skadlig arbetsmiljö. Då vården inom SiS ges under tvång, är det av högsta vikt att den håller god kvalitet, är jämlik och rättssäker. Det är angeläget att öka transparensen avseende bedömning, resurstilldelning och behandling av särskilt vård- och resurskrävande ungdomar och klienter, och att identifierade brister utreds och åtgärdas.

Syfte

Det övergripande syftet med kartläggningen har varit att öka kunskapen om särskilt vård- och resurskrävande ungdomar och klienter och deras vårdbehov. Specifika syften har varit att undersöka den process som fastställer de särskilda vård- och resursbehoven, med fokus på bedömare, verktyg och informationsinhämtning. Detta kan i sin tur utgöra underlag för en revidering av beslutsprocessen för handläggning och bedömning av vårdinnehåll och insatser för gruppen. Andra specifika syften med kartläggningen har varit att beskriva omfattningen av ungdomar och klienter som identifieras som särskilt vård- och resurskrävande samt identifiera och definiera särskilda vårdbehov och insatser för gruppen. För mer information om uppdragets bakgrund, avgränsningar och innehåll, se bifogat beslut, (bilaga 1).

Metod

För att kunna fullgöra ovan nämnda syften har kartläggningen genomförts i tre steg och tillvägagångssätt och resultat kommer att presenteras i den ordningen.

Inledningsvis redogörs för den process som i dag används för att bedöma behoven och besluta om resurser för de särskilt vård- och resurskrävande ungdomarna och klienterna. I fokus står vem som genomfört bedömningarna och hur. Därefter redovisas inventeringen av antalet ungdomar och klienter som bedömts vara särskilt vård- och resurskrävande. I en avslutande del redogörs för hur de uppvisade vårdbehoven ser ut och vilka insatser som ges och behöver ges. Metodfrågor som tillvägagångssätt, deltagare och material samt metodologiska begränsningar redogörs för under respektive steg. Beskrivning av hantering av data är gemensam för kartläggningens alla delar och redogörs därför för nedan.

Hantering av data

Då kartläggningen behandlade uppgifter som personnummer och samordningsnummer samt känslig information om ungdomarnas och klienternas personliga förhållanden såsom hälsa, sexualliv och information om lagöverträdelser, genomfördes en konsekvens-bedömning avseende hantering av personuppgifter (dnr 1.1.4-2837-2019).

I konsekvensbedömningen redogjordes för behov och proportionalitet av hanteringen av personuppgifter. Hanteringen anses vara nödvändig för att myndigheten ska kunna fullgöra sitt uppdrag att utföra en socialtjänstinsats av god kvalitet samt säkerställa patientsäker vård och behandling. Behandlingen bedöms därmed ha laglig grund enligt artikel 6.1 e) i dataskyddsförordningen⁴. Vidare har SiS skyldighet att säkerställa patientsäker vård och behandling (jfr 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen). Således är artikel 9.2 g) tillämplig. Behandlingen bedöms vidare vara nödvändig för myndighetens tillhandahållande av hälso- och sjukvård, behandling, social omsorg och för de system som myndigheten organiserar och förvaltar dessa i. De som behandlar personuppgifterna i projektet omfattas av den tystnadsplikt som följer av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Därmed är artikel 9.2 h) tillämplig för behandlingen av de känsliga personuppgifterna som kommer att göras i projektet. Konsekvensbedömningen redogjorde även för risker och konsekvenser i behandlingen, inklusive IT-tekniska säkerhetslösningar, samt hanteringen av dessa.

4 Av artikel 6.1 e) följer att behandling är laglig om och i den mån som behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning.

Kartläggning av den beslutsprocess som fastställt de särskilda resursbehoven, med fokus på bedömare, verktyg och informationsinhämtning

Syfte

Den här delen av kartläggningen syftar till att få ett underlag för en revidering av nuvarande ordning avseende beslutsprocessen för handläggning och bedömning av vårdbehov och insatser för gruppen. Kartläggningen besvarar följande frågeställningar:

- 1) Vem bedömer att den unge eller klienten är särskilt vård- eller resurskrävande?
- 2) På vilka grunder har de bedömts som särskilt vård- eller resurskrävande?

Metod

Informationskällor som använts för att kartlägga beslutsprocessen avseende resursbehov

Beslutsprocesserna har sett olika ut över tid och ser olika ut för ungdoms- och missbruksvården samt för ungdomsvårdens olika tjänster. För att skapa översikt har tillgänglig relevant dokumentation i form av beslut, riktlinjer och rutiner inhämtats och kompletterats med muntlig information från intervjuer och korrespondens över e-post med placeringsenheten på huvudkontoret, institutionschefer, verksamhetsutvecklare och handläggare på verksamhetskontoren.

Resultat

Vem bedömer särskilda resursbehov?

Det finns för närvarande tre aktörer involverade i bedömningarna av vilka ungdomar och klienter som bedöms ha särskilda behov och därför ska få tillgång till olika nivåer av resursförstärkning: a) placeringsenheten på huvudkontoret, b) institutionschefer och avdelningsföreståndare på institutionerna samt c) verksamhetsdirektören och utsedda handläggare på verksamhetskontoren.

Placeringsenheten på huvudkontoret

Placeringsenheten tar emot socialtjänstens ansökningar och ansvarar för att anvisa lämplig plats. Placeringsenheten genomför alla bedömningar som avgör vilka ungdomar och klienter som ska placeras på resursförstärkta platser på vanlig avdelning inom kategori 1. Inom kategori 2 bedömer placeringsenheten vilka ungdomar som ska placeras på de fyra platser som finns på specialavdelningen Trollebo. De fyra platserna på specialavdelningen Kullen har under 2019 haft en egen handläggningsordning där bedömningen genomförts av södra verksamhetskontoret i samarbete med Brättegårdens institutionschef och Kullens avdelningsföreståndare. Placeringsbesluten har dock fattats av chefen på placeringsenheten.

Institutionschefer och avdelningsföreståndare på institutionerna

Berörda institutionschefer och avdelningsföreståndare ansvarar för vård och behandling av de ungdomar eller klienter som placeras på institutionen och avdelningen. I de fall behov av särskilda resurser som motsvarar kategori 1 eller 2 uppkommer efter placering på institutionen, inleder institutionschefen eller avdelningsföreståndaren en dialog med placeringsenheten för att beskriva ungdomens eller klientens problematik och vårdbehov. Om institutionschefen bedömer att vårdbehoven är så omfattande att ungdomen eller klienten behöver vård som motsvarar kategori 3, kontaktas i första hand verksamhetsdirektören för dialog om att eventuellt upprätta en ansökan om individuell vårdavgift.

Verksamhetsdirektören och handläggare på verksamhetskontoren

Verksamhetskontoren ansvarar för alla bedömningar som rör upprättandet av individuella avtal om vårdavgift enligt kategori 3. Underlaget för bedömningen tas fram av institutionschefen. Särskilt utsedda handläggare på verksamhetskontoren granskar och bedömer underlaget och tar fram förslag till beslut. Verksamhetsdirektören fattar sedan beslut om att bifalla eller avslå ansökan och besluten diarieförs på aktuellt verksamhetskontor.

Hur genomförs bedömningarna?

Placering på resursförstärkt plats på vanlig avdelning och på resursförstärkt avdelning, kategori 1: Placeringsenheten

Bedömningsarbetet på placeringsenheten omfattar såväl tillgänglig dokumentation som kontakt med olika aktörer i ärendena. Nya ärenden aktualiseras genom en elektronisk ansökningsblankett där socialtjänsten bland annat beskriver placeringsorsak, särskilda vårdbehov och kända risker.

I de fall dokumentationen finns tillgänglig inhämtas också kompletterande information från socialtjänsten i form av till exempel socialnämndens utredning inför ansökan om tvångsvård hos förvaltningsrätten, samt BBIC-utredningar. I de fall individen tidigare varit placerad inom SiS, görs en genomgång av föreliggande dokumentation, såsom KIA-journalen, utredningar och beslut om särskilda befogenheter. I telefonsamtal med socialtjänsten kan muntlig information tillkomma. Tillgången till information kan se mycket

olika ut i olika ärenden. I ärenden som är nya för såväl placerande socialtjänst som för SiS kan informationen vara ytterst knapphändig, och i ärenden där klienten eller den unge haft en eller flera tidigare placeringar kan informationsmängden vara så omfattande att en fullständig genomgång kan vara svår att göra. Placeringsenheten har inte tillgång till dokumentation i ungdomars och klienters hälso- och sjukvårdsjournal i TakeCare.

Om ungdomen eller klienten redan är placerad inom SiS och behöver beredas plats på en annan avdelning eller institution sker en dialog med avdelningsföreståndaren på avdelningen där den unge eller klienten är placerad. Det kan röra sig om en planerad förflyttning vid till exempel byte av SiS-tjänst, eller en oplanerad förflyttning på grund av akuta händelser. Information om ungdomen eller klienten samt om den aktuella situationen inhämtas och utgör tillsammans med övrig tillgänglig information enligt ovan, grund för den nya bedömningen om hur plats bör tilldelas.

Placeringsenheten har regelbundna behandlingskonferenser med de avdelningar inom ungdomsvården och missbruksvården som har flest förstärkta platser. I dessa forum kan placeringsenheten följa hur institutionsvistelsen fungerar för enskilda ungdomar och klienter. Här utvecklar man också tillsammans med institutionsföreträdarna kännedom om hur den unge eller klienten fungerar i olika sammanhang.

Det finns inga riktlinjer eller någon beslutad handläggningsordning för hur bedömning av resursbehov och fördelning av platser inom kategori 1 ska genomföras. Det finns definitioner som på ett övergripande plan är vägledande för vilka klienter och ungdomar som kan falla inom ramen för de utökade resursbehoven. Placeringsenheten har dock inte tillgång till någon bedömningsmall, annat beslutsstöd eller hjälpmedel inför placering på en resursförstärkt plats.

Placeringsenheten beskriver bedömnings- och beslutsprocessen som en över tid utvecklade och stabil praxis. Den grundar sig dels på en aktuell och god kännedom om olika avdelningars förmåga att möta olika vårdbehov, dels på den kännedom som erhållits om den unge eller klienten genom informationsinhämtningen och de behandlingskonferenser som beskrivits ovan. Placeringsenheten beskriver att ambitionen är att i den utsträckning som platstillgången medger, möta den enskildes behov på bästa sätt. Bedömningarna som görs av placeringsenheten dokumenteras inte i anslutning till placeringsbesluten i KIA och är därmed inte spårbara.

Placering på resursförstärkt specialavdelning, kategori 2, Trollebo: Placeringsenheten

Inför placering på avdelning Trollebo på SiS ungdomshem Långanäs, utgår placeringsenhetens bedömningsarbete från den målgruppsbeskrivning som återfinns i en genomsyn av Trollebos verksamhet från 2017⁵.

”Trollebo är en läsbar avdelning för ungdomar med mycket speciella och förutsägbara behov t.ex. ungdomar med psykiska problem av varierande grad och art och ungdomar med olika begåvningshandikapp. En placering på Trollebo kan komma i fråga när den unge av olika anledningar inte är i kontakt med sina grundläggande funktioner och förmågor. An-

5 Åsebrant Maria, institutionschef för SiS Ungdomshem Långanäs – Verksamhetsbeskrivning avdelning Trollebo, 2017-10-02, ej diarieförd.

sökan om en plats på Trollebo sker enligt SiS rutiner för placering. Ungdomar som placeras på Trollebo har alla olika svårigheter och behov, likt övriga ungdomar som placeras inom SiS. Den gemensamma nämnaren för ungdomar som placeras på Trollebo är att de ofta har flera behandlingssammanbrott bakom sig och att det har visat sig att de har svårigheter att bo i grupp med andra ungdomar, kombinerat med ett våldsamt utagerande mot sig själv eller andra. Initialt kräver ungdomar som placeras ständig tillsyn på grund av allvarlig aggressivitet, självdestruktivitet eller grava störningar i realitetsprövning, kommunikation, kognition och affekt. Det är vanligt förekommande att ungdomar har mer omfattande funktionsnedsättningar än ungdomar generellt inom SiS.”

När en plats på Trollebo blir tillgänglig påbörjar placeringsenheten ett arbete med att ta fram den mest lämpliga matchningen med de ungdomar med omfattande vårdbehov som man har kännedom om i myndigheten vid det givna tillfället, med ovanstående målgruppsbeskrivning. För ungdomar som kommer i fråga för placering görs en inventering av KIA-journalen, samt annan tillgänglig kunskap och dokumentation. Efter jämförelser och överväganden avgör placeringsenheten vem av de unga som bedöms ha störst behov av behandlingsplatsen. Utöver målgruppsbeskrivningen ovan har placeringsenheten inte tillgång till några beslutsstöd som checklistor, bedömningsplaner, funktionsnivå-bedömningar eller liknande som underlättar strukturerade jämförelser mellan olika ungdomars vårdbehov. Bedömningsprocessen dokumenteras inte och är därmed inte spårbar. Placeringsbeslutet för den ungdom som får en plats på Trollebo innehåller således inte någon information om hur bedömningsprocessen genomförts och vilka skäl som ligger till grund för resurstilldelningen.

Placering på resurstärkt specialavdelning, kategori 2, Kullen:

Södra verksamhetskontoret

Avdelning Kullen vid SiS ungdomshem Brättegården startades som ett pilotprojekt under våren 2019. Under projektperioden har bedömningen inför platstilldelning genomförts på södra verksamhetskontoret i nära samarbete med Brättegårdens institutionschef. Inför avdelningens uppstart beslutades en verksamhetsbeskrivning⁶ för avdelning Kullen, där det bland annat beskrevs hur intagningsprocessen för dessa ungdomar skulle se ut. Intagningsprocessen beskrivs i beslutet enligt följande:

- 1. Verksamhetskontor söder bereder och föreslår ungdomar inom målgruppen.*
- 2. Verksamhetsdirektör beslutar, i nära samråd med institutionsledningen, om vilka ungdomar som är aktuella utifrån avdelningens beläggningsgrad och ungdomsgruppens konstellation.*
- 3. Placeringsenheten får meddelande om aktuella ungdomar och kontaktar placerande socialtjänst med erbjudande om plats på avdelning Kullen.*
- 4. En förutsättning för placering på avdelning Kullen är att Socialtjänsten förbinder sig att initiera en samordnad individuell plan (SIP) för ungdomen, om sådan inte redan är gjord.*
- 5. Avdelning Kullen påbörjar kartläggningsarbete av aktuell ungdom och planerar datum för intagning*

⁶ Verksamhetsbeskrivning för avdelning Kullen, dnr 2.2-4288-2018.

I samma verksamhetsbeskrivning anges följande inklusionskriterier för avdelningen:

1. *Diagnosticerad autismspektrumstörning och/eller intellektuell funktionsnedsättning alternativt kraftig misstanke om sådana diagnoser. (Om ungdomen inte är utredd och diagnosticerad ska placerande socialtjänst erbjudas utredning av SiS ungdomshem Brättegården).*
2. *Ska i utredning ha rekommenderats vård och boende i mindre ungdomsgrupp med hög personalitet där behandlingspersonal har kompetens i psykiska funktionsnedsättningar.*
3. *Historik av våldsamt utagerande beteende, avskiljningar och eventuell vård i enskildhet.*
4. *Placerande socialtjänst har ansökt om läsbar behandlingsplats för ungdomen.*

I verksamhetsbeskrivningen framgår att södra verksamhetskontoret hade intentioner att ta fram en tydlig och uppföljningsbar bedömningsmodell med fokus på ungdomarnas funktionsnivå och vårdbehov. Tanken var att kunna säkerställa att ungdomarnas behov bedömdes på samma sätt samt att bidra till möjligheterna för uppföljning av såväl placeringsbeslut som vårdresultat. Någon sådan modell togs emellertid inte fram. Bedömningarna inför platstilldelning gjordes istället med stöd av ovan beskrivna inklusionskriterier. Bedömningarna som genomförts inför placering på Kullen är inte dokumenterade, och i placeringsbesluten finns ingen text som anger grunderna för beslutet.

Ansökningar om att upprätta avtal om individuell vårdavgift, kategori 3: Respektive verksamhetskontor i ungdoms- och missbruksvården.

Ansökningsprocessen är riktlinjestyrd och sker enligt en beslutad och diarieförd handläggningsordning^{7,8}. För att en ansökan ska bli aktuell ska institutionschefen samråda, först med verksamhetsdirektören och sedan med socialtjänsten. Om båda instanserna godkänner förfrågan, kan ansökningsförfarandet påbörjas, där institutionschefen ansvarar för att sammanställa ett underlag enligt framtagen mall i handläggningsordningen. Underlaget ska beskriva den unges problematik, vårdbehov, vilka insatser som genomförts och vilka insatser institutionen avser att genomföra med hjälp av de extra resurser som äskas. Genomförda utredningar samt strukturerade risk- och behovsbedömningar ska bifogas och kostnader för de planerade insatserna ska beräknas och presenteras. En grupp utsedda handläggare från båda verksamhetskontoren bedömer sedan underlaget och bereder gemensamt förslag om beslut till berörd verksamhetsdirektör.

Handläggningsordningen anger endast ett kriterium som ska föreligga för att ansökan ska bifallas: att resurserna som äskas ska motsvara en egen avdelning med bemaning dygnet runt. Verksamhetsdirektören fattar beslut om att bifalla eller avslå ansökan. Det finns dock inga anvisningar om eller mallar för hur inhämtad information om individens tillstånd, situation och vårdbehov ska bedömas inför beslut. Skriftligt beslut diarieförs på aktuellt verksamhetskontor tillsammans med övriga handlingar i ären-

7 Beslut om handläggningsordning, samt handläggningsordning för ungdomsvården om ansökan om rätt att ingå avtal om förhöjd vårdavgift, dnr 3.1-836-2019.

8 Ansökan om rätt att ingå avtal om förhöjd vårdavgift i missbruksvården handläggs enligt samma rutin som förfrågningar inom ungdomsvården. I missbruksvården saknas det dock beslutade och diarieförda handläggningsordningar för detta.

det, och är på så vis spårbara. Handläggningsordningen innehåller inga anvisningar om eller på vilket sätt ansökningsproceduren ska dokumenteras i den unges eller klientens journal.

Diskussion

Vårdbehov eller resursbehov?

I SiS verksamhetsplan används i dag begreppet "särskilda vårdbehov" för att beskriva resursförstärkta platser. I de riktlinjer som styr ansökan om individuella avtal om förstärkt vårdavgift används begreppet "särskilda resursbehov". I dag används begreppen vårdbehov och resursbehov omväxlande och utan tydlig åtskillnad i de skrivningar som tagits fram och som styr olika delar av arbetet kring och handläggningen av de klienter och ungdomar som avses. Även begrepp som till exempel "kategoriplatser" och "särskilt vårdkrävande" används frekvent i det dagliga arbetet inom myndigheten. Detta kan tyckas vara oproblemiskt, så länge alla berörda förstår vilken grupp som avses med de olika begreppen. Men då det samtidigt skapar otydlighet i vad uppdraget handlar om och hur det ska lösas, är det problematiskt.

Bedömning av vårdbehov

Enligt föreskrifter i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen ska vård och omsorg vara behovsbaserad och bedrivs på ett kunskapsbaserat och systematiskt vis⁹. I en rapport om metod för behovsbedömning beskriver Socialstyrelsen att behovsbaserad vård innebär att resurser på ett övergripande plan ska styras dit där behoven är som störst, och i själva vården ska den individ som har störst behov kunna prioriteras¹⁰.

Enligt rapporten ovan ska en vårdbehovsbedömning innehålla tre delar: identifiering av den enskildes behov; en bedömning av vilka insatser som krävs för att möta behoven och slutligen vilka resurser som krävs för att genomföra de behövda insatserna. Först när behoven är fastställda kan alltså en bedömning av vilka resurser som krävs genomföras¹¹.

SiS modell för att hantera särskilda behov börjar med resurserna. Extra resurser för att möta särskilda behov är i budgeten kopplade till utvalda avdelningar och platser. Resurserna är inte i första hand kopplade till individen och följer därför inte med denne vid exempelvis en flytt till en annan institution.

9 Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL), Socialtjänstlag (2001:453).

10 Metod för behovsbedömning, Socialstyrelsen, artikelnr 2006-124-9.

11 Metod för behovsbedömning, Socialstyrelsen, artikelnr 2006-124-9.

Socialtjänsten bedömer vårdbehov, SiS bedömer resursbehov?

En placering på en SiS-institution innebär alltid att en grundläggande bedömning av individens vårdbehov är genomförd. Socialtjänsten har tagit fram ett underlag som beskriver den enskildes situation och varför tvångsvård anses nödvändig. I det elektroniska formulär som socialtjänsten använder för att ansöka om en plats på SiS-institution, ges möjlighet att fylla i om den unge eller klienten har "särskilda vårdbehov". Socialtjänsten kan där fylla i information om fysiskt utagerande, suicidala beteenden, självskada, funktionsnedsättning, neuropsykiatriska diagnoser och så vidare. Då vårdbehovet redan fastställts av socialtjänsten, och SiS uppdrag är att bereda plats för den unge eller klienten och skapa möjlighet att möta vårdbehoven, så blir det också SiS uppdrag att tillföra resurser i den mån som uppgiften kräver. Detta kan vara en av förklaringarna till att fokus i SiS handlägningsprocesser och bedömningar ligger på just resursbehovet. I praktiken är resursbehov och vårdbehov såklart nära sammankopplade eftersom resurstillsättningen bör avgöras av vilka vårdbehov som ska mötas och på vilket sätt.

Att identifiera särskilda behov

Bedömningarna av särskilda vård- och resursbehov grundar sig på den samlade information som finns tillgänglig i till exempel journaldokumentation och utredningar. Underlaget kan variera i såväl omfattning som innehåll och kvalitet. Tvångsvård är ofta den sista länken i en lång kedja av insatsförsök. Alla som placeras inom SiS har omfattande vårdbehov där funktionsnedsättningar, samsjuklighet i psykiatriska tillstånd och olika grader av bristande impuls kontroll och utagerande beteenden är standardtillstånd hos målgruppen. Det finns i dag inga definitioner som gör tydlig åtskillnad på vilken art och grad ett visst tillstånd ska ha för att betraktas som särskilt svårt. Det är inte heller klarlagt vilken typ av beteenden som ska kunna klaras av på en "vanlig" SiS-plats, eller när ett beteende blir så svårt att det kräver en plats för "särskilda vårdbehov". En annan aspekt av samma problem är att det också blir oklart när någon inte längre är i behov av förstärkt vård, och resurserna kan tillfalla någon annan som är i större behov av dem.

Tillämpning av behovsstyrd vård förutsätter och kräver att behoven är bestämda och kan graderas, för att kunna prioritera vård till de individer som har de största behoven. I bedömningen av särskilda resursbehov inom SiS finns inga instruktioner om eller hjälpmedel för ett sådant arbete framtagna.

Bedömning av vilka insatser som krävs för att möta de särskilda behoven

De avdelningar och platser inom SiS som ska ta emot klienter och ungdomar med särskilda vårdbehov får i dag inga särskilda instruktioner om hur vården ska utformas och vad den ska innehålla. Gruppen ungdomar och klienter med särskilda vårdbehov utmärks av våldsamt beteende, självskada, funktionsnedsättningar och psykiatriska tillstånd. Vart och ett av dessa tillstånd behöver bemötas med anpassade och specialiserade insatser. Eftersom myndigheten ska arbeta evidensbaserat behöver det vara klarlagt att insatserna som används fungerar. Det kan också finnas anledning att bedöma

vad som händer om den enskilda inte får rätt insatser. Risken är att problemen i stället fördjupas.

SiS platser för särskilda vårdbehov behöver således kunna erbjuda insatser med tydlig koppling till behoven. Utöver att vårdpersonalen har formell kompetens och ges specialkunskap om respektive vårdbehovsområden, behöver exempelvis insatser som adekvata hjälpmedel vid funktionsnedsättning, anpassad vårdmiljö och gruppstorlek, läkemedelsbehandling och en vardag som bygger på traumamedveten omsorg (TMO) tillföras. Ett mer utförligt resonemang om vilka insatser som kan vara lämpliga, och varför, förs längre fram i rapporten, i avsnittet om kategorisering av tillstånd. De resursförstärkta platserna är spridda på institutioner och avdelningar över hela landet. Gemensamma anvisningar för institutionerna med resursförstärkning är en förutsättning för att ungdomar och klienter ska kunna få likvärdig vård oavsett var de placeras.

Bedömning av vilka resurser som krävs för att genomföra insatserna

Särskilda resurser inom SiS är i dag nästan uteslutande omsatta i extra hög bemanning. Undantagen finns vid specialavdelningarna Trollebo och Kullen där vårdinnehåll, miljö och personalkompetens har givits en högre prioritet. Dessa undantag finns även bland de ärenden där en specialanpassad vård byggts upp med hjälp av individuell vårdavgift. Enbart extra bemanning kan, genom personalnärvaro, såklart innebära förutsättningar att på ett generellt plan understödja säkerhet, trygghet och genomförande av vårdinsatser. Om osäkerhet kring uppdrag och vårdinnehåll råder, behöver en högre bemanning emellertid inte vara det mest funktionella. Saknas instruktioner om eller metoder för hur man ska möta ett visst beteende eller tillstånd, kommer det spela mindre roll hur många man är. Det är svårt att som medarbetare bidra konstruktivt om uppgiften är vagt formulerad. SiS resurstillsättning för de särskilda vårdbehoven skulle kunna få bättre effekt om de i högre grad styrdes mot mer verksamma och specifika insatser.

Dokumentation

Dokumentationen i de beslut som fattas om vilka individer som får tillgång till särskilda resurser och varför, är bristande. Det är enbart bedömningsprocessen för de individuella vårdavgiftsavtalen som i dag går att spåra i SiS system. Även i den processen saknas emellertid anvisningar för dokumentation och informationsöverföring i individernas journaler.

När placeringsenheten bedömer var en ungdom eller klient ska placeras har de inte tillgång till hälso- och sjukvårdsdokumentationen. Det innebär att viktig information om den enskildes tillstånd kan falla bort. För en institution som tar emot en ny placering eller omplacering är tillgången till KIA-information begränsad till vård som tidigare genomförts på den egna institutionen. Eventuella utredningar och andra dokument som kan innehålla viktig information, måste begäras in från institutionen där den genomförts. Det kan på så vis ta flera veckor innan institutionen har tagit del av den samlade information som finns i det SiS-gemensamma verksamhetssystemet.

God dokumentation, och tillgång till rätt information, är en förutsättning för den enskildes rätts- och patientsäkerhet och för SiS förmåga att erbjuda trygg och säker vård samt följa upp och förbättra insatser.

Resursfördelning

Placeringsenheten vid huvudkontoret har som uppgift att anvisa lämplig plats till de klienter och ungdomar som ska erbjudas vård inom SiS. För att kunna göra det på bästa sätt och matcha individen till en behovsbaserad vård, krävs kunskapsbaserade redskap för att kunna identifiera den enskildes behov, bedöma vilka insatser som krävs för att möta behoven och vilka resurser som krävs för att genomföra insatserna. Om resurser ska kunna styras dit där behoven är som störst, och den individ som har störst behov ska kunna prioriteras till dessa insatser, så krävs överblick, mandat, kunskap och bedömningsverktyg som stödjer hela denna process.

I Statskontorets myndighetsöversyn av SiS¹² belyses den målkonflikt som placeringsenheten dagligen hanterar i genomförandet av sitt uppdrag – balansen mellan att erbjuda plats och att erbjuda behovsanpassad vård. I arbetet med granskning av gruppen med särskilda vårdbehov framstod målkonflikten med stor tydlighet, och som svårlöst, eftersom antalet resursförstärkta platser är få, och specificiteten i vårdbehoven och vad platserna erbjuder av innehåll i dag är låg. För att inte ytterligare förstärka dilemmat behöver en grundligare behovsanalys inför placering åtföljas av ett tillräckligt stort utbud av platser och med en differentiering av vårdinnehåll som motsvarar de behov som utreds.

Slutsatser

SiS har, likt andra vård- och omsorgsverksamheter, en given ekonomisk ram för att genomföra sitt uppdrag. Möjligheterna att erbjuda resursförstärkt vård är, och kommer troligtvis fortsätta vara, begränsade. I dag finns ingen utarbetad modell för bedömning av särskilda vårdbehov inom SiS. Det finns inte heller tydliga beskrivningar av vilka vårdinsatser SiS ska tillhandahålla på de resursförstärkta avdelningarna för att möta behov kopplade till exempelvis utagerande, självska debeteende eller funktionsnedsättningar.

Förutsättningarna för att jämföra olika individers behov på ett strukturerat och rättvist sätt är därmed inte på plats, vilket försvårar vid behov av prioriteringar. En förutsättning för att skapa likvärdig vård och behandling är att enskilda individers vårdbehov bedöms på samma sätt, och att tilldelningen av särskilda resurser får en dokumenterad koppling till såväl vårdbehov som insatser.

¹² Statskontoret 2020:7 Myndighetsöversyn av Statens institutionsstyrelse.

Sammanfattning

- Definitioner och benämningar av klienter och ungdomar med särskilda vård- och resursbehov, och platserna där de vårdas, är heterogena. Särskilda vårdbehov, särskilda resursbehov, särskilt vårdkrävande, kategoriplatser, resursförstärkt plats med mera är begrepp som används omväxlande och som tillkommit genom de olika handläggningsordningar som upprättats över tid. Enhetliga benämningar kan underlätta kommunikation och genomförande av en process där många aktörer är inblandade.
- Vilka ungdomar och klienter som ska kunna bli föremål för resursförstärkt vård styrs i dag av övergripande formuleringar i riktlinjer eller praxis. Genomarbetade beskrivningar av vilka tillstånd som omfattas, och vilken art och grad ett visst tillstånd eller beteende ska ha för att tilldelas extra resurser, finns inte i dag. Redskap som bedömningsmallar eller beslutsstöd för ändamålet finns inte framtagna och beslutade.
- Det finns inga anvisningar för vilket vårdinnehåll som ska erbjudas på de resursförstärkta platserna. Detta ökar risken för att ungdomar och klienter som placeras på olika institutioner inte får likvärdig vård, och att vårdinnehållet inte motsvarar de vårdbehov som finns.
- Kartläggningen har identifierat brister avseende dokumentation och informationsöverföring. Det finns i dag inga anvisningar för hur bedömningar inför placering och omplacering ska dokumenteras och av vem. Det finns också brister i informationsöverföringen vid nyplacering och omplacering som genererar en ökad risk för att mottagande institution inte får tillgång till viktig information om en klient eller ungdom. Detta berör såväl hälso- och sjukvårdsinformation ur TakeCare, som information som finns i KIA.
- Det finns i dag flera aktörer och beslutsprocesser involverade i fördelningen av särskilda resurser. Ingen enskild aktör har överblick över hela området och beslutsmandatet är fördelat på olika enheter och verksamhetsnivåer.

Kartläggning av antalet ungdomar och klienter som bedöms vara särskilt vårdkrävande

Syfte

Den här delen av kartläggningen syftar till att få en uppfattning om omfattningen av ungdomar och klienter med särskilda vårdbehov, för att bättre kunna planera, budgetera och rusta verksamheten för att möta dessa.

Metod

Metodologiska förutsättningar för att kunna uppskatta omfattning

Som inledningsvis beskrivits finns det svårigheter att med hjälp av myndighetens systemstöd, ringa in antal och identifiera ungdomar som vårdas på resursförstärkt plats i kategori 1. Ungdomar och klienter som bedöms ha särskilda vård- och resursbehov vårdas dessutom återkommande på icke resursförstärkta platser. Mot denna bakgrund var det angeläget att utöver att räkna belagda platser, också använda kompletterande informationskällor för att kunna uppskatta gruppens storlek.

Informationskällor som använts för uppskattning av omfattning

Då uppgifter om individer som vårdats på resursförstärkt plats på vanlig avdelning i kategori 1, saknades i systemstöden, ombads alla institutioner med sådana platser för ungdomar och klienter att ta fram en sammanställning över de individer som vårdats på platserna under 2018 och 2019. LVM-vården kunde delvis spåra dessa klienter i faktureringsystemet, medan ungdomsvården behövde göra manuella sammanställningar. Även placeringsenheten ombads att sammanställa de ungdomar och klienter som av placeringshandläggarna bedömts ha särskilda vårdbehov under åren 2018 och 2019. Ungdomarna som skrivits in på de resursförstärkta avdelningarna och specialavdelningarna i kategori 2, som enbart tog emot ungdomar med särskilda vård- och resursbehov, identifierades genom KIA medan ansökningar och beslut om individuell vårdavgift i kategori 3 för åren 2017-2019, inhämtades från verksamhetskontorens diarium.

Då verksamhetens tertiärluppföljningar vittnat om att ungdomar och klienter i behov av förstärkt vårdplats inte kunnat placeras på en sådan på grund av platsbrist, så beslutades att ytterligare definiera gruppen genom att också identifiera beteenden som

utmärker särskilt vård- och resurskrävande individer, men som nödvändigtvis inte vårdats på resursförstärkt plats. Enligt SiS egna definitioner utgörs särskilt resurskrävande beteenden av allvarligt, utåtagerande, våldsamt och/eller självdestruktivt beteende, samt tillstånd eller beteenden som helt eller delvis förhindrar vård med andra^{13,14}. Individer med höga avskiljningstal och/eller långa perioder av vård i enskildhet inkluderades därför i kartläggningen. Gränsvärdet för "höga avskiljnings- och vård i enskildhetstal" baserades på hur vanligt förekommande avskiljning och vård i enskildhet var i kartläggningsgruppen och i den totala gruppen ungdomar och klienter. Följande cut-off valdes: ungdomsvården ≥ 90 dagar i vård i enskildhet och ≥ 7 avskiljningar, och i missbruksvården: ≥ 20 dagar i vård i enskildhet och ≥ 3 avskiljningar. I ungdomsvården inkluderades även de barn som vid inskrivningstillfället var 12 år eller yngre. Barn under 12 år, samt de som uppfyllde kriterierna för urval avseende vård i enskildhet och avskiljning, identifierades med hjälp av KIA och QlickView.

Tillvägagångssätt

För att kunna uppskatta hur många ungdomar och klienter som har haft särskilda vård- och resursbehov under 2018 respektive 2019, bearbetades inhämtad information årsvis i följande steg:

- 1 Flickor, pojkar, kvinnor och män som uppfyllde ett eller flera inklusionskriterier under 2018 sammanställdes.
- 2 Flickor, pojkar, kvinnor och män som uppfyllde ett eller flera inklusionskriterier under 2019 sammanställdes.
- 3 Dubletter inom respektive år sorterades bort för att få fram antalet unika individer.
- 4 Antalet unika flickor, pojkar, kvinnor och män som återstod efter utsortering av dubletter antogs kunna avspegla det ungefärliga antalet vård- och resurskrävande individer för 2018 respektive 2019.

Resultat

Tabellen visar hur många flickor, pojkar, kvinnor och män som uppskattas ha haft särskilda vård- och resursbehov under åren 2018 respektive 2019. För en mer ingående metodbeskrivning av hur underlaget för uppskattningen har tagits fram, se bilaga 2.

	Antal ungdomar med särskilda vård- och resursbehov			Antal klienter med särskilda vård- och resursbehov		
	Flickor	Pojkar	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
2018	87	147	234	50	121	171
2019	85	134	219	47	114	161

Antal ungdomar med särskilda vård- och resursbehov i relation till antalet förstärkta platser

Givet de definitioner om allvarligt utagerande eller självdestruktivt beteende, som ungdomsvården utgår ifrån när de bedömer att en ungdom har särskilda vård- och resursbehov, det antal ungdomar som under 2018 och 2019 vårdades på resursförstärkta avdelningar och specialavdelningar, samt antalet som vårdades sammanlagt 90 dagar eller mer i enskildhet, och/eller avskildes sju gånger eller mer, så uppskattades att något mer än 200 ungdomar per år var i behov av resursförstärkt vård i någon av kategorierna 1, 2 eller 3. Av de 1 107 ungdomar som under 2018 placerades för vård inom SiS ungdomsvård, bedömdes 234 individer, cirka 21 procent, ha särskilda vård- och resursbehov. Under 2019 återfanns särskilda vård- och resursbehov hos 219 av de 1 152 placerade ungdomarna, det vill säga cirka 19 procent. Bland pojkarna var andelen med särskilda vård- och resursbehov cirka 19 procent år 2018 och cirka 17 procent år 2019. Bland flickorna uppskattades andelen med särskilda vårdbehov till cirka 25 procent år 2018 och cirka 23 procent år 2019.

Ungdomsvården har i dag 743 platser fördelade på 68 LSU-platser och 675 LVU-platser. Av dessa är 65 platser, cirka 9 procent, resursförstärkta.¹⁵

Antal klienter med särskilda vård- och resursbehov i relation till antalet förstärkta platser

Givet de definitioner om upprepat utagerande våldsamt beteende, som LVM-institutionerna utgår ifrån i dag när de bedömer att en klient har särskilda vårdbehov¹⁶, och det antal klienter som institutionerna rapporterat in för åren 2018 och 2019, så uppskattas att i snitt 17 procent av det totala antalet klienter har särskilda vård- och resursbehov. Enbart en klient har under åren 2017–2019 bedömts ha så omfattande vård- och resursbehov att avtal om individuell vårdavgift i kategori 3 varit påkallat.

Av de 942 klienter som under 2018 placerades för vård inom SiS LVM-vård, uppskattades 171 (ca 18 %) ha särskilda vårdbehov. Av de 927 klienter som under 2019 placerades för vård inom SiS LVM-vård, bedömdes 161 (ca 17 %) ha särskilda vårdbehov. Bland männen var cirka 19 procent av de intagna bedömda som särskilt vårdkrävande under 2018 och motsvarande nivå för 2019 var 18 procent. Bland kvinnorna uppskattas andelen med särskilda vårdbehov till cirka 17 procent år 2018 och cirka 16 procent år 2019.

I dag är 32 av LVM-vårdens 391 platser, det vill säga cirka 8 procent av platserna, resursförstärkta och avsedda för klienter med särskilda vård- och resursbehov.

¹⁵ SiS VP 2020.

¹⁶ Mejlkommunikation med placeringsenhetens chef Elisabeth Olsson.

Sammanfattning

- Tillförlitligheten i beräkningarna påverkas av flera faktorer. Gruppen är i dag vagt definierad och de som beviljats förstärkning är inte alltid möjliga att spåra i SiS verksamhetsystem. Förutsättningarna för att storleksbedöma gruppen på ett tillförlitligt sätt är inte tillräckligt goda, och beräkningarna kan därmed innehålla felkällor och behöver betraktas som uppskattningar och tolkas med försiktighet.
- Uppskattningarna som gjorts avspeglar liknande förhållanden inom ungdomsvården och missbruksvården: Andelen klienter och ungdomar som kan vara i behov av resursförstärkt vård tycks vara större än andelen resursförstärkta platser.
- Beroende på om det handlar om flickor, pojkar, kvinnor eller män kan ungefär 16–25 procent av de ungdomar och klienter som tas in på SiS-institution ha vårdbehov som kräver någon form av resursförstärkning. Andelen resursförstärkta platser är i dag
- 8–9 procent inom både ungdomsvården och missbruksvården. Institutionerna, placeringsenheten och verksamhetskontoren har i olika kanaler signalerat att tillgången på resursförstärkta platser är låg i förhållande till de behov som finns i målgruppen. Ovanstående beräkningar stödjer detta.

Kartläggning av vårdbehovens karaktär och insatserna dessa genererar

Syfte

Den här delen av kartläggningen syftar till att övergripande beskriva de tillstånd och beteenden som återges i ungdomarnas och klienternas journaler, och som tycks ha föranlett bedömningen om att särskilda vårdbehov föreligger. Även de insatser som ges för att möta behoven beskrivs. Kartläggningen besvarar följande frågeställningar:

- 1 Vilka är vårdbehoven – hur ser en kategorisering eller gruppering av problembilderna ut, hos ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov?
- 2 Vilka sår lösningar finns – går det att identifiera särskilda vårdinsatser som ges till vissa kategorier eller grupperingar av problembilder?

Metod

Metodologiska förutsättningar för att kartlägga de identifierade individernas behov och insatser

För att kunna besvara frågeställningarna om grupperingar av problembilder och särskilda vårdinsatser till gruppen, behövde journaler och dokumentation för de särskilt vård- och resurskrävande studeras. Då de totala grupperna särskilt vård- och resurskrävande individer under åren 2018 till 2019 uppgick till cirka 400 individer per år, gjordes ett urval i stället för en fullständig genomlysning av alla individer.

Urval till kartläggningsgruppen inom missbruksvården

Efter en genomläsning av ett urval av klienternas dokumentation bedömdes att ett urval motsvarande en tredjedel av den totala gruppen klienter med särskilda vårdbehov, var praktiskt genomförbart och samtidigt skulle ge den mängd information som möjliggjorde generalisering. En undersökningsgrupp om 100 individer (69 män och 31 kvinnor) skapades och representativitet avseende kön, ålder och placering eftersträvades. Samtliga klienter med höga avskiljningstal och långa perioder i vård i enskildhet (≥ 3 avskiljningar och ≥ 20 dagar i vård i enskildhet) inkluderades i kartläggningsgruppen. I undersökningsgruppen inkluderades också den enda klient som vårdats med av-

tal om individuell vårdavgift under åren 2017–2019. Kartläggningsgruppen bestod då av 101 individer.

Urval till kartläggningsgruppen inom ungdomsvården

Utifrån de ungdomar som under 2018 respektive 2019 bedömts som särskilt vårdkrävande gjordes ett urval om 214 individer som till antalet ungefärligen motsvarade den grupp individer med särskilda resursbehov som årligen placeras inom SiS. Urvalet var delvis strategiskt, då samtliga ungdomar med störst vårdbehov, det vill säga ungdomar på specialavdelningarna Kullen och Trollebo, i kategori 2, och ungdomar som varit föremål för ansökan om individuell vårdavgift, i kategori 3, inkluderades. Samtliga som avskilts sju gånger eller mer inkluderades också. För de ungdomar som vårdats på resursförstärkt plats på vanlig avdelning, i kategori 1, och de med sammanlagt 90 dagar eller mer i vård i enskildhet gjordes ett representativt urval avseende kön och ålder. Storleken på urvalen i de olika kategorierna bestämdes utifrån målsättningen att få en tillräckligt god bild av vilka vårdbehov som tycktes vara framträdande i de olika grupperna.

SiS tar varje år emot ett litet antal barn i mellanstadieålder (9–12 år). De här barnen utmärker sig inte nödvändigtvis genom att vara våldsamma eller på andra vis särskilt resurskrävande. Däremot kan de, på grund av att de är relativt små barn, anses ha särskilda vårdbehov då de ur omvårdnadssynpunkt och risksynpunkt blir sårbara när de placeras tillsammans med äldre ungdomar med en mer utvecklad problematik. Därför inkluderades även dessa i kartläggningsgruppen.

För att få en tillräckligt bred och djup undersökningsgrupp användes flera olika kriterier för inklusion till gruppen. En ungdom kunde uppfylla flera av de valda inklusionskriterierna genom att till exempel ha vårdats på Kullen, ha varit föremål för många avskiljningar samt ha vårdats på vanlig kategori 1-plats. Samtliga individer som uppfyllde minst ett av urvalskriterierna, sorterades in i underkategorier i följande hierarkiska ordning som återgav uppskattad vårdtyngd i fallande ordning: vård i kategori 3, vård i kategori 2, avskiljning ≥ 7 , vård i enskildhet ≥ 90 , samt vård i kategori 1. När samtliga individer placerats i en underkategori, sorterades dubletter bort, och urval gjordes i de största grupperna (vård i kategori 1 och vård i enskildhet ≥ 90). Siffrorna i tabellen avspeglar alltså inte det sammanlagda antalet ungdomar inom SiS som uppfyllde en viss urvalsindikation, utan hur många som av strategiska skäl fördelades till de olika grupperna i urvalet.

Urvalet av ungdomar som ingår i kartläggningsgrupperna, fördelat över placeringstyp, avskiljningar, vård i enskildhet samt låg ålder

	Flickor	Pojkar	Totalt ungdomar
Resursförstärkt plats, kategori 1	16	63	79
Specialavdelning, kategori 2	8	4	12
Vård med enskilt avtal, kategori 3	13	8	21
Avskiljningar ≥ 7	27	12	39
Vård i enskildhet ≥ 90	17	21	38
Barn ≤ 12 år	11	14	25
Totalt	92	122	214

Informationskällor

För samtliga 315 ungdomar och klienter i kartläggningen har KIA-journal, KIA-Dok samt hälso- och sjukvårdsjournalen TakeCare genomlästs. Utöver aktinformation ombads även LVM-hemmen att skatta och gradera de vård- och resurskrävande klienternas behov av vårdinsatser i tre nivåer: måttlig nivå, medelnivå och omfattande nivå. Den granskade informationen som hämtades ur journalerna utgörs av variablerna nedan (för fullständig redogörelse för de variabler som ingått i kartläggningen, se bilaga 3 och 4).

Variabler

Information i samband med placering: Placeringsorsak/-orsaker, tidigare placeringar och placeringslängd. Uppgifter om missbruk, kriminalitet och våld. Beskrivning av särskilda vårdbehov i anslutning till placering och uppgifter om psykisk ohälsa, trauma och/eller neuropsykiatriska eller kognitiva funktionsnedsättningar.

Bakgrundsinformation som framkommer i utredningar och andra dokument kopplade till journalerna: Tidigare riskbeteenden hos individen, omständigheter i familj och nätverk, fysisk hälsa och sociala omständigheter.

Information om särskilda befogenheter: Avskiljningar – beslutstexter samt journaltexter som anknuter till beslutet. Vård i enskildhet (VIE) – beslutsmotiveringar och planering och genomförande av VIE-vårdens innehåll.

Information om hälsotillstånd: Vårdkontakter och problematiska beteenden innan och under vårdtiden. Diagnoser, symtom, misstänkta tillstånd och medicinering.

Information om problembeteenden under vårdtiden: Bland annat: Våldsamt, utagerande beteende, vandalisering, uppviglande beteende eller kontrollerande/skrämmande/hotfullt beteende. Brister i: Problemlösning/självkontroll/självreglering, grundläggande självomhändertagande som till exempel hygien, social förmåga, samspelssvårigheter och motivation.

Information om insatser under vårdtiden: Bland annat: Upprättad SIP-plan, utredningar, risk- och behovsbedömning, vårdbehovsbedömning, BVC, behandlingsplaner, trygghetsplaner, kontaktmannasamtal, behandlingsprogram – till exempel ÅP, ART, ACT, MI – missbruk, skolgång, förflyttningar mellan avdelningar/institutioner och orsaker till det, samt VIE-placering.

Tillvägagångssätt

Journalgranskningen genomfördes av en tvärprofessionell arbetsgrupp som bestod av metodutvecklare på forsknings- och utvecklingsenheten, företrädare för myndighetens hot- och våldspreventiva arbete och utredare på vård- och behandlingsenheten. I gruppen fanns psykologer, socionomer, beteendevetare och en före detta institutionschef från missbruksvården representerade. Löpande dialog och avstämning fördes med vissa av de berörda institutionerna, placeringsenheten och planeringsenheten på huvudkontoret. Datainsamlingen genomfördes med hjälp av en semistrukturerad granskningsmall, för att öka samstämmigheten i granskningarna.

För insamling av kvalitativa data, som till exempel nivåer av utagerande beteende, samspelssvårigheter och behov av ADL-stöd i vardagen var granskarnas uppdrag att under journalgenomläsningen bedöma den samlade problematiken och uppskatta svårighetsgraden i tre nivåer:

- 1 Beteendet/svårigheten förekommer inte.
- 2 Beteendet/svårigheten är återkommande, men periodiskt förekommande eller kopplat/kopplad till vissa typer av belastning.
- 3 Beteendet/svårigheten tar sig uttryck i ett genomgripande mönster som kräver insatser och ökad beredskap hos personalen på daglig basis.

Granskarna uppmanades att beskriva svårigheterna i granskningsmallen och göra noteringar i de fall tydliga mönster utkristalliserades, anteckna oklarheter, avvikelser eller motstridiga uppgifter som att den unge till exempel fungerat väl på en viss institution eller avdelning, men var våldsam på en annan. Trots att de nivåindelade granskningsanvisningarna användes kan granskarnas olika förkunskaper ha påverkat hur de kvalitativa inslagen i granskningsarbetet bedömts. Ytterligare försvårande faktor har varit att dokumentationen i journalerna ofta varit bristfällig och otydlig. Då otydlig eller osäker information inte inkluderades i kartläggningen, kan detta ha bidragit till bortfall av viktig information. Detta leder också till att även de siffror och procentsatser som redovisas är uppskattningar och behöver läsas och tolkas med försiktighet.

Kartläggningen är, med undantag för de som vårdats med individuellt vårdavgifts-avtal där tre år granskades, begränsad till data från 2018 och 2019. Det är således möjligt att generaliserbarheten kan vara begränsad över tid. I den ursprungliga projektplanen planerades för framtagande av en kontrollgrupp matchad mot undersökningsgruppen. Tidsramen medförde att momentet fick strykas och därför kan inte eventuella skillnader mellan de som vårdas på resursförstärkta platser och de som vårdas på vanliga platser säkerställas.

Resultat

Inom ramen för kartläggningen har en stor mängd data samlats in. Resultaten i föreliggande redovisning är aggregerade och presenterade med avsikt att ge en övergripande bild.

Inledningsvis beskrivs ungdomarnas och klienternas tillstånd och beteenden samt vilka insatser gruppen ges. Som ett andra steg redogörs för skillnader i de vård- och resursbehov som identifierats. Avslutningsvis redogörs för tre olika kategorier av vård- och resurskrävande tillstånd och beteenden som kunnat urskiljas i kartläggningen.

Några utgångspunkter angående vård- och resursbehov

Ett vårdbehov uppstår när det finns en skillnad mellan individens faktiska tillstånd och förmåga och individens önskvärda tillstånd och förmåga. För att kunna svara på uppdragets frågeställningar om vårdbehov och vårdinsatser har informationen i resul-

tatredovisningen primärt strukturerats i tre kategorier: tillstånd, vård- och resurskrävande beteenden och insatser.

Med *tillstånd* avses här de psykiatriska, neuropsykiatriska, somatiska och känslomässiga tillstånd som kan antas påverka individens adaptiva förmåga och därmed riskera att skapa svårigheter för individen i institutionsmiljön.

Med *vård- och resurskrävande* beteenden menas beteenden som till exempel hot, våld, självskadebeteende och skadegörelse. Det innefattar också omfattande brister avseende allmän daglig livsföring (ADL) och självomhändertagande, förmåga att förstå och tolka personer och situationer samt bristande följsamhet till behandling av somatiska tillstånd som kräver daglig läkemedelsbehandling.

Med *insatser* avses olika typer av vård- och behandlingsinnehåll som kan antas möta behoven hos de intagna. Det kan röra sig om insatser som direkt involverar ungdomen eller klienten som till exempel behandlingsprogram, trygghetsplaner eller pedagogiska aktiviteter, men också om gruppstorlek, lokaler och åtgärder i miljön, samt personalens kompetens.

Ungdomarnas och klienternas tillstånd

Vissa av de beskrivna tillstånden kan behandlas med psykologiska eller medicinska insatser och på så vis förbättras. För andra tillstånd, till exempel funktionsnedsättningar, är målsättningen snarare att öka individens funktionsnivå genom att till exempel anpassa krav och miljö efter den förmåga som finns.

Under insamlingen av hälso- och sjukvårdsuppgifter har det framkommit att dokumentation av såväl diagnostik som läkemedelsbehandling är ojämn. Det fanns journaler som innehöll riklig och god dokumentation och som var lätta att följa, men också många exempel på ofullständig dokumentation. Diagnoser som till exempel fastställdes av psykolog i en SiS-utredning hade påfallande sällan registrerats i TakeCare-journalen. Det fanns också exempel på individer som kunde ha tydligt beskriven sjukdomsbild, med ordinerade och distribuerade läkemedel, men som i dokumentationen saknade fastställd diagnos. Det var också vanligt med ordinationer av olika antipsykotiska läkemedel utan koppling till diagnos. Sådana potenta läkemedel föreföll återkommande användas i stämningstabiliserande eller lugnande syfte, ofta under långa perioder. Det framgick inte alltid om den unge eller klienten hade en etablerad sjukvårdskontakt vid utskrivning, som kunde följa upp medicineringen eller bistå vid utsättning av läkemedlet.

Nedan beskrivna tillstånd är huvudsakligen insamlade från dokumentationen i klienternas och ungdomarnas hälso- och sjukvårdsjournaler. Tillstånden är, om inte annat anges, fastställda diagnoser enligt DSM-5 eller ICD-10. Diagnoserna var ofta ställda av externa vårdgivare och hämtades ur inskannade dokument som utredningar, epikriser eller journalkopior från psykiatrin. I vissa fall har diagnoser bedömts som fastställda i kartläggningen, även om dessa inte hade dokumenterats med diagnoskoder i journalen. I de fall en diagnos ansetts föreligga i kartläggningen, trots avsaknad av dokumenterad diagnoskod, har i stället annan tydlig dokumentation av tillståndet i kombination med till exempel specifik medicinering, givit stöd åt bedömningen. Mer information

om hur data samlats in och bedömts finns i bilaga 3 och 4.

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

ADHD, olika grader av autismspektrumstörning och intellektuell funktionsnedsättning var vanliga tillstånd hos gruppen ungdomar med särskilda vård- och resursbehov. I hela gruppen ungdomar som kartlades hade cirka 70 procent en eller flera fastställda neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar var vanligare bland pojkarna än bland flickorna. Den vanligaste diagnosen, ADHD, var fastställd för cirka 59 procent av pojkarna och 50 procent av flickorna. Omkring 34 procent av pojkarna och 27 procent av flickorna hade diagnosticerats med autismspektrumstörning. Intellektuell funktionsnedsättning förelåg hos 29 procent av pojkarna och 15 procent av flickorna. Ett mindre antal hade diagnosticerats med Tourettes syndrom eller andra utvecklingsrelaterade funktionsavvikelser. Det var mycket vanligt med samsjuklighet i flera neuropsykiatriska tillstånd, där ADHD och autism var den vanligaste kombinationen hos både flickor och pojkar.

Bland klienterna med särskilda vård- och resursbehov var neuropsykiatriska funktionsnedsättningar vanligt och cirka 60 procent av kartläggningsgruppen hade en eller flera neuropsykiatriska diagnoser. ADHD var vanligast, och återfanns hos 54 procent av männen och 61 procent av kvinnorna. Autismdiagnos påträffades hos 19 procent av kvinnorna och 6 procent av männen i urvalet. Olika grader av intellektuell funktionsnedsättning förekom i ungefär samma utsträckning hos kvinnorna och männen med en prevalens på cirka 10 procent hos båda könen. För både klienterna och ungdomarna med psykologbedömningar som tydligt beskrivit intellektuell funktion under normalzon (< 70), så räknades detta som fastställd intellektuell funktionsnedsättning, även då diagnoskod inte registrerats.

Bipolär sjukdom, psykossjukdom och olika typer av psykotiska tillstånd

Gemensamt för olika typer av psykotillstånd inklusive bipolär sjukdom är att det är tillstånd som kan påverka verklighetsuppfattningen. Vanföreställningar och olika typer av hallucinationer kan vara symtom på psykossjukdom, men kan också vara associerade med tillstånd som PTSD och substansmissbruk. Fastställda psykossjukdomar förekom bland de särskilt vård- och resurskrävande ungdomarna, men var ovanliga. I kartläggningsgruppen hade knappt 13 procent av ungdomarna, pojkar 15 procent och flickor 10 procent, fastställd diagnos och var under behandling för någon psykossjukdom inklusive bipolär sjukdom. Räknas även påtagliga brister i realitetsprövningen in, samt att det i den medicinska journalen påtalats behov av utredning för psykossjukdom, så steg den sammanlagda förekomsten till drygt 20 procent. Oftast var det röster av imperativ eller nedvärderande karaktär som rapporterats av ungdomarna, men även syn- och känselhallucinationer förekom. I KIA-anteckningarna beskrevs att ungdomarna med psykotiska symtom hade omfattande svårigheter. Många tedde sig desorienterade och ångestfyllda, med snabba växlingar mellan våldsamt utagerande och självskada, och behov av tät tillsyn för att inte komma till skada.

Kortare episoder av förvirring och bristande realitetsprövning är en känd conse-

kvens av lång eller intensiv substansanvändning och är därför inte ovanligt inom LVM-vården. För de flesta klingar besvären av i takt med att kroppen återhämtar sig. Den här typen av symtom kunde framkomma i KIA-dokumentationen och i sjuksköterskornas statusbeskrivningar i TakeCare. Nedan redovisas emellertid fastställda diagnoser som läkare bedömt vara uttryck för psykosjukdom. Perioder av mani kan ge psykosliknande symtom och kan också skapa en sårbarhet för psykotiska episoder vid användning av till exempel centralstimulerande droger. Psykosjukdom och bipolär sjukdom var vanligare i missbruksvården än i ungdomsvården. Drygt 20 procent av männen och knappt 20 procent av kvinnorna i undersökningsgruppen hade psykosdiagnos eller diagnosen bipolär sjukdom. Diagnosen var oftast fastställd av specialistläkare inom psykiatri eller beroendevården, men i några fall hade diagnos ställts under tiden på LVM-institutionen. I LVM-gruppen har ett antal individer identifierats, där personalen i långa perioder i KIA-journalen dokumenterat mönster av förvirring, aparta beteenden och utsagor, hög paranoid beredskap och ibland våldsamma utageranden, men där det inte syntes någon uppföljning av detta i hälso- och sjukvårdsjournalen.

PTSD och traumarelaterade tillstånd

Genomläsningen av kartläggningsgruppens journaler gav en tydlig bild av en mycket utsatt grupp ungdomar och klienter. Det stora flertalet har varit med om traumatiska upplevelser av antingen akut eller pågående karaktär. Allvarlig omsorgssvikt och/eller våld i uppväxtmiljön, fysiska och sexuella övergrepp samt dramatiska förluster av viktiga anknytningspersoner var återkommande exempel i journalerna. PTSD och andra traumarelaterade symtom kan ta sig uttryck i otrygghet, ångest och rädsla som var vanligt förekommande i kartläggningsgruppen. Traumarelaterade symtom kan yttra sig i sömnsvårigheter och mardrömmar, liksom i våld riktat mot den egna personen, andra personer eller både och. Ungefär 22 procent av kartläggningsgruppen från ungdomsvården hade fastställd PTSD, bland flickorna var det 31 procent och bland pojkarna cirka 15 procent. För 14 procent av LVM-gruppen fanns en fastställd PTSD-diagnos, och förekomsten av PTSD var nästan dubbelt så hög bland kvinnorna (20 %) jämfört med männen (11 %).

Intrycket från journalgenomgångarna är att PTSD och traumarelaterade symtom var underdiagnosticerade. Höga ångestnivåer, självskadebeteende, den omfattande förekomsten av sömnrubbingar och en del av det våld som uppstår skulle, mot bakgrund av de livshändelser och uppväxtförhållanden som beskrivits, sannolikt kunna vara traumarelaterade.

Missbruk

Alla som skrivs in för LVM-vård inom SiS har ett tungt substansmissbruk, som för de flesta är mångårigt. Missbruket har ofta hunnit ge omfattande konsekvenser på flera olika livsområden, inte minst för den fysiska och psykiska hälsan. Att snabbt trappa ut substanser efter en lång period av droganvändande kan vara en mycket påfrestande process såväl fysiologiskt som psykologiskt. Ofta tar det flera veckor efter att den medicinska uttrappningen är över, tills kroppen och hjärnan har återhämtat sig. Efterhand

som abstinenssymtomen avtar kan känslor och bekymmer och även fysiska smärtor som kunnat hållas borta med hjälp av drogerna, göra sig påmind med ökad oro, ångest och obehag som följd. Droganvändning, abstinensstillstånd och drogsug är kända riskfaktorer för våld och utagerande.

För drygt 70 procent av ungdomarna i kartläggningsgruppen fanns uppgifter om användning av droger¹⁷ i inskrivningsinformationen. För knappt 25 procent av ungdomsgruppen var missbruket dokumenterat med diagnos i hälso- och sjukvårdsjournalen. Det var betydligt fler pojkar än flickor, 33 procent av pojkarna jämfört med 10 procent av flickorna, som hade en missbruksdiagnos. Ett intryck från journalgranskningen är att missbruk och droganvändning generellt problematiserades i för låg utsträckning i ungdomsvården. I förhållande till den förekomst av droganvändning som beskrivits i placeringsinformationen och i journaler, problematiseras missbruket, i till exempel behandlingsplaner och anteckningar från behandlingskollegium, i mycket låg utsträckning. Detta trots att ungdomarna kunde komma tillbaka påverkade efter avvikningar eller permissioner, och trots (för de som hade flera vårdtillfällen) ett ökat droganvändande mellan institutionsvistelserna. Det fanns i urvalet några få exempel på ungdomar som inom ett år efter avslutad ungdomsvård hade skrivits in på LVM-hem, och som under sina LVU-placeringar inte hade fått några riktade insatser mot sitt missbruk. I LVM-urvalet fanns även exempel på klienter som hade haft flera perioder av LVU-vård, bland dessa hade ungefär hälften fått riktade insatser för sitt missbruk under tiden i ungdomsvården.

Ångest och nedstämdhet

Ångeststillstånd av olika art och grad var vanligt bland både ungdomarna och klienterna i kartläggningsgruppen. Beskrivningar av ångest och nedstämdhet fanns i merparten av journalerna. Att under perioder av institutionsvistelsen reagera med oro eller nedstämdhet på sin situation eller på en händelse kan dock vara helt adekvat och utan klinisk valör. För ungdomsgruppen hade cirka 24 procent av flickorna något diagnosticerat ångeststillstånd och cirka 17 procent hade depressionsdiagnos. Dessa diagnoser förekom ofta tillsammans i flickgruppen. Hos pojkarna var det ovanligare att ha en diagnos på området. Ungefär 7 procent av pojkarna hade en ångestdiagnos och 5 procent hade fastställd depression. För en liten grupp om knappt 5 procent av pojkarna och flickorna, förelåg fastställt tvångssyndrom, OCD.

Bland LVM-klienterna fanns fastställda depressionsdiagnoser hos 15 procent av kvinnorna och knappt 29 procent av männen. Generaliserad ångest tycktes enligt journalbeskrivningarna vara vanligt, men associerades ofta med missbruket och åtföljdes sällan av fastställd diagnos. Ångestdiagnos fanns hos knappt 28 procent kvinnorna och 21 procent av männen. Knappt 40 procent av kvinnorna i missbruksgruppen och 11 procent av flickorna i ungdomsgruppen hade diagnosticerats med emotionellt instabil personlighetsstörning, och för flertalet av dessa avspeglas en påtaglig ångestproblema-

¹⁷ Här har samtliga ungdomar där uppgifter om droganvändning i form av omfattande missbruk/beroende samt de med sporadiskt bruk, räknats in. Ungdomar som beskrivits vistas i riskmiljöer med misstanke om droganvändning men där testning inte påvisat bruk, har inte inkluderats.

tik i journalanteckningarna.

Sömnstörningar

Av ungdomarnas och klienternas läkemedelsjournaler framkom att merparten hade ordinerats läkemedel för sömnen, eller annan lugnande medicin inför natten. Bland ungdomarna i urvalet hade minst 75 procent en sådan ordination och bland klienterna var motsvarande siffra drygt 85 procent. Enligt SiS riktlinjer för läkemedelshantering ska insättning av sömnmedicin föregås av en kartläggning av bekymren, och andra sömnhygieniska åtgärder ska ha prövats och befunnits otillräckliga. Det förekom, men var ovanligt, att sådana utredningar fanns registrerade eller beskrivna i journalen.

Antisociala attityder och kriminell livsstil

Många ungdomar som vårdas inom SiS har i kortare eller längre perioder rört sig i miljöer där kriminalitet, våld och antisociala attityder är vanligt. Inställningar som handlar om att stå utanför samhällskontraktet och att inte behöva följa vanliga lagar och regler kan ingå, liksom styrkedemonstrationer för att skaffa och behålla en position eller avvärja eventuella hot. Att betrakta våld som ett berättigat sätt att skrämja, straffa eller tillskanska sig saker från andra kan också ingå i bilden.

I strukturerad risk- och behovsbedömning enligt principerna om risk, behov och mottaglighet ingår kartläggning och bedömning av antisociala attityder och kriminell livsstil. I kartläggningsgruppen hade cirka 45 procent av ungdomarna, vid någon av sina SiS-placeringar, genomgått en strukturerad risk- och behovsbedömning enligt principerna om risk, behov och mottaglighet, med instrumenten Youth Level of Service/Case Management Inventory (YLS/CMI), Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) eller Estimate of Risk of Adolescent Sexual Offense Recidivism (ERA-SOR). För det stora flertalet ungdomar, cirka 75 procent, bedömdes den sammantagna risken för återfall som hög. Trottsyndrom, uppförandestörning eller antisocial personlighetsstörning fanns fastställda för cirka 35 procent av ungdomsgruppen, 45 procent av pojkarna och 22 procent av flickorna.

I missbruksvården har det varit svårt att på ett systematiskt vis fånga upp förekomst av kriminalitet och antisociala attityder, eftersom det enbart hos ett fåtal klienter i urvalet fanns en *SiS utredning LVM*¹⁸ i dokumentationen. Trots att det är vedertaget att tungt missbruk, motsvarande det som tas omhand inom LVM-vården, ofta är associerat med brottslighet och kriminell livsstil, så genomförs risk- och behovsbedömningar enligt risk, behov och mottaglighet i mycket låg utsträckning. I kartläggningsmaterialet hade till exempel en (1) klient bedömts med LS/CMI. Cirka 15 procent av männen och knappt 10 procent av kvinnorna, i urvalet, hade en fastställd antisocial personlighetsstörning.

¹⁸ SiS utredning LVM är en omfattande psykosocial utredning som pågår under åtta veckor och som erbjuds samtliga LVM-klienter enligt Rutin för SiS utredning LVM, dnr 1.4.2-1031-2018.

Att jämföra med andra likande grupper

Det har inte tagits fram någon kontrollgrupp inom ramen för kartläggningen, så det är inte möjligt att påvisa om det föreligger skillnader mellan gruppen ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov och de som vårdas på vanlig SiS-plats. Det är dock möjligt att sätta förekomsten av psykisk ohälsa och funktionsnedsättningar hos gruppen med särskilda vård- och resursbehov i ett sammanhang, genom att jämföra prevalens i snarlika grupper. Under 2019 publicerade Socialstyrelsen en rapport som bland annat redogjorde för diagnoser och vårdbehov vid SiS ungdomshem¹⁹ samt en kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik baserat på det nationella patientregistret²⁰. Resultaten i dessa publikationer kan användas för att ge perspektiv på den problematik som observerats i gruppen med särskilda vård- och resursbehov inom SiS.

I Socialstyrelsens kartläggning av psykisk ohälsa inkluderades ungdomar som var inskrivna på behandlings- och utredningsenheter inom SiS ett givet datum 2018. Information om fastställda diagnoser inhämtades, precis som i föreliggande kartläggning, från dokumentationen i SiS hälso- och sjukvårdsjournal TakeCare. Sannolikt förekommer några av de ungdomar som var placerade 2018, i både Socialstyrelsens och föreliggande kartläggning. Det är dock möjligt att använda Socialstyrelsens resultat för att illustrera tillstånd i SiS vanliga population och låta dessa utgöra en form av kontrollgrupp: Här blev det tydligt att de båda grupperna hade likartad problemprofil men att samtliga tillstånd, förutom ångest och depression hos pojkar, var betydligt vanligare hos ungdomarna med särskilda vårdbehov än de utan. Diagnoserna indikerar att problembilden hos ungdomarna med särskilda vård- och resursbehov präglades av utagerande beteende, svårigheter med impuls kontroll och missbruk. Bland flickorna var även förekomst av traumarelaterade tillstånd och ångest vanligare, både jämfört med flickorna i den stora gruppen samt med samtliga pojkar. En annan viktig skillnad var att problembilden i gruppen flickor och pojkar med särskilda vård- och resursbehov i stor utsträckning kännetecknades av funktionsnedsättningar relaterade till psykostillstånd, autism och intellektuell funktionsnedsättning.

¹⁹ Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade vårdbehov, Socialstyrelsen 2019-2-12.

²⁰ Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, Socialstyrelsen 2019-11-6481.

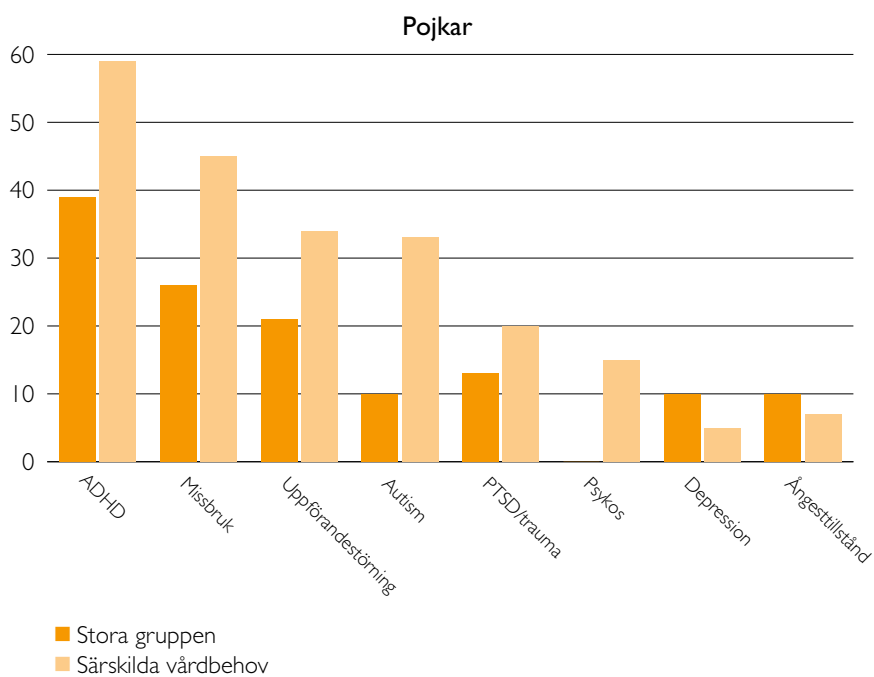
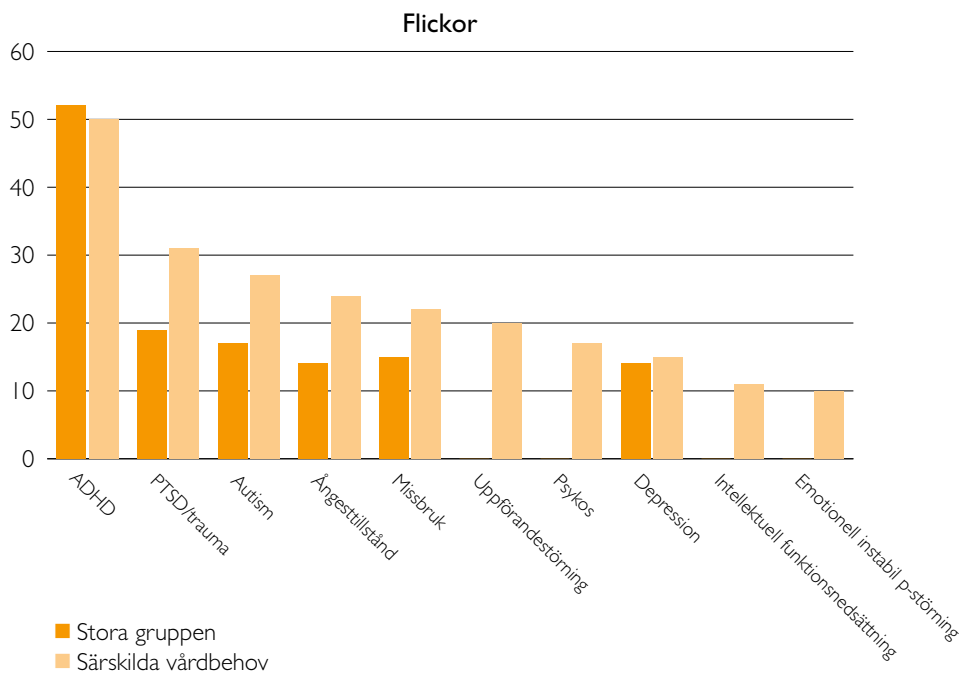
Diagnosticerade tillstånd

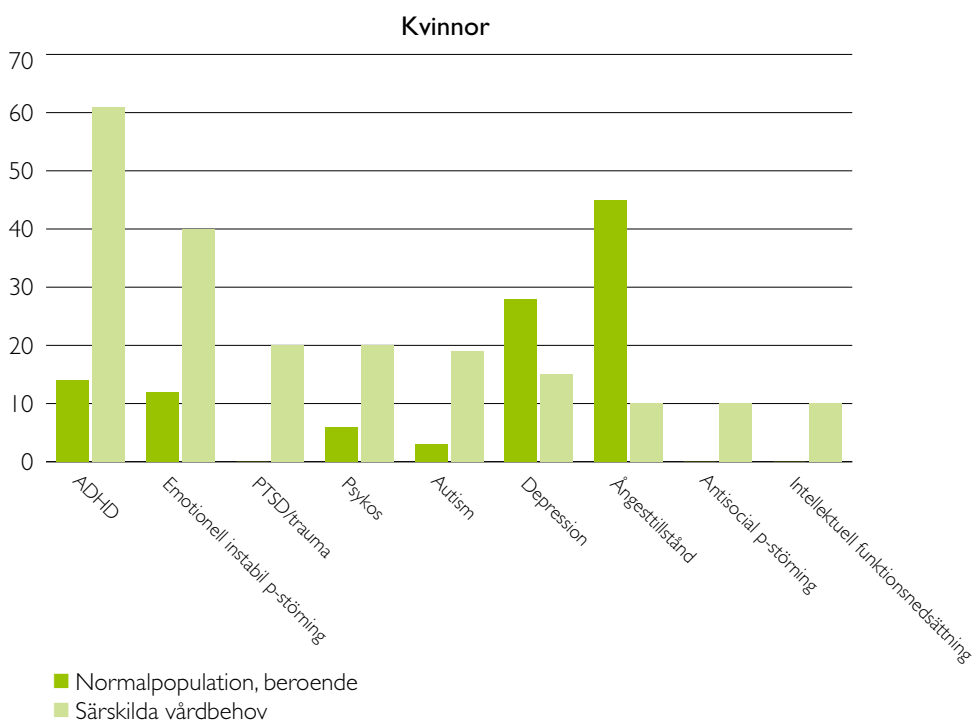
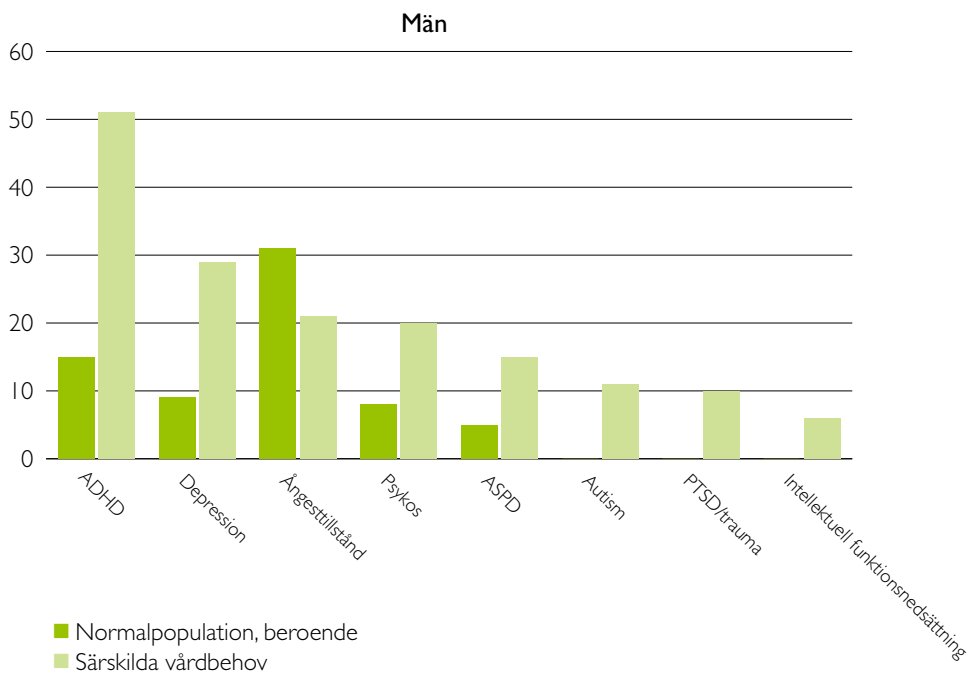
Tillstånd som även fastställts på annat vis markeras med ** och ***

	Ungdomsvården		Missbruksvården	
	Förekomst i urvalet (förekomst i SoS studie)		Förekomst i urvalet (förekomst i SoS studie)*	
	Pojkar %	Flickor %	Män %	Kvinnor %
ADHD	59 (39)	50 (52)	51 (15)	61 (14)
Autism	34 (10)	27 (17)	6 (3)	19 (3)
Intellektuell funktionsnedsättning **	29 (-)	15 (-)	10 (-)	10 (-)
Psykotiska tillstånd, psykosjukdom och psykosymtom ***	20 (-)	20 (-)	20 (8)	20 (6)
PTSD/trauma	15 (13)	31 (19)	11 (-)	20 (-)
Missbruk	33 (26)	10 (15)	100 (100)	100 (100)
Depression	5 (10)	17 (14)	29 (19)	15 (28)
Ångesttillstånd	7 (10)	24 (14)	21 (31)	10 (45)
Emotionellt instabil personlighetsstörning	0 (/)	11 (/)	0 (/)	40 (/)
Trottsyndrom, uppförandestörning	45 (21)	22 (-)	/	/
Antisocial personlighetsstörning	/	/	15 (5)	10 (-)

(-) = färre än 10 individer, (/) = har ej kartlagts, / = ej tillämpligt. *Prevalenssiffrorna i Socialstyrelsens studie har avrundats till heltal. **Intellektuell funktionsnedsättning definieras även som uppmätt begåvning under normalzon (< 70). ***15 procent av pojkarna och 10 procent av flickorna har fastställt diagnos och är under behandling för någon psykosjukdom. Om även dokumenterat påtagliga brister i realitetsprövningen räknas in, samt att det i den medicinska journalen påtalas behov av utredning för psykosjukdom, så stiger den sammanlagda förekomsten till drygt 20 procent.

Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighet och beroendeproblematik baseras på inrapporterade diagnoser till Socialstyrelsens nationella patientregister, vilket medför att iakttagelserna sannolikt återspeglar en mindre tung problematik än den som vanligtvis förekommer i SiS missbruksvård. Här blir således inte samma jämförelser som i ungdomsgruppen möjliga, utan fokus får i stället ligga på jämförelser med individer med beroendeproblematik i normalpopulationen. Här blir det tydligt att det är kvinnornas problemprofil med impulskontrollsvårigheter, emotionell instabilitet, PTSD, tillsammans med autism, psykos och intellektuell funktionsnedsättning som skiljer sig mest från normalpopulationens profil med ångest och depression som främsta kännetecken. I gruppen män med särskilda vård- och resursbehov rapporterades höga andelar ångest och depression. Detta är något överraskande då män generellt rapporterar lägre förekomst av internaliserade tillstånd. Detta står även i stark kontrast mot pojkarna med särskilda vård- och resursbehov, där prevalens av ångest och depression var lägst jämfört med samtliga grupper. I övrigt visade männen med särskilda vård- och resursbehov liknande problemprofil som ungdomarna och kvinnorna, där autism, intellektuell funktionsnedsättning och psykostillstånd påverkade individens funktionsnivå och mottaglighet för insatser.





I gruppen med särskilda vårdbehov förefaller andelen psykiatriska tillstånd vara större än i jämförelsegrupperna. Problemprofilen hos grupperna indikerar dessutom tillstånd som genererar omfattande funktionsnedsättningar, vilket kan ge ökade svårigheter att fungera i SiS vårdmiljöer. Ett intryck från journalgenomläsningen är att ungdomar och klienter med psykossjukdom eller psykotiska symtom, PTSD, intellektuell funktionsnedsättning och autism är särskilt sårbara på SiS avdelningar. För många ungdomar och klienter med sådan problematik eller funktionsnedsättning kan funktionsnivån variera från dag till dag, eller timme för timme, och personalen kan då ha svårt att kalibrera kravnivå och anpassa bemötande.

Miljön på en avdelning av standardstorlek inom LVM och LVU är ofta intrycksintensiv och många ungdomar och klienter ska dela på de resurser som finns i form av personal och fysiskt utrymme. För att skapa en fungerande vardag och förutsättningar för god vårdmiljö krävs hög struktur i verksamheten. De flesta aktiviteter utförs i grupp och ställer höga krav på både gruppdeltagare och aktivitetssamordnare, och tillvaron omgärdas därför ofta av regler och krav som ska underlätta i vardagen. För traumatiserade, psykosnära personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och svårigheter att reglera både känslor och beteenden blir detta en enorm utmaning som inte sällan slutar illa.

SiS är en plats för förändring, och myndighetens idoga arbete med att motivera ungdomen och klienten till att ändra sina beteenden kan ibland få motsatt effekt. Dessa individers problematik går inte att behandla bort, och för att kunna tillföra ungdomen eller klienten nödvändiga färdigheter är det snarare SiS som behöver förändra sin plats, det vill säga anpassa placeringen efter ungdomens och klientens förutsättningar. Inte tvärtom.

En annan grupp som utmanar verksamheten utifrån en annan form av anpassnings-svårigheter är problemprofilerna som kännetecknas av trotssyndrom, uppförandestörning, antisocial personlighetsstörning och emotionellt instabil personlighetsstörning. Dessa tillstånd påverkar ofta i hög grad individens förmåga att anpassa sig till institutionsmiljöns förutsättningar och krav, även om de ofta tar sig andra uttryck i beteendet än tillstånden ovan. Förekomsten även av de här tillstånden tycks avsevärt högre hos gruppen med särskilda vård- och resursbehov än i jämförelsegrupperna.

Det är inte svårt att föreställa sig utmaningarna i att möta klienter och ungdomar med så omfattande behov och så vitt skild problematik, och att hitta verk samma anpassningar och bemötandestrategier. Likväl behöver SiS hitta vägar framåt för att öka kunskaperna om vårdbehoven och hur de bäst kan bemötas.

Ungdomarnas och klienternas vård- och resurskrävande beteenden

Det som skiljer en särskilt vård- och resurskrävande individ från en ungdom eller klient vars behov bedöms kunna tillgodoseas i ordinarie vård, är ofta sänkt funktionsnivå och beteenden som personalen upplever som oönskade och svåra att hantera. Ovan beskrivna psykiska och fysiska tillstånd kan ta sig olika uttryck i beteendet, och beteendeyttringarna kan ha olika styrka. De psykiska och fysiska tillstånden kan på olika vis och i olika utsträckning påverka funktionsnivån hos den enskilde. Det finns således inga

säkra eller givna samband mellan psykiskt och fysiskt tillstånd, beteende och funktionsnivå. En utgångspunkt har varit att de beteenden som i kartläggningen kallas för vård- och resurskrävande uppstår i samspelet mellan individ och miljö, och poängen med att beskriva dessa beteenden har varit att kunna förtydliga individens insatsbehov och behoven av kunskap och färdigheter hos personalen. Tillstånden som beskrivs kan öka individens sårbarhet och benägenhet att utveckla destruktiva beteendemönster, men tillstånden kan inte ensamt förklara individens beteenden. I journalgranskningen har en central ansats varit att försöka identifiera de beteenden eller händelser som kan tänkas skilja en individ som anses kräva särskilda resurser, från de individer som anses klara sig med ordinarie resurser. Eftersom de flesta i SiS målgrupp kan förväntas ha bekymmer med just beteende, har den här undersökningen fokuserat på händelser och beteenden av återkommande och högintensiv karaktär.

Gruppen ungdomar med särskilda vård- och resursbehov utmärks av hög belastning avseende både tillstånd och symtom. Mående och funktionsnivå varierar ofta över tid, men för en mindre del av undersökningsgruppen ter sig tillståndet oförändrat under hela vårdtiden, ofta med en omfattande symtomflora och låg funktionsnivå som följd. En annan mindre grupp försämras under vårdtiden. Det kan finnas flera orsaker till det, men icke uppmärksammade eller feltolkade symtom och för höga krav ställt i relation till funktionsnivå kan i vissa fall delvis förklara det negativa utvecklingsförloppet. Den största delen av undersökningsgruppen har inledningsvis omfattande problem som efterhand klingar av, för att sedan återkomma vid olika typer av belastning.

Journalgranskningen ger för handen att personalen som arbetar med ungdomarna och klienterna lägger mycket tid och kraft på att hantera problembeteenden, och att de inte alltid har redskap och anvisningar för hur de ska gå tillväga. Det blir också tydligt att beteenden kan betraktas och förstås på olika sätt, och att personalens svar på ett beteende blir olika utifrån hur intentionen med beteendet tolkas. Beteendebeskrivningarna är inte heltäckande, utan snarast grupperade på ett övergripande plan för att beskriva de vanligaste typerna av utmanande beteendemönster som framkommit i journalerna.

Våldsamt beteende

Det vanligaste problembeteendet hos de individer som ingår i kartläggningen är olika typer av våldsamma handlingar. Våldsamt beteende, enligt definitionen nedan, förekommer – om än i olika utsträckning – hos så gott som alla i kartläggningsgrupperna. Det som skiljer är intensiteten och frekvensen i våldsuttrycken.

Med våldsamt beteende avses inom SiS fysiskt våld och försök till eller hot om skada mot annan person inom institutionens verksamhet. Begreppet våld och hot inkluderar handlingar som verbal aggression, hot om fysisk eller sexuell skada, faktiska fysiska eller sexuella övergrepp, eller annat beteende som avser att skapa rädsla eller begränsa någon annan²¹. I dokumentation där det framgår att individen bedömts som särskilt vård- och resurskrävande på grund av våldsamt beteende, framgår att ungdomen eller klienten uppvisat ett mönster av återkommande och allvarlig våldsanvändning samt

21 SiS Arbetsmiljöhandbok.

att våldsamt i de flesta fall förekommit även före SiS-placeringen. Journalgranskningen visar att skadegörelse och våld mot personal är de vanligaste våldsytringarna, både före och under SiS-placeringen, men våld mellan de placerade är också vanligt förekommande. Att anlägga eld är en mycket allvarlig form av skadegörelse som återkommer hos ett litet antal ungdomar, men återfinns inte hos några av de klienter som ingår i urvalet.

Självskadebeteenden och suicidala beteenden

Ur ett kliniskt perspektiv är det viktigt att göra skillnad på självdestruktiva handlingar som utförs i syfte att reglera affekter, och handlingar som utförs med självmordsavsikt. Mot bakgrund av att det i dokumentationen sällan framgått om individen uttryckt eller om personalen identifierat att det fanns en suicidal intention med beteendet, är den uppdelningen inte möjlig att göra här. I kartläggningen görs därför ingen skillnad på om självskadebeteendet har suicidala syften eller inte. För flera av individerna i urvalet, som vid ett eller flera tillfällen under SiS-vistelsen skrivits ut från psykiatrisk tvångsvård, har psykiatrin rekommenderat tät tillsyn tillbaka på SiS, mot bakgrund av att klienten eller ungdomen bedömts ha kroniskt förhöjd suicidrisk. I några få fall, färre än tio, har problematiken fastställts med diagnoskod. I de allra flesta fall finns suicidbeteendet enbart beskrivet i journaltext, även för individer där det mer eller mindre dagligen förekommer sådana incidenter.

För klienter och ungdomar med mönster av intensiv självskada och/eller kroniskt förhöjd suicidrisk, har kartläggningen inte kunnat göra någon generell koppling till bakomliggande tillstånd. Autism eller andra neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, emotionell instabilitet och misstänkt eller fastställd PTSD, ensamt eller i kombination, är emellertid vanliga tillstånd hos gruppen. Gemensamt för gruppen, utifrån journalbeskrivningarna, är dock svårigheter med emotionell självreglering. En annan gemensam nämnare är att de självskadande beteendena starkt utmanar personalen som upplever att problematiken är svår att förebygga, förutse och bemöta.

I journalerna som granskats finns rapporter om olika grad av självskadebeteende och suicidala beteenden hos cirka 55 procent hos flickorna och cirka 30 procent av pojkarna i ungdomsgruppen. Flertalet av ungdomarna med ett mycket intensivt självskadebeteende läggs en eller flera gånger in inom psykiatrin med stöd av LPT. Bland dessa är flickor och kvinnor kraftigt överrepresenterade men det förekommer även enstaka pojkar och män.

I urvalet från missbruksvården finns självskadebeteende, i meningen att rispa, bränna eller nästan enbart rapporterat hos kvinnorna. För cirka 30 procent av kvinnorna i urvalet finns självskadebeteende av olika frekvens och intensitet beskrivet. För männen finns suicidala tankar beskrivna hos cirka 25 procent och för en mindre del, cirka 7 procent, rapporteras om suicidförsök i omedelbar närtid till eller under institutionsvistelsen.

I en genomlysning av suicidförsök som myndigheten genomförde 2018, uppmärksammades en tydlig underrapportering av suicidförsök. För att öka rapporteringsgraden infördes 2019 ett nytt digitalt system för rapportering av suicidförsök. Detta visar att av de 45 försök som rapporterades under 2019, så genomfördes 22 av dessa på en

resursförstärkt plats eller avdelning. Rapporterna gällde 14 flickor och fem pojkar samt en kvinna och två män. Då rapporteringssystemet inte innehåller personuppgifter, går det inte att se om det rör sig om 22 enskilda individer, eller om en och samma person har genomfört flera försök.

Samspelssvårigheter

Både ungdomsvården och missbruksvården tar emot och vårdar individer som uppvisar omfattande svårigheter i samspel med andra. Journalerna avspeglar problematik av olika art och grad. Konflikter med andra ungdomar och klienter, konflikter med personal, samt mottaglighet för känslomitta som medför att till exempel andras ilska kan trigga egna starka känsloreaktioner är återkommande exempel.

Journalgenomgången indikerar att problemen kan ha en grund i någon neuropsykiatrisk funktionsnedsättning med exempelvis sänkt förmåga att förstå och tolka sociala situationer samt andras intentioner och beteenden, ökad känslighet för syn-, hörsel- och känselintryck, sänkt impuls kontroll och låg frustrationstolerans. Samspelssvårigheter uppstår också mellan de placerade och personal. I journalerna finns många exempel på att funktionsnedsatta ungdomars och klienters beteende riskerar att feltolkas. När oförmåga uppfattas som bristande motivation eller trots är risken att det stöd som hade behövts uteblir. Ibland ges individen i stället någon form av konsekvens inom ramen för ett förstärkningssystem, eller tillrättavisning genom förebråelser, indragna aktiviteter eller förmåner. Personalens misstolkning avseende oförmåga och motivation, kan även verka upptrappande och öka risken för hot och våld.

Brister i ADL och självomhändertagande

I en SiS-institutions vardag finns ett grundläggande ADL-stöd inbyggt. Genom väckning och tider för sänggående, veckoscheman, mattider och återkommande aktiviteter på fasta tider, samt närvarande personal som hjälper till och stöttar, får individer med lindriga till måttliga svårigheter med självreglering och ADL ofta det stöd de behöver för att fungera väl i sin vardag. För en liten grupp klienter och ungdomar är det vanliga vardagsstödet otillräckligt och extra insatser behöver tillföras. I kartläggningsgrupperna rör det sig om individer med omfattande funktionsnedsättningar kopplade till exempelvis intellektuell funktionsnedsättning, autism eller psykosjukdom. De vanligaste problemområdena från journalgranskningen är svårigheter med tidsuppfattning och dygnsrytm, hygien och toalett, regleringssvårigheter avseende kost och bristande förmåga att modulera sexuella impulser.

För ett mindre antal av de undersökta ungdomarna är funktionsnivån så låg att de under hela eller delar av vårdtiden inte kan vårdas tillsammans med andra. Specialavdelningarna Trollebo och Kullen är de avdelningar som har kapacitet anpassad för att ta emot ungdomar med omfattande funktionsnedsättning. Långa vårdtider medför emellertid att dessa platser inte alltid finns tillgängliga. Ofta blir då lösningen vård i enskildhet på vanlig eller resursförstärkt avdelning. Behovet av förstärkta behandlingsplatser rustade att ta emot ungdomar med påtagliga funktionsnedsättningar är av journalgranskningen att döma betydligt större än tillgången.

Det finns även i LVM-urvalet individer med våldsamt utagerande beteende med stora behov av ADL-stöd. I det granskade urvalet finns ett mindre antal kvinnor där funktions-nedsättning i kombination med självskada och/eller utagerande beteende krävt omfattande insatser och personalresurser för att minimera skador på egen person, personal och miljö. Det finns också individer med psykossjukdom, företrädesvis lite äldre män, som har behov av dagligt stöd med hygien och aktivitetsreglering. Journalgranskningen visar att institutionerna har givit behövligt stöd och god omvårdnad till individer med omfattande behov men med lägre våldsbenägenhet, inom befintlig ram. Men behoven är dessvärre större än så. Inom LVM-vården finns inga specialavdelningar, motsvarande ungdomsvårdens Kullen och Trollebo, med anpassningar av miljö, personalkompetens och vårdinnehåll. Av föreliggande journalgranskning att döma finns det dock ett antal klienter, i urvalen ett tiotal kvinnor och enstaka män, med motsvarande vårdbehov.

Insatser som ges till ungdomarnas och klienternas tillstånd och vård- och resurskrävande beteenden

Behandlingsplaner

Syftet med att inkludera behandlingsplanerna i granskningsarbetet var att få en bild av i vilken utsträckning de problem som föranlett resursförstärkningen, till exempel våldsamt beteende, fick riktade insatser. Kartläggningen visar att de särskilda beteendeproblemen regelmässigt tas upp i behandlingsplanerna, men oftast som ett av många problem och sällan med utförligare beskrivningar eller prioritet i förhållande till andra insatser. Problem-beskrivningarna är oftast generella (se nedan under Insatser i miljö) och sällan nedbrutna till delmål. Det är också svårt att i journalerna följa utvecklingen av behandlingsplanens punkter och vilken effekt olika insatser bedöms få. Slutanteckningen ger en fingervisning om den sammantagna utvecklingen och vilka behov som kvarstår för den unge eller klienten att arbeta vidare med. I det underlag som granskats har denna anteckning ofta saknats i dokumentationen.

Insatser i miljö

Miljöterapeutiska insatser har sin utgångspunkt i vardagslivet på avdelningen och i eventuella inplanerade enskilda eller gemensamma aktiviteter. Den behandlande uppgiften för personalen är att spegla problematiska beteenden och i situationen stödja den unge eller klienten i att hitta alternativa och mer konstruktiva sätt att hantera situationen. En annan insats som i granskningen räknats som miljöterapeutisk är samtal med kontaktpersonen

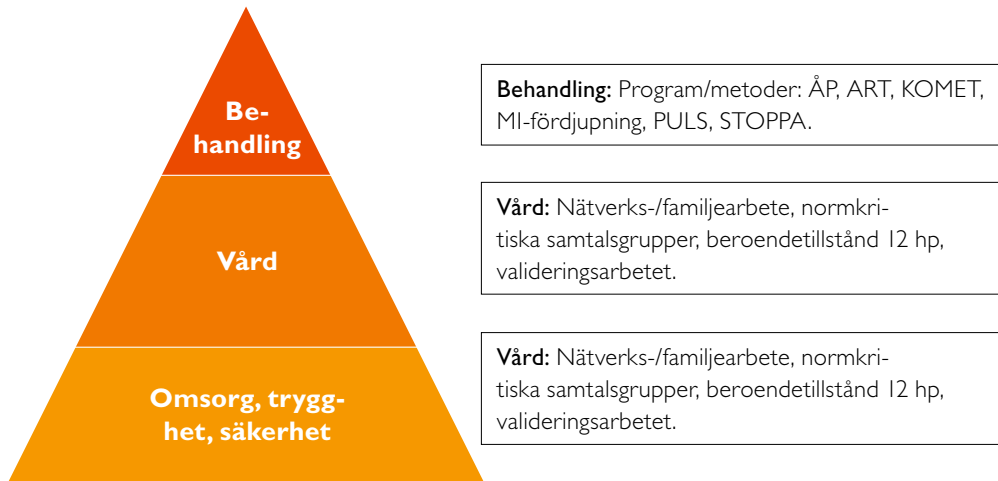
(KP-samtal). Enligt behandlingsplanerna ska ungdomen eller klienten tillsammans med sin kontaktperson i KP-samtalen tala om de problem som uppstår och arbeta fram alternativa strategier. Huvuddelen av de insatser för våldsamt beteende och andra problembeteenden som journalgranskningen kunnat identifiera är miljöterapeutiska insatser. Målsättningarna är ofta generellt formulerade, som "NN ska kunna uttrycka sina känslor utan att ta till våld", men beteendena är sedan inte vidare definierade eller nedbrutna till delmål. Det finns även goda exempel och undantag, men det har generellt

inte varit möjligt att i journalerna följa omfattning av, innehåll i och kvalitet på arbetet som bedrivs. Dokumentationen av insatser i miljön skiljer sig åt mellan olika avdelningar och institutioner och saknar en uppföljningsbar struktur, vilket gör det svårt att jämföra både ungdomar och klienter med varandra, men även det arbete som bedrivs på olika avdelningar. Huruvida det finns ett planerat innehåll och fokus, för till exempel KP-samtalen, och om planeringen följs framgår inte. Vi kan således inte veta om den unge eller klienten fått arbeta med till exempel sitt våldsanvändande eller inte. Samma gäller för de olika aktiviteterna och rapporterna från vardagsarbetet. Anteckningarna i journalen fokuserar ofta på olika händelseförlopp och rapporteringen handlar många gånger om värderingar av ungdomens eller klientens sinnesstämning eller beteende: "I dag hade NN ett trevligt uppförande", "NN var på bra humör och skojade med nattpersonalen när de kom in på avdelningen", "NN var arg redan vid frukosten och sedan stökig hela förmiddagen". Det har i det här journalurvalet oftast varit mycket svårt att hitta en röd tråd och skapa en bild av själva behandlingsförloppet. Antagandet blir att det sannolikt pågår ett aktivt behandlingsarbete med att påverka och stödja klienter och unga i deras problematik, men att det i den här formen av granskning inte går att utvärdera avseende mängd, innehåll och kvalitet.

Behandlingsprogram

Inom SiS kan ungdomar och klienter delta i kunskapsbaserade och strukturerade behandlingsprogram som utgår från social inlärningsteori och kognitiv beteendeterapi. Utgångspunkten är att deltagandet sker i grupp och insatserna syftar till att öka färdigheter och minska risker som relaterar till individens problemområden. I SiS behandlingsutbud finns bland annat Aggression replacement training (ART), Acceptance and commitment training (ACT), Motiverande samtal (MI), KOmmunikationsMETod (KOMET), Problemlösning, Umgänge, Livsmål och Självkontroll (PULS) och Återfallsprevention (ÅP). SiS interna utbildningsorganisation erbjuder behandlingspersonalen utbildning och träning i metoderna ovan och stödjer även utbildning i och genomförande av Dialektisk beteendeterapi (DBT) och utbildning i det internt framtagna programmet för behandling av unga sexuella förövare – Stoppa-Bas.

De strukturerade behandlingsprogrammen utgör dock en mindre del av SiS totala vård och behandling. Pyramiden nedan ger en översikt av verksamhetens vårdinnehåll. De största insatserna, som också är de viktigaste, ges inom området omsorg, trygghet och säkerhet. Utan en bas av trygghet och säkerhet så blir det svårt för ungdomen och klienten att tillgodogöra sig mer avancerade och riktade insatser.



- **Behandling:** Manualstyrda insatser som kräver längre intern utbildning hos personalen.
- **Vård:** Insatser som går att rikta till avgränsade, vårdande insatser: Familje- och nätverksarbete, manualstyrda normkritiska samtalsgrupper, fördjupande kunskaper om missbruk och beroende.
- **Omsorg:** Insatser som syftar till att bemöta ungdomens och klientens individuella omsorgsbehov och göra placeringen psykiskt och fysiskt trygg och säker: MI-grund, KBT-grund, kunskaper i beroendelära, suicidprevention, bemötande vid självskada, och traumamedveten omsorg (TMO).

Det är sedan tidigare känt att genomförande av programverksamhet är en utmaning på SiS avdelningar och att ungdomar och klienter i låg utsträckning genomför hela behandlingsprogram²². Journalgranskningen visar föga förvånande en låg grad av deltagande i programverksamhet även för gruppen med särskilda vård- och resursbehov. Trots att stort fokus behöver läggas på bottenplattan i pyramiden för den här gruppen, är nämnda behandlingsprogram samtliga relevanta, i olika utsträckning för olika delar av gruppen ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov.

Problembilden hos ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov kännetecknas av tillstånd och beteendemönster som i hög utsträckning kan påverka mottagligheten för strukturerade behandlingsinsatser. Vården, så som den avspeglas i journalerna, präglas periodvis av hanterande av utagerande, självskadebeteende och samspelssvårigheter, och de strukturerade behandlingsinsatser som eventuellt har planerats blir ofta svåra att genomföra och få kontinuitet i. Dels tar hanteringen av olika problematiska beteenden tid men som tidigare nämnts så blir det svårt för ungdomen och klienten att tillgodogöra sig mer avancerade och riktade insatser, utan en stabil bas av trygghet och säkerhet.

²² Metodinventering 2017, dnr I.1.3-2578-2020.

Det finns emellertid goda exempel, väl värda att lyfta fram och att lära av. I journalmaterialet finns flera exempel på hur anpassningar efter individens förmåga kan öka förutsättningarna för strukturerad behandling. Individuella lektionsserier i ART och stöd i att genomföra hemuppgifter, regelbunden individuell DBT med institutionens psykolog och till det kopplad färdighetsträning med kontaktperson på avdelningen är några exempel som tycks ha gett god utveckling för den enskilda. De individuella anpassningarna är dock mest synliga i journaler hos ungdomar som är placerade i kategori 2 och 3, vilket kan bero på att det är just de avdelningar med extra resurser som har möjlighet att dels trygga och säkra basen i ungdomens behandlingspyramid, dels möjlighet att individanpassa. Journalgenomläsningen visar dock att motsvarande insatser skulle behövas även för de som vårdats i kategori 1. Man kan alltså anta att det inte är vårdbehovens tyngd som föranlett specialarrangemangen, utan snarare tillgången till resurser.

Att bemöta hot och våld

För SiS medarbetare är utbildning och träning i myndighetens program för att förebygga och hantera våld "No Power No Lose" (NPNL) obligatorisk²³. NPNLs utgångspunkt är att träna personalen i att upptäcka tidiga tecken på våld och att, när sådana noteras, aktivt försöka trappa ner eller avleda. För de tillfällen då våld, trots nedtrappningsförsök, ändå uppstår innehåller programmet anvisningar om fysiska tekniker för att hålla fast och förflytta den som är våldsamt. Att möta kraftfull ilska och våld utan att själv bli alltför stressad, rädd eller arg är mycket svårt. Att bli skicklig i att behålla lugnet under högt affekttryck, i verbal nedtrappning och andra förebyggande tekniker tar tid och kräver träning. Att bli skicklig på fysiska tekniker som är någorlunda säkra att använda för att avbryta våldsamt beteende kräver också tid och regelbunden träning. Fysiska förutsättningar, trygghet med den egna fysiska kapaciteten och framför allt träningsmängd spelar in och kan vara avgörande för säkerheten för såväl personalen som den som omhändertas. Utbildning och träning i NPNL konkurrerar med en stor mängd andra utbildningar och aktiviteter för SiS medarbetare. Utöver ordinarie personal arbetar många timvikarier ute på avdelningarna, som oftast inte får tillgång till samma mängd utbildning och träning som de ordinarie medarbetarna. Det finns många delar av ett händelseförlopp som inte framgår i en journalanteckning över en våldsamt händelse. Kroppsspråk, vem som sagt vad och i vilket tonfall, kan inte avläsas i journaltexterna. Journalgenomläsningen visar dock med tydlighet att det finns ett stort behov av mer träning och utbildning i NPNL. Det finns återkommande beskrivningar av hur personal bidrar till upptrappning av situationer snarare än nedtrappning, och att våld från personalens sida använts trots att andra lösningar sannolikt var möjliga.

Avdelningar som har i uppdrag att ta emot särskilt vård- och resurskrävande klienter har samma anvisningar för utbildning och träning i NPNL som alla andra. I praktiken ställs det emellertid avsevärt högre krav på personalens färdigheter i våldsförebyggande arbete och hantering av våld, eftersom de vårdar särskilt våldsbenägna personer. Det är möjligt att en ökad mängd träning skulle kunna göra skillnad i trygghet i såväl vårdmiljö som arbetsmiljö.

23 SiS Arbetsmiljöhandbok.

Riskbedömningar och trygghetsplaner

Säkerhet och trygghet är grundläggande förutsättningar för att behandlingsarbete ska kunna komma till stånd. För att förebygga våld i avdelningsmiljön på ett systematiskt vis använder SiS instrumentet *Bröstet Violence Checklist (BVC)* i det dagliga arbetet. BVC fångar upp riskmarkörer för våld som kan uppstå på kort sikt, och då personalen noterat två eller fler riskmarkörer hos en ungdom eller klient ska riskreducerande åtgärder sättas in²⁴. SiS arbetar också med trygghetsplaner²⁵. I trygghetsplanen har den unge eller klienten bland annat beskrivit hur det går att märka att hen börjar bli arg och vilka strategier som brukar fungera bäst för att avbryta uppvarvning och påbörja nedvarvning. Det finns även här goda exempel, men på ett generellt plan avspeglar journalgranskningen brister i institutionernas systematiska riskförebyggande arbete.

Journalgranskningen visar att BVC används i olika utsträckning och att det dokumenteras på olika vis i myndigheten. Vissa avdelningar dokumenterar alla skattningar, andra dokumenterar bara de med förhöjd risk. Ibland åtföljs förhöjd risk med åtgärd, ibland inte.

Stödet för dokumentation i KIA är också olika utformat för ungdomsvården och missbruksvården. I LVU-journalerna är dokumentationsstrukturen tydligare och det finns en särskild rubrik för att beskriva riskreducerande åtgärder. I LVM-journalerna beskrivs åtgärder i fritextfält, vilket kan förklara att åtgärder mer sällan återfinns i dokumentationen inom LVM.

För både LVU och LVM är det samlade intrycket att BVC genomförs men att skattningen inte alltid används som det är tänkt. Meningen med att identifiera en risk är att den ska kunna förebyggas eller minskas, genom riskreducerande åtgärder. Om riskreducerande åtgärder finns beskrivna i journalerna är de oftast korta och av generell karaktär som "samtal" eller "hänvisning till rummet". Det förekommer också att den riskförebyggande åtgärden snarare höjer risken än sänker den. I journalerna återkommer ett exempel på detta, då den unge eller klienten ber om att få vara ifred på sitt rum för att lugna ned sig, och personalen, trots protester från den unge eller klienten, framhärdar i att gå in på rummet för att samtala om det som hänt eller händer.

Den största gemensamma nämnaren för ungdomar och klienter som är särskilt vård- och resurskrävande är deras benägenhet att använda våld. Att i möjligaste mån förebygga att våld uppkommer torde därför vara extra viktigt på de avdelningar som vårdar våldsbenägna individer. Av journalgranskningsarbetet att döma behöver arbetet med både BVC och trygghetsplaner förstärkas. Ett systematiskt arbete där strategier från trygghetsplanen omsätts i det riskförebyggande arbetet är önskvärt och behöver implementeras. Avdelningar som vårdar särskilt vård- och resurskrävande klienter och ungdomar kan vara betjänta av hög prioritet i en sådan process.

Sammanbrottsanalys

Efter allvarliga incidenter på en institution, där en eller flera ungdomar eller klienter varit våldsamma, händer det att ungdomar och klienter förflyttas till en annan institu-

²⁴ Instruktion för överlämning mellan arbetspass, dnr 14-741-2011.

²⁵ Instruktörsguide NPNL, 2020.

tion. För flera ungdomar och klienter i kartläggningsgrupperna har institutionsbyten genomförts akut vid ett eller flera tillfällen under en vårdperiod. Förflyttning kan genomföras i syfte att splittra negativa konstellationer, skydda individer från varandra, men också av arbetsmiljöskalet om till exempel personal kommit till skada i händelseförloppet. En sådan situation faller inom ramen för vårdssammanbrott så som de beskrivs i SiS anvisningar för sammanbrottsanalys²⁶:

”Sammanbrott definieras som en placering i dygnsvård som avslutas oplanerat, utan att målet med vården är uppnått. Exempel på situationer som kan föranleda ett sammanbrott är att ungdomen agerar våldsamt, rymmer, återfaller i allvarlig kriminalitet eller missbruk. Det kan både handla om ett plötsligt, akut läge och att en situation trissats upp under en längre tid ... Ett behandlingssammanbrott kan leda till att en ungdom flyttas från en vårdform till en annan, mellan olika HVB, SiS-institutioner eller avdelningar.”

Sammanbrottsanalys finns inskrivet som en möjlig, men inte tvingande, insats att genomföra i SiS riktlinjer för akuttjänsten. Syftet är att öka kunskapen om den unges behov och fungerande, och på så vis kunna förbygga nya behandlingssammanbrott. Av kartläggningsresultaten att döma genomförs inte sammanbrottsanalyser efter akuta förflyttningar mellan SiS institutioner, vare sig i ungdomsvården eller missbruksvården. Med tanke på att problematiska situationer och beteenden, som till exempel våld, kan uppstå som en konsekvens av såväl allvarlig psykisk ohälsa som funktionsnedsättning eller samspelsmönster som etablerats mellan intagna och personal, kan viktig information om sätt att förebygga nytt våld tillföras genom ett regelbundet analysarbete. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter om hem för vård eller boende²⁷ ska oplanerade vårdavbrott regelbundet analyseras inom ramen för vårdgivarens egenkontroll. I SiS anvisningar för egenkontroll är sammanbrottsanalys i dagsläget inte inkluderad.

Hjälpmedel vid funktionsnedsättning

I dagsläget finns specialavdelningarna Trollebo och Kullen (kategori 2) inom SiS som är utformade för att ta emot och behandla ungdomar med funktionsnedsättning. Anpassningarna som gjorts rör främst lokaler och avdelningsmiljö, personalens kunskap, bemötande och förhållningssätt och pedagogik i behandlingsarbetet. Trollebo och Kullen är olika till sin utformning men har gemensamma drag. Avdelningarna är små, båda har fyra platser och ungdomarna bor i egna sektioner med sovplats, umgängesyta och egen toalett. Gemensamhetsutrymmen finns. Sparsam möblering och dekoration samt ansträngningar för att minska sensoriska intryck, till exempel ljudabsorbenter, har tillförts. Personalätheten på avdelningarna är hög och arbetssättet bygger på lågaffektivt bemötande och traumamedveten omsorg. Personalens ansats är habiliterande och präglas av synsättet att problembeteenden är ett uttryck för att kravnivån för den unge är för hög och behöver anpassas²⁸.

26 Anvisning för sammanbrottsanalys, tillgänglig på SiS intranät.

27 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende; HSLF-FS 2016:55.

28 Genomlysning av arbetet på avdelning Kullen under 2019, dnr I.1.3-2463-2020.

Båda avdelningarna arbetar med tydliggörande pedagogik, vilket handlar om att göra vardagen och tillvaron begriplig och hanterbar för den unge. Pedagogiken kan ses som en verktygslåda där innehållet anpassas efter den enskildes behov. Exempel på redskap är scheman med bildstöd för att tydliggöra den enskildes planering för dagen eller veckan, eller bildstöd i lokalerna som visar vad som förväntas eller hur saker går till i ett visst utrymme. I mån av behov och resurser försöker avdelningarna också införskaffa hjälpmedel som tyngdtäcken, timstockar²⁹ och annat som kan ge stöd för den unge i olika situationer.

Avdelning Fyren på Fagared är en förstärkt behandlingsavdelning med sju platser i kategori 1, specialiserad på att ta emot pojkar med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Pojkarna som placeras på Fyren har ofta påtagliga funktionsnedsättningar inom autismspektrat och ibland med komplex samsjuklighet i psykiatriska tillstånd. Journalgranskningen visar att Fyren regelbundet tar emot pojkar med vårdbehov och komplex samsjuklighet som motsvarar de som vårdats inom kategori 2. Fyrens lokaler är inte anpassade för målgruppen, och bemanningen är avsevärt lägre än på kategori 2-förstärkta avdelningar. Även om personalen gör stora ansträngningar för att möta pojkarnas behov, och använder pedagogiska hjälpmedel i den utsträckning de kan, kan de inte erbjuda samma nivå av dagligt stöd som till exempel Trollebo med sin bemanning kan.

Journalgranskningen visar att det på många håll i verksamheten, inte bara på resursförstärkta avdelningar, görs ansträngningar för att möta funktionsnedsatta ungdomars och klienters behov med de metoder och de hjälpmedel som lokalt står till buds. Att anpassa de grundläggande förutsättningarna som lokalernas fysiska struktur, gruppstorlek på avdelningen och bemanningsnivå är emellertid inget institutionerna kan göra på egen hand.

SiS har genom ett forskningsprojekt som genomförts i samarbete med Chalmers tekniska högskola god kunskap om betydelsen av den fysiska miljöns potentiella påverkan på trivsel och förmåga till självreglering hos klienter och ungdomar³⁰. I rapporten kopplad till projektet refereras till forskning som stödjer en avdelningsstorlek anpassad för åtta individer, gärna med möjlighet att kunna sektionera vid behov och på så vis skapa mindre enheter. Rekommendationerna som Chalmers refererar till återspeglas tydligt i SiS nya standardavdelningar där ett och samma grundkoncept går att använda, där man konstruerar avdelningar och institutioner med moduler om åtta, 16 eller 32 bostadsrum. Inom kunskapsområdet funktionsnedsättningar ser emellertid rekommendationerna annorlunda ut. I Socialstyrelsens föreskrifter för LSS-boende för barn och unga rekommenderas en gruppstorlek om 2–4 personer³¹, medan motsvarande rekommendation för vuxna är 3–5 personer³². I föreliggande kartläggning och i den genom-

29 Timstock är ett hjälpmedel för personer med svårigheter att uppfatta tid.

30 Institutionsvård i fokus – SiS Miljövård, en guide för miljöutveckling 2017.

31 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd – Bostad med särskild service för barn och unga enligt LSS (sosfs 2012:6).

32 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd – Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS (sosfs 2002:9).

lysning som gjorts av arbetet på avdelning Kullen, noteras behov i målgruppen som ligger i linje med Socialstyrelsens föreskrifter.

Skola

För de 214 ungdomarna som ingått i kartläggningsgruppen har skoldata hämtats ur verksamhetssystemet Adela. Huvuddelen av ungdomarna har deltagit i vanlig skola och 19 har varit inskrivna i särskola. Gruppen med särskilda vård- och resursbehov har jämförts med hela gruppen SiS-ungdomar och resultaten visar att ungdomarna med särskilda vård- och resursbehov har något mindre undervisningstid än övriga SiS-ungdomar. Nivåer av deltagande i planerad undervisning, och ogiltig frånvaro är med något undantag, tämligen likvärdiga men gymnasieungdomar med särskilda vård- och resursbehov har mer ogiltig frånvaro än motsvarande grupp bland ungdomarna som vårdas på vanlig plats (för mer information, se bilaga 5).

Hälso- och sjukvård

Journalgranskningen visar att ungdomar och klienter i urvalet träffar institutionens hälso- och sjukvårdspersonal i mycket olika utsträckning. Det har inte gått att identifiera något mönster kopplat till vårdbehov som föranleder att vissa ungdomar och klienter har avsevärt mer kontakt med läkare och/eller psykologer än andra. Det finns exempel på ungdomar och klienter som har regelbunden och ibland en längre behandlingskontakt med institutionspsykologen, medan andra ungdomar och klienter aldrig träffar någon psykolog på institutionen. Tillgången på psykolog är enligt resursfördelningsmodellen för ungdomsvården något högre för de resursförstärkta platserna än för en vanlig plats. Sjuksköterskan är den ur hälso- och sjukvårdsteamet som både ungdomar och klienter träffar mest. Tilldelningen av sjuksköterskeresurs är samma för en resursförstärkt plats som för en ordinarie plats i fördelningsmodellen.

Det framgår inte av journaldokumentationen i vilken utsträckning psykologer, sjuksköterskor och läkare är engagerade i planeringsarbetet som styr vården och den dagliga omvårdnaden av ungdomar och klienter. I samtal med institutionsföreträdare framgår emellertid att det i praktiken kan se mycket olika ut, både mellan institutioner och avdelningar, men också mellan olika ungdomar och klienter. Med tanke på de omfattande behov av psykologisk och medicinsk vård som finns i gruppen med särskilda vård- och resursbehov, och den jämställda vårdens ansats att styra resurser dit där behoven är som störst, kan det finnas anledning att se över detta.

Särskilda befogenheter

Avskiljning i ungdomsvården

Under år 2018 var det 23 ungdomar (16 flickor, 7 pojkar) som avskildes sju gånger eller mer. För 2019 var motsvarande antal 25 flickor och 13 pojkar. De avskilda ungdomarnas journaler visar att vård- och resursbehoven är omfattande. En överväldigande majoritet av flickorna och ungefär hälften av pojkarna uppvisade vård- och resursbehov i ungefär samma omfattning som de som vårdades med förstärkning i kategori 2 och 3. Antalet avskiljningstillfällen samvarierade med en ökad vårdtyngd hos den enskilda.

Flickorna har i snitt fler avskiljningar än pojkarna båda åren. Tillsammans har flickorna avskilts vid 321 tillfällen under 2018, där tre av flickorna avskildes mellan 44 och 48 tillfällen var och tillsammans stod för nära hälften (43 %) av det sammanlagda antalet avskiljningar. Medianen för flickorna 2018 var 14 avskiljningar. Under 2019 har flickorna avskilts vid 323 tillfällen, där fyra av flickorna avskildes mellan 26 och 38 tillfällen och tillsammans stod för cirka 40 procent av det sammanlagda antalet avskiljningar. Medianen för flickorna var tio avskiljningar under 2019.

Under 2018 vårdades majoriteten av flickorna med många avskiljningstillfällen på resursförstärkt plats, hela eller delar av vårdtiden. Under 2019 vårdades lite fler än hälften (56 %) av flickorna med sju eller fler avskiljningar, på resursförstärkt plats.

Under 2018 avskildes de pojkar som hade avskilts sju gånger eller mer, vid sammanlagt 60 tillfällen. Samtliga pojkar hade mellan sju och elva avskiljningar med en median på åtta. Under 2019 avskildes pojkarna vid 242 tillfällen, där fyra av pojkarna avskildes mellan 24 och 74 tillfällen och tillsammans stod för 66 procent av det sammanlagda antalet. Medianen för dessa pojkar var nio avskiljningar 2019. Både 2018 och 2019 har cirka hälften av pojkarna med många avskiljningstillfällen vårdats på resursförstärkt plats.

7 ELLER FLER AVSKILJNINGAR UNDER ETT ÅR

	2018		2019	
Resursförstärkning	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar
Vanlig plats*	3	3	11	6
Kategori 1*	11	2	12	5
Kategori 2	*	*	*	*
Kategori 3	*	*	*	*
Summa, kategoriplats	13	4	14	7
Summa, alla platser	16	7	25	13

* För vanlig plats och för plats i kategori 1 bedöms statistiksekretessen inte vara tillämplig, då dessa grupper av ungdomar är så pass stora att risk för identifiering är mycket låg.

Avskiljning i missbruksvården

Under 2018 avskildes sex kvinnor och åtta män i missbruksvården, vid tre tillfällen eller mer. För 2019 var motsvarande antal åtta kvinnor och fem män.

De sex kvinnorna som avskilts vid tre tillfällen eller mer, hade tillsammans avskilts 63 gånger under 2018. Två av kvinnorna hade avskilts vid 19 tillfällen och stod tillsammans för 60 procent av det totala antalet avskiljningar. De resterande fyra kvinnorna hade avskilts mellan tre och elva gånger. För 2019 var det sammanlagda antalet avskiljningstillfällen 239, således avsevärt högre än föregående år. Två av kvinnorna stod tillsammans för 80 procent av det sammanlagda antalet avskiljningar. Övriga sex kvinnor hade avskilts mellan tre och 27 gånger, med en median på sex tillfällen. Samtliga kvinnor i gruppen, både 2018 och 2019, hade vårdats vid de resursförstärkta institutionerna Lunden eller Runnagården eller vid båda.

De åtta männen som avskilts vid tre tillfällen eller mer, hade tillsammans avskilts 19 gånger under 2018 och hade avskilts mellan tre och sju gånger var. Under 2019 hade

männen sammanlagt 18 avskiljningstillfällen, där tre av männen avskildes vid fyra tillfällen och två av männen vid tre tillfällen. Samtliga män, både 2018 och 2019, vårdades hela eller delar av vårdtiden vid en eller flera av de resursförstärkta institutionerna Hessleby, Gudhemsgården eller Hornö.

3 ELLER FLER AVSKILJNINGAR UNDER ETT ÅR

	2018		2019	
Resursförstärkning	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Kategori 1 + 3	6	8	8	5

Vård i enskildhet

För många av de unga och klienterna som har längre perioder av vård i enskildhet (VIE) är samspel med personal och medboende problematiskt. VIE tillämpas då den unge eller klienten av något skäl inte klarar av att vistas tillsammans med övriga inskrivna på avdelningen. Det vanligaste är en intryckskänslig klient eller ungdom vars beteende och mottaglighet för insatser påverkas negativt av den miljörelaterade och sociala kravnivån i avdelningsmiljön. Journalgranskningen visar att vård i enskildhet ibland tillämpas som ett sätt att skydda ungdomar och klienter som inte är våldsamma från sådana som är det. Det finns också i journalerna ett flertal exempel på ungdomar och klienter som själva uppger att de blir stressade och mår dåligt i den större avdelningsmiljön och som ber om att få bo i vård i enskildhetsutrymmena. Högre tillgång på lokaler anpassade efter intryckskänsliga klienters och ungdomars behov, och med större möjligheter att dra sig undan, skulle kunna minska användandet av vård i enskildhet i sådana sammanhang.

Vård i enskildhet i ungdomsvården

Under 2018 vårdades 44 ungdomar, 19 flickor och 25 pojkar, 90 dygn eller mer i vård i enskildhet. För 2019 är motsvarande antal 60 ungdomar, 25 flickor och 35 pojkar. Journalgranskningen visar att de flesta i gruppen har neuropsykiatriska och/eller psykiatriska tillstånd. Det finns inom gruppen en bred variation av vård- och resurskrävande beteenden, där frekvens, duration och intensitet varierar mellan ungdomarna. I de grupper som beviljats vård med resursförstärkning enligt kategori 2 och kategori 3 är problematik och beteenden av en art som i långa perioder kräver daglig beredskap hos personalen. Bland de unga som vårdas inom kategori 1 eller på vanlig plats, är problemen hos cirka en fjärdedel av samma art och grad som hos de som vårdas enligt kategori 2 och 3, men vanligen förekommer problembeteende mer periodiskt och den unge fungerar ofta efterhand bättre. Ungdomar som placerats i vård i enskildhet har ofta en planering som innebär att de ska vara ute på stora avdelningen tillsammans med övriga ungdomar ett par timmar om dagen. Ett mönster som noterats i journalgranskningen är att ungdomar som mot sin önskan är placerade i vård i enskildhet, när det är dags att återvända till enskild vård efter stunden på avdelningen, inte vill lämna gruppen. Detta tycks för många bli ett känsligt moment och en källa till konflikt och maktkamp som kan upprepas dag efter dag i långa perioder, och som ibland slutar med att personalen för ut den unge från avdelningen med tvång.

Journalgranskningen visar att beslut om vård i enskildhet och planeringar för vård i enskildhet tenderar att bli statiska och samma formuleringar står kvar vecka efter vecka i omprövningsbesluten. Det är ofta svårt att följa och förstå den unges utveckling, och hur arbetet med att stärka de färdigheter som föranlett vård i enskildhet fortlöper.

Ungdomar, särskilt äldre pojkar, med omfattande funktionsnedsättning och samtidig förekomst av kraftfullt och våldsamt utagerande är enligt placeringsenheten mycket svårplacerade. Ett fåtal bereds enskild vård med stöd av resursförstärkning enligt kategori 3. Kartläggningmaterialet avspeglar att andra pojkar med denna problembild vårdas, ofta i enskildhet, på akutavdelningar med förstärkta platser på Bärby, Sundbo, Fagared och Råby eftersom det är där beredskap att hantera så kraftfullt våld huvudsakligen finns. I brist på behandlingsplatser med rätt kapacitet flyttas de här pojkarna mellan förstärkta akutavdelningar för att avlasta arbetsmiljön för personalen. Ett sådant förfarande är mycket ogynnsamt för pojkarnas hälsa och utveckling. Upprepade vårdavbrott, brister i informationsöverföring och bristande möjligheter att få kontinuitet i kontakten med externa vårdgivare för till exempel utredningsinsatser medför att underliggande tillstånd kan fördjupas. Akutavdelningarna gör ansträngningar för att skapa insatser som kan stödja de här pojkarnas utveckling, men det finns behov av behandlingsplatser anpassade för gruppen.

VÅRD I ENSKILDHET I SAMMANLAGT 90 DYGN ELLER MER UNDER ETT ÅR

	2018		2019	
	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar
Resursförstärkning				
Vanlig plats*	5	11	7	10
Kategori 1*	9	7	11	18
Kategori 2	*	*	*	*
Kategori 3	*	*	*	*
Summa, kategoriplats	14	14	17	25
Summa, alla platser	19	25	25	35

Vård i enskildhet i missbruksvården

Under 2018 vårdades 18 klienter, tio män och åtta kvinnor, 20 dygn eller mer i enskildhet. För 2019 var motsvarande antal åtta kvinnor och 21 män. Journalgranskningen visar att förekomsten av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och psykosjukdom är hög bland både kvinnor och män som vårdas längre perioder i VIE. Bland kvinnorna i gruppen har mer än hälften ett allvarligt självskadebeteende, ofta i kombination med våld och skadegörelse. Bland männen har cirka hälften, både 2018 och 2019, psykosjukdom. De flesta av männen är våldsamma, och kan därför i perioder inte vårdas på stor avdelning, andra är inte utagerande men behöver en avskärmd miljö på grund av sitt tillstånd och mående. Huvuddelen av klienterna har hela eller delar av sin vårdtid vistats på de fem institutionerna med förstärkta platser. Två män har vårdats på andra institutioner.

VÅRD I ENSKILDHET I SAMMANLAGT 20 DYGN ELLER MER UNDER ETT ÅR

	2018		2019	
Resursförstärkning	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Kategori 1 + 3	8	10	8	21

Särskilda befogenheter i relation till insatser

De särskilda befogenheterna handlar ytterst om individens skydd. Det är av vårdetisk betydelse, särskilt inom tvångsvård, att ytterligare tvångsmedel används först då alla andra möjligheter att skydda individen är uttömda. Vid våld och utagerande som kan betraktas som en respons på bristande anpassning av vårdmiljön, eller andra brister i bemötandet av individens vårdbehov, skulle det gå att argumentera för att alla möjligheter faktiskt inte är uttömda. Vi ser i kartläggningen en uppenbar risk för att särskilda befogenheter som avskiljning och vård i enskildhet används som en insats, ett sätt att hantera situationer när andra möjliga och bättre anpassade insatser inte står till buds. När mönster av täta avskiljningar uppstår och kvarstannar över tid, eller behov av långa perioder av vård i enskildhet föreligger, är det därför angeläget att utreda situationen utifrån vård- och insatsbehov, och undersöka om anpassningar kan göras.

Vård i enskildhet i relation till resursförstärkta platser och kostnader

Vid vård i enskildhet ska den unge eller klienten ha ständig tillgång till personal. En över tid ökad tillämpning av befogenheten kan därför antas öka personalkostnaderna för institutionerna. Det finns, såvitt kartläggningen kunnat identifiera, ingen centralt framtagen kostnadsschablon för vård i enskildhet. Ökade kostnader för vård i enskildhet är dock ett konkret exempel som i tertialrapporteringar lyfts som en möjlig konsekvens av att antalet anpassade platser för ungdomar och klienter är för få. Även andra kostnadsökningar kopplade till exempelvis skadegörelse, slitage, vak vid sjukhusvistelser utan LPT, timvikariekostnader, arbetsmiljö och sjuktal nämns. Hade det funnits framräknade schablonkostnader för olika typer av ekonomisk belastning som är kopplade till vården av gruppen med särskilda vård- och resursbehov, hade det möjliggjort hypotetiska jämförelser av vad olika lösningar faktiskt kostar. En annan aspekt är vårdinnehåll och vårdkvalitet i förhållande till kostnad. Det hade varit hjälpsamt att kunna jämföra kostnader för en viss period av vård i enskildhet, med kostnader för till exempel en resursförstärkt plats inom kategori 1 eller kategori 2, och att i det väga in vilken vårdkvalitet som kan ges inom ramen för olika prislappar. Sådana beräkningar har dock inte genomförts inom ramen för föreliggande kartläggning.

Skillnader i vård- och resursbehov inom urvalsgrupperna

Ungdomsvården – skillnader inom gruppen

Granskningen av journaler omfattar ungdomar och klienter som vårdats med olika grad av resursförstärkning. Som tidigare beskrivits finns resursförstärkning i tre nivåer: kategori 1 – vilket innebär att den enskilde vårdas på en plats eller en avdelning som förstärkts med extra personalresurser, kategori 2 – vilket innebär att vården genomförs på en specialavdelning med hög bemanningsnivå och omfattande anpassningar för

målgruppen, samt kategori 3 som innebär att en individuellt anpassad enskild vårdform utformas och finansieras genom att avtal om individuell vårdavgift upprättas med socialtjänsten. Kategori 2 är i dag enbart tillgänglig inom ungdomsvården.

Kartläggningen visar att ungdomar som vårdats med förstärkning enligt kategori 2 och 3 ofta varit placerade på flera avdelningar inom SiS och under olika perioder haft olika nivåer av resursförstärkning. Det förekommer till exempel att ungdomar med individuellt avtal om vårdavgift tidigare vårdats både på en eller flera kategori 1-platser, och vårdats på någon av specialavdelningarna.

I kartläggningsurvalet för ungdomsvården ingår 33 ungdomar som vårdats inom kategori 2 och 3, eller både och. I gruppen ingår också de för vilka det ansökts om kategori 3-vård, men som fått avslag. Ungdomarnas olika tillstånd kännetecknas av en mångfacetterad problematik, som i dokumentationen förefaller svårdiagnosticerad på grund av den blandade symtombilden, intensiva och kontinuerligt pågående beteendeproblem och ungdomarnas ibland begränsade förmåga att delta i utredningsinsatser. För gruppen som helhet rör det sig ofta om utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar av genomgripande karaktär, såsom autism och intellektuell funktionsnedsättning, i kombination med trauma och olika psykiatriska pålagor. Ibland kompliceras bilden ytterligare av somatiska sjukdomar som epilepsi eller nutritionsrubbnings. Ett annat gemensamt drag, och ofta själva indikationen för de åtgärder som sätts in, är våldsamt beteende av anmärkningsvärd art och grad. Våldet kan vara utåtriktat, mot egen person eller både och. Affektutbrotten som beskrivs kan vara utdragna över många timmar och mycket svåra att avleda och hejda.

Många i gruppen har i perioder varit placerade utanför hemmet sedan de var små och några har tillbringat stora delar av uppväxten i institutionsmiljö. De flesta i gruppen är i sena tonåren, men några är avsevärt yngre och har vårdats inom SiS sedan tidig mellanstadieålder.

Vi kan i kartläggningen, på gruppnivå, inte identifiera några tydliga skillnader i problemstyrka, eller i vårdbehovens omfattning mellan de som varit föremål för insatser inom kategori 2 och kategori 3 samt de för vilka medel för kategori 3 avslagits. Ur resurs-behovssynpunkt är de i den meningen likvärdiga. Samtliga har behov av omfattande individuella anpassningar och hög personaltäthet, och det stora flertalet har behov av en liten miljö med hög struktur och låg social belastning.

En iakttagelse från kartläggningen av gruppen är att matchningen av vårdbehov och vårdinnehåll kan vara viktigare än mängden resurser som tillförs. Det finns ungdomar som beviljats både vård på specialavdelning och individuell vård med stöd av särskilt vårdavgiftsavtal, men som fungerat bäst på högstrukturerad kategori 1-plats. Andra som tagit del av samtliga typer av resursförstärkning har fungerat bäst på specialavdelning eller i individuellt uppbyggd vårdkontext. Största möjliga resurstillförsel är således inte alltid en bättre lösning, även om det såklart ofta kan vara hjälpsamt.

I gruppen ungdomar som vårdats på resursförstärkt plats eller avdelning (kategori 1) är variationen av vårdtyngd inom gruppen större. Spännvidden går från ungdomar med vårdbehov som i styrka och komplexitet fullt ut motsvarar kategori 2 och 3, till ungdomar där de särskilda vårdbehoven visar sig under kortare perioder, till exempel

i form av enstaka utageranden. I något fall har ungdomen initialt placerats på resursförstärkt plats då uppgifter visar att tidigare placeringar inom eller utom SiS präglats av våldsamt beteende, för att sedan under placeringen inte uppvisa våldsamt beteende i någon större utsträckning. Det vanligaste är emellertid att ungdomarnas svårigheter visar sig i längre eller kortare perioder och att problembeteendena, då de triggas i gång och pågår, är av allvarlig karaktär.

Bland de 25 barn som var 12 år eller yngre vid placeringstillfället, utmärkte sig en liten grupp pojkar med komplex problematik i kombination med kraftfullt utagerande. I dessa fall har sårbarhetslösningar tillskapats, antingen inom ramen för enskild vårdavgift eller i enskild vård på någon av de förstärkta akutavdelningarna. För flera av de 25 barnen fanns en genomförd risk-, behovs- och mottaglighetsbedömning och i samtliga av dessa påtalades risken av placering tillsammans med äldre ungdomar med mer avancerade riskbeteenden. Utöver att de var unga och därmed omogna, fanns funktionsnedsättningar och beskriven psykisk ohälsa i nästan samma omfattning som i övriga gruppen, vilket ökar barnens sårbarhet. Det finns exempel, bland flickorna, som avspeglade hur just de allra yngsta fick en utsatt situation i gruppen de placerades med.

En uppskattning är att 35–40 ungdomar i urvalet, utöver de som fått förstärkning enligt kategori 2 och 3, hade behövt avsevärt mer av särskilda resurser än vad en kategori 1-plats i dag kan förväntas uppbringa. För dessa ungdomar hade till exempel anpassningar av avdelningsstorlek, högre personalstöd i vardagen eller en ökad tillgång till medicinsk expertis troligen kunnat påskynda en stabilisering och öka mottagligheten för nödvändiga åtgärder som utredning och behandling. Kartläggningsresultaten visar att många avskiljningstillfällen och/eller långa perioder av vård i enskildhet kan vara en viktig indikator på obalans mellan vårdbehov och insats. På gruppnivå uppvisar ungdomar i kartläggningen som avskilts i hög utsträckning, en högre symtom- och problembelastning än övriga inom kategori 1. Samma gäller de som vårdats i vård i enskildhet, men då i lite lägre utsträckning.

För hela gruppen hade en ökad tydlighet och högre differentiering avseende insats kunnat vara både behövlig och hjälpsam. Ett exempel är att ungdomar med (även lindriga) intellektuella funktionsnedsättningar och neuropsykiatriska tillstånd inte på samma sätt som en kognitivt välfungerande ungdom kan förväntas kunna förstå, bearbeta och lära av regler och system som rör handling och konsekvens. Hög struktur och tydlighet är viktig i alla vårdsammanhang, men strukturen behöver utformas på olika vis, och ha olika innehåll, för att få ett pedagogiskt värde och skapa förändring. En svårighet som kan avläsas i journalgranskningen är utmaningen personalen har i att skapa individuella anpassningar i en kollektiv miljö, där helt olika typer av vårdbehov ska tas omhand med samma typ av resurser. Om större hänsyn skulle kunna tas till olika grundläggande vårdbehov redan i avdelningens utformning och arbetssätt, kan det tänkas att nivåerna av de vård- och resurskrävande beteendena som kartläggningen sett mest av skulle kunna sjunka något, och för några individer, i bästa fall, klinga av betydligt fortare.

Missbruksvården – skillnader inom gruppen

Inom missbruksvården finns i dag två möjliga nivåer av resursförstärkning: vård på förstärkt plats enligt kategori 1 och avtal om individuell vårdavgift enligt kategori 3. I praktiken vårdas emellertid alla med särskilda vård- och resursbehov på de fem institutioner som har resursförstärkta platser; enbart en klient har, under åren kartläggningen omfattar, beviljats ansökan om individuell vård.

Även inom missbruksvården är spännvidden avseende vårdtyngd stor. De uppskattningar om vårdtyngd som LVM-institutionerna ombads sammanställa, indikerade att vårdtyngden bland män var jämnt fördelad över tre grupper: En tredjedel av klienterna hade under vårdtiden varit i behov av extra resurser och insatser på måttlig nivå, en tredjedel hade varit i behov av extra resurser på medelnivå och en tredjedel hade varit i behov av mycket omfattande insatser och stöd från personalen. Svaren från institutionerna som vårdade kvinnor avspeglade en fördelning med fler individer i grupper med mer omfattande behov: 30 procent av kvinnorna hade under vårdtiden varit i behov av extra resurser och insatser på måttlig nivå, 33 procent av kvinnorna behövde extra resurser på medelnivå och 37 procent bedömdes ha varit i behov av mycket hög grad av insatser och stöd.

Resultaten från journalgranskningen stämmer väl överens med institutionernas skattning. I kartläggningen framträder en grupp män och kvinnor som utgör ungefär en tredjedel av urvalet som har stora behov men som uppvisar lägre grad av utagerande och våld. Det kan till exempel röra sig om psykossjuka klienter med i huvudsak negativa symtom i form av undandragande och misstänksamhet, som vid något tillfälle under vårdtiden känner sig trängda och blir explosiva. Det finns också klienter som vid tidigare SiS-placeringar eller i samhället uppvisat högt våldskapital och därför bedömts tillhöra kategorin, men som under stora delar av det granskade vårdtillfället anpassat sig väl. Den andra gruppen, ungefär en tredjedel av både männen och kvinnorna i urvalet, kännetecknas av män och kvinnor som i kortare eller längre perioder under vårdtiden mått psykiskt mycket dåligt, varit högljudda och motoriskt oroliga och periodvis våldsamma eller självskadande. Ett mönster är att flera av dessa klienter har störst behov i början av vårdtiden, och i takt med att mående och abstinens stabiliseras avtar våldsbenägenheten.

Den mest vård- och resurskrävande gruppen, knappt 40 procent av kvinnorna och cirka 30 procent av männen, kännetecknas av en, genom hela vårdperioden, kontinuerligt förhöjd risk för våld, skadegörelse och självskada. Personalen som arbetar med klienterna behöver hela tiden ha en höjd beredskap för incidenter och hålla noggrann uppsikt så att ingen kommer till skada. Bland kvinnorna i synnerhet, men även bland männen om än i något lägre utsträckning, är förekomsten av komplexa bakomliggande psykiatriska tillstånd hög. I den här gruppen återfinns samsjuklighet i olika föreningar av intellektuella funktionsnedsättningar, autisttillstånd, och/eller uppmärksamhetsproblematik, i kombination med antisocial eller emotionellt instabil personlighetsstörning och traumatisering, höga ångestnivåer och pendlande realitetsprövning. Psykotiska episoder eller känd psykosjukdom förekommer också. Flera individer ur gruppen vårdas vid ett eller flera tillfällen under vårdtiden med stöd av LPT på psykiatrisk kli-

nik. En annan grupp i gruppen är individer, fler bland männen än bland kvinnorna, där det vårdkrävande beteendet är kopplat till en antisocial hållning och livsstil där hot och våld är ett etablerat och funktionellt beteende för kontroll och positionering. Det funktionella aggressiva beteendet kan förekomma med och utan psykiatrisk eller neuropsykiatrisk samsjuklighet och finns i olika grad hos individer i hela gruppen med särskilda vård- och resursbehov.

Sammanfattningsvis finns, särskilt för klienterna med kronisk förhöjd våldsrisk, omfattande behov av anpassningar av vårdmiljö och vårdinnehåll. Bemanningsnivån inom LVM är lägre än inom LVU, gruppstorleken är ofta större, och för en del av klienterna innebär det att vårdmiljön blir mycket belastande. LVM-vårdtiden är avgränsad i tid, och behandlingsinsatser kan därför vara svåra att få till stånd för gruppen där mottagligheten för insatser behöver föregås av stabilisering. Däremot skulle anpassningar i den fysiska vårdmiljön, bemötandestrategier och kravnivå kunna skapa bättre förutsättningar för de mest utsatta.

En vårdform som motsvarar ungdomsvårdens specialavdelningar saknas inom LVM-vården i dag. Behovet för ett mindre antal sådana platser är påtagligt, framför allt bland kvinnorna.

Kategorier av tillstånd och vård- och resurskrävande beteenden

Tre kategorier

SiS riktlinjer för akut-, behandlings- och utredningstjänsterna inom ungdomsvården utgår från principerna om risk, behov och mottaglighet (RBM). Även inom missbruksvården ges i dag möjlighet att arbeta med strukturerad risk- och behovsbedömning enligt RBM-principerna. I analysen av kartläggningmaterialet har mottaglighetsprincipen funnits med som ett sätt att sortera och strukturera informationen om tillstånd, vårdkrävande beteenden och insatser. Mottaglighetsprincipen är i sin helhet komplex. Dels handlar den om att individens specifika förutsättningar och förmåga måste vara utgångspunkten för de insatser som planeras och genomförs. Antisociala attityder, neuropsykiatriska funktionshinder och psykiatriska sjukdomstillstånd kan till exempel påverka mottagligheten för behandlingsinsatser. Dels handlar mottaglighet enligt RBM också om metodval, att använda metoder som på generell nivå visat sig vara verksamma för ett visst tillstånd. Slutligen omfattar mottaglighetsaspekten också personalens kompetens, inställning och färdigheter. Förmågan att skapa relationer, motivera och att ge och anpassa struktur i vardag och behandlingsinsatser är av avgörande betydelse.

Som tidigare framgått har en ansevärd del av gruppen med särskilda vård- och resursbehov en komplex samsjuklighet. Kategorierna som beskrivs nedan är både breda och delvis överlappande. En kategorisering på en så övergripande nivå kan aldrig helt fånga upp komplexiteten och mångfalden i den problematik klienter och ungdomar bär med sig in i vården. Tanken med kategorierna är i stället att fånga in ett möjligt sätt att påbörja en differentiering med utgångspunkt i vårdbehov.

Inom LVM-vården är givetvis det dominerande problemet för alla missbruket och dess konsekvenser. Inom LVM-vården är den fysiska hälsan generellt sämre än bland ungdomarna och en större del av klienterna än av ungdomarna har somatiska tillstånd

av en karaktär som kräver hälso- och sjukvårdsinsatser på daglig basis. Med de tilläggan kan följande kategorier preliminärt vara relevanta inom både ungdomsvård och missbruksvård:

A. Kriminalitet, socialt nedbrytande beteende, missbruk	B. Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	C. Psykisk sjukdom
Psykisk sjukdom	Psykisk sjukdom personlighetssyndrom	Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	Socialt nedbrytande beteende, missbruk	Socialt nedbrytande beteende, missbruk
Trauma/PTSD	Trauma/PTSD	Trauma/PTSD

- A. Problembilden domineras av kriminalitet, antisocialitet och missbruk. Ibland i kombination med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och/eller psykisk sjukdom och/eller trauma.
- B. Problembilden domineras av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Antisociala riskbeteenden finns ofta med i bilden. Ibland i kombination med psykisk sjukdom och/eller trauma.
- C. Problembilden domineras av en allvarlig psykisk sjukdom. Antisociala riskbeteenden finns oftast med i bilden. Ibland i kombination med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Problembilden domineras av kriminalitet, antisocialitet och missbruk. Ibland i kombination med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och/eller psykisk sjukdom och/eller trauma

I den här kategorin återfinns de ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov som i grunden utgör den målgrupp vars problematik som SiS i första hand byggt upp verksamheten för. I ungdomsvården rör det sig om ungdomar där problembilden domineras av kriminalitet, antisociala attityder, missbruk och socialt nedbrytande beteende. Inom missbruksvården rör det sig om klienter där missbruket och dess konsekvenser, kriminalitet och social utsatthet dominerar problembilden. För både ungdomar och klienter i den här kategorin är till exempel ADHD och trauma vanligt förekommande, men det är främst ett mönster av att ta till allvarliga hot, kraftfullt våld och omfattande skadegörelse i pressade situationer, som påverkar individens funktionsnivå och personalens arbetsmiljö negativt och föranleder de särskilda vård- och resursbehoven.

I kategorin finns de ungdomar och klienter som kan fungera väl inom den förstärkta vården, så som den är organiserad i dag, det vill säga "vanlig" SiS-vård, uppbyggd enligt riktlinjerna för missbruksvården samt för akut- och behandlingstjänsten och som genomförs på standardavdelning med förstärkning av extra personalresurser.

Som tidigare nämnts, har de förstärkta avdelningarna inom kategori 1 i dag inga tydliga anvisningar för hur resursförstärkningen ska användas och vilket vårdinnehåll en förstärkt avdelning ska erbjuda. Huvuddelen av vården av mycket våldsamma ungdomar inom ungdomsvården sker i dag på akutavdelningar, medan kartläggningsresulta-

ten avspeglar ett stort behov av behandlingsplatser som förmår kombinera förebyggande och kontroll av våldsförekomst med adekvata specialiserade behandlingsinsatser.

Ur ett mottaglighetsperspektiv behöver avdelningar som ska ta emot mycket våldsamma ungdomar och klienter vara väl rustade för att förebygga och hantera hot och våld. Grunden är ett gott behandlingsarbete och ett systematiskt och noggrant riskförebyggande arbete samt att involvera ungdomar och klienter i detta med hjälp av bland annat trygghetsplaner. För att skapa en stabil, trygg och säker vårdmiljö är det viktigt att kunna bemanna med behandlingspersonal med mycket god förmåga att motverka hot och våld, till exempel genom särskilt omfattande utbildning och träning i NPNL. Lika viktigt är det att den stabilitet som sådan personal kan ge grundar sig i respekt och omtanke. Tydlighet blir också viktigt, då det i verksamheter som hanterar potentiellt våldsamma högriskbeteenden är grundläggande med hög struktur och transparent hållning kring vilka regler som gäller avseende beteenden och språkbruk som inkräktar på allas säkerhet och trygghet och därför inte accepteras, och vad som händer om dessa ramar överträds. Av journalgranskningen att döma finns, på olika håll i verksamheten, en ambivalens kring hur grovt språk eller verbala kränkningar av andra ska bemötas och i vilken utsträckning till exempel skadegörelse ska få pågå eller hindras.

En annan viktig mottaglighetsaspekt för gruppen är motivation. Journalgranskningen visar att många i kategorin har en kriminell och/eller antisocial identitet, använder droger och uttrycker låg eller ingen egen önskan om förändring, eller är ambivalenta. Ett aktivt och systematiskt motivationsarbete och att arbeta med attitydpåverkan och prosociala engagemang och aktiviteter är centralt.

Sist men inte minst är det viktigt att avdelningsstruktur och bemötande byggs upp med hänsyn tagen till den höga förekomsten av potentiellt traumatiserande livshändelser i SiS målgrupp generellt och för våldsamma ungdomar och klienter specifikt. Ett aktivt motverkande av återtraumatisering genom nya våldsupplevelser, och ett bemötande som bygger på kunskap om traumatiserade människors grundläggande behov är av yttersta vikt.

Problembilden domineras av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Antisociala riskbeteenden finns ofta med i bilden. Ibland i kombination med psykisk sjukdom och/eller trauma

Kategorin samlar de ungdomar och klienter med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som i hög utsträckning påverkar mottagligheten för vård- och behandlingsinsatser. Individerna behöver inte nödvändigtvis formellt tillhöra personkrets 1, LSS med diagnos utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd³³, men det är vårdbehov av liknande art och grad som avses. Kategorin omfattar till exempel ungdomar och klienter med påtagliga funktionsnedsättningar inom autismspektrat och de med intellektuell funktionsnedsättning. Kartläggningen avspeglar att klienter och ungdomar i kategorin har kriminogena behov, men inte nödvändigtvis hög risk för återfall. Flera med måttlig till låg risk för återfall återfinns i den här kategorin. Individerna inom kategorin kan uppvisa samsjuklighet i psykiatriska tillstånd, missbruk, uppsökande

33 Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

av riskmiljöer och våldsamma utbrott. Utgångspunkten för kategorin är emellertid att riskbeteenden, våld och symtombelastning har sin grund i att kravnivån har varit hög, och att uttrycken för det kan antas klinga av om ungdomen eller klienten tas om hand och bemöts utifrån sin funktionsnedsättning.

För ungdomar och klienter med tydliga funktionsnedsättningar kopplade till exempelvis olika grader av intellektuell funktionsnedsättning eller autismspektrumstörning, behöver både vårdmiljö, generell kravnivå och behandlingsinnehåll anpassas. Vård på en vanlig SiS-avdelning i standardstorlek innehåller för många stresskapande komponenter som påverkar mottagligheten för behandlingsinsatser negativt och ökar risken för överbelastningsreaktioner.

Ur ett mottaglighetsperspektiv är anpassningar av vårdmiljö och vårdinnehåll det centrala. När vardagen och tillvaron blir hanterbar och begriplig kan mottagligheten för vård- och behandlingsinsatser öka. Ur det generella mottaglighetsperspektivet är det anpassningar som rör lokaler, avdelningsstorlek, sensorisk stimulansnivå (ljud, ljus etc.) och en tydlig och enkel ordning och struktur som är centralt. Val av metoder, hjälpmedel och kommunikation av dagliga rutiner behöver utgå från kända behov hos gruppen. Personalens kompetens behöver omfatta habilitering och stöd avseende ADL och självomhändertagande. På individnivå är funktionsnivåbedömning centralt. Ungdomars och klienters funktionsnivå inom olika livsområden behöver kartläggas och utredas, så att kravnivå och behandlingsinnehåll kan genomföras på en nivå den enskilde är mottaglig för.

Barn och ungdomar samt klienter som omfattas av LSS har rätt till särskilt stöd på flera olika livsområden. Rättigheterna gäller såklart även för LSS-berättigade individer som placeras inom SiS. Specialistkompetens för utredning, behandling och stöd finns på hälso- och sjukvårdens habiliteringskliniker. Upparbetade kontakter med habilitering och kommunala LSS-handläggare är ett angeläget inslag i vården av ungdomar och klienter med omfattande funktionsnedsättningar, och en förutsättning för tryggs utslussning från SiS och långsiktig planering.

Avdelning Kullen, vid Brättegården, och avdelning Trollebo, vid Långanäs, har värdefulla kunskaper om och erfarenheter av att bygga upp vård för och ta emot ungdomar i den här kategorin. Kartläggningen har emellertid visat att behovet av platser i dag är betydligt större än tillgången, både för flickor och pojkar. Vårdtiderna för ungdomarna är ofta långa och de få platser som finns är därför sällan tillgängliga för placering. Inom LVM-vården finns ett tydligt behov av motsvarande vårdform, framför allt på kvinnosidan.

Problembilden domineras av en allvarlig psykisk sjukdom. Antisociala riskbeteenden finns oftast med i bilden. Ibland i kombination med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Ungdomar och klienter med psykiska sjukdomstillstånd har ett stort behov av bedömning, behandling och uppföljning av specialister inom barn- eller vuxenpsykiatri. I den här kategorin finns de ungdomar och klienter där mottagligheten för behandlingsinsatser inom kriminogena riskområden kan komma till stånd först då ungdom-

mens eller klientens sjukdomstillstånd är under behandling och den psykiska hälsan stabiliserats, det vill säga inte är akut.

I kategorin återfinns främst de ungdomar och klienter som har ett tillstånd som i första hand kräver utredning som involverar den psykiatriska specialistvårdens möjligheter att driva fördjupad differentialdiagnostik och med hjälp av hjärnabbildning och neurofysiologiska undersökningar utesluta somatiska sjukdomar. När tillståndet är klarlagt behöver möjligheten till behandling och uppföljning av specialister finnas tillgänglig även då den enskilde är inskriven på SiS-institution.

För ungdomar och klienter med samsjuklighet i flera olika tillstånd, och med ett komplext, intensivt och ibland oförutsägbart beteende, kan det vara mycket svårt att veta vad som orsakar klientens eller den unges problematik. Det blir då också mycket svårt att bedöma vilka insatser som kan främja individens hälsa och vilka som kan förvärra den.

Ett återkommande exempel från föreliggande kartläggning är de ungdomar och klienter som utöver våldsamhet eller funktionsnedsättning, uppvisar symtom på psykosjukdom eller bipolär sjukdom. I materialet, framför allt från ungdomsvården, finns flera exempel på hur socialt avvikande, våldsamt utagerande och/eller självskadande ungdomar med inslag av vanföreställningar och hallucinationer kan vårdas inom SiS i många månader innan de får hjälp inom den psykiatriska specialistvården. Ofta beror detta på att det är svårt att etablera fasta vårdkontakter inom psykiatrin för annat än akuta bedömningar, där den unge eller klienten oftast tas emot av olika läkare varje gång. Andra gånger kan det bero på att symtombilden tolkas fel och bemöts som bristande följsamhet, substanspåverkan eller annat. Journalgenomläsningen har visat exempel på att rätt diagnos och fungerande läkemedelsbehandling kan stabilisera beteendet avsevärt.

Ett annat exempel från kartlägningsarbetet handlar om ungdomar och klienter med ett mönster av intensivt självskadande och upprepade självmordsförsök. Ofta finns en blandad bild av psykiatriska tillstånd, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning och traumatisering med i bakgrunden. Att vårda självmordsnära och/eller självskadande personer skapar rädsla, osäkerhet och vanmakt hos behandlingspersonalen och det har visat sig att mönster av fasthållning, upprepade längre avskiljningar och att bemöta våld med våld för att förhindra självskada är återkommande. Att på detta vis vilja skydda en ungdom eller klient från att skada sig själv är begripligt, men samtidigt något som forskningen visat fördjupar problematiken hos individen och ökar vanmakten hos både den enskilde och hos personalen. SiS har riktlinjer och obligatoriska utbildningar för suicidprevention samt erbjuder utbildning i bemötande vid självskada³⁴ som ger verktyg för att bemöta och hantera självskadebeteende samt starkt betonar den unges och klientens medbestämmande. Myndighetsgemensamma rutiner för självskadebeteenden är under framtagande. Trots att det går att lindra och förhindra många svåra situationer genom rätt bemötande så kvarstår för SiS ett stort behov av att dela ansvaret för de här ungdomarnas och klienternas liv och hälsa med specialistkompetensen som finns inom barn- och vuxenpsykiatrin.

34 Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende – Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin, 2016.

Utöver ungdomarna och klienterna med svåra och komplexa tillstånd finns i kartläggningsresultaten andra specifika tillstånd som depression, tvångssyndrom, ätstörningar och personlighetsstörningar. Även för dessa grupper är tillgång till specialistvård under SiS-placeringen viktig. Att kunna upprätthålla kontakten med ordinarie vårdgivare och att snabbt kunna fångas upp efter utskrivning kan vara av avgörande betydelse för den enskildes möjligheter till god hälsa och utveckling.

Ur ett mottaglighetsperspektiv är det väsentliga att ungdomar och klienter med psykisk sjukdom utreds och sedan får den medicinska behandling och uppföljning som är nödvändig för tillståndet. De behöver också en vårdmiljö där den dagliga tillvaron är uppbyggd med hänsyn tagen till hälso- och sjukvårdsbehov och personal med rätt kompetens. Det har under 2019 och 2020 bedrivits ett utvecklingsarbete med att ta fram metoder, verktyg och kunskapshöjande insatser för behandlingspersonal för att arbeta med ungdomarnas och klienternas psykiska ohälsa. Sådana insatser är nödvändiga, men inte tillräckliga för att kunna bemöta och hantera de stora och komplexa psykiatriska behov som identifierats i journalgranskningen. Även här behöver ansvaret för de här ungdomarnas och klienternas hälsa delas med specialistkompetensen som finns inom barn- och vuxenpsykiatri.

Frågan om integrerad vård mellan SiS och psykiatri är under överinseende. Hur vården ska organiseras, hur den strukturellt kan se ut och vad den ska innehålla av insatser och personalkompetens behöver utredas vidare och genomföras i samarbete mellan SiS och specialistsjukvården.

Sammanfattning

Uppdraget att kartlägga ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov innehöll ett antal frågeställningar:

- *Vem bedömer att den unge eller klienten är särskilt vård- eller resurskrävande?*
- *På vilka grunder har ungdomen eller klienten bedömts som särskilt vård- eller resurskrävande?*
- *Hur många ungdomar och klienter bedöms som särskilt vård- eller resurskrävande?*
- *Vilka är vårdbehoven – hur ser en kategorisering eller gruppering av problembilderna ut, hos ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov?*
- *Vilka sÄrlösningar finns – går det att identifiera särskilda vårdinsatser som ges till vissa kategorier eller grupperingar av problembilder?*

Nedan sammanfattas resultaten för de olika frågeställningarna i ordningen processen för bedömning av ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov, antal ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov och till sist vårdbehovens karaktär och insatserna dessa genererar.

Processen för bedömning av ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov

Resultat:

I dag är följande tre aktörer involverade i de bedömningar som avgör om ungdomar och klienter anses ha särskilda behov och därför ska få tillgång till olika nivåer av resursförstärkning:

a) Placeringsenheten på huvudkontoret, b) institutionschefer och avdelningsföreståndare på institutionerna samt c) verksamhetsdirektören och utsedda handläggare på verksamhetskontoren. Bedömningarna grundas på en samlad bild av tillgänglig dokumentation och erfarenhetsbaserad kunskap om hur klienten eller ungdomen fungerar, eller har fungerat, i olika vårdmiljöer inom SiS. Kartläggningen har inte kunnat identifiera några enhetliga anvisningar, beslutsstöd eller verktyg för hur kunskapen om den enskilda ungdomen eller klienten ska bedömas avseende vård- och resursbehov. Dokumentationen i de beslut som fattas om vilka individer som får tillgång till särskilda resurser och varför, är i dag bristande. Det är enbart bedömningsprocessen för de individuella vårdavgiftsavtalen i kategori 3 som går att spåra i SiS system, men även i den processen saknas anvisningar för vårdbehovsbedömning samt dokumentation och informationsöverföring i individernas journaler.

Slutsatser:

Det är tydligt vem som har särskilda vård- och resursbehov, och varför:

Det finns i dag inga definitioner som gör tydlig åtskillnad på vilken art och grad ett visst tillstånd ska ha för att betraktas som särskilt svårt. Det är inte heller klarlagt vilken typ av beteenden som ska kunna klaras av på en "vanlig" SiS-plats, eller när ett beteende blir så svårt att det kräver en plats för "särskilda vårdbehov". Tillämpning av behovsstyrd vård förutsätter och kräver att behoven graderas, för att kunna prioritera vård till de individer som har de största behoven. I bedömningen av särskilda vård- och resursbehov inom SiS finns inga instruktioner om eller hjälpmedel för ett sådant arbete framtagna.

Gruppen ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov är inte uppföljningsbar:

Bristande dokumentation av bedömnings- och beslutsprocesser medför att gruppen ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov i dag inte är uppföljningsbar i SiS verksamhetssystem. God dokumentation är en förutsättning för den enskildes rätts- och patientsäkerhet och SiS förmåga att erbjuda trygg och säker vård samt följa upp och förbättra insatser.

Flera olika bedömare och beslutsfattare begränsar överblicken:

I dag fattas beslut om tilldelning av särskilda resurser av både placeringsenheten och av verksamhetsdirektören. För att skapa bättre förutsättningar för behovsbaserad vård- och resursstyrning behöver mandatet samlas hos en aktör, förslagsvis placeringsenheten.

Informationsöverföringen behöver förstärkas:

Institutioner som tar emot särskilt vård- och resurskrävande ungdomar och klienter får inte alltid tillgång till den nödvändiga information om den enskilde som finns tillgänglig i SiS olika verksamhetssystem. Detta kan påverka institutionens förmåga att initiera nödvändiga riskförebyggande åtgärder för att skydda den unge eller klienten och i att skapa en säker vårdmiljö för de medboende och en säker arbetsmiljö för personalen.

Antal ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov

Resultat:

Med utgångspunkt i den genomförda kartläggningen uppskattas att cirka 20 procent av ungdomarna och 16–19 procent av klienterna som årligen skrivs in på en SiS-institution kan ha särskilda vård- och resursbehov. I dag är 9 procent av platserna inom ungdomsvården och 8 procent av platserna inom missbruksvården, avsedda för individer med särskilda vård- och resursbehov. Eftersom gruppen i sin helhet inte är avgränsad

definitions­mässigt och inte uppföljningsbar i verksamhetssystemen, samt att kartläggningsperioden bara omfattar en tidsperiod om två år, är det möjligt att generaliserbarheten är begränsad. Uppskattningen av gruppens storlek ska därmed tolkas med viss försiktighet.

Slutsatser:

Behoven av platser för individer med särskilda vård- och resursbehov förefaller vara större än utbudet och platsantalet kan behöva utökas. Förutsättningarna för att följa upp ungdomar och klienter med särskilda vård- och resursbehov som vårdas inom SiS är i dag begränsade. För att bygga upp en stabil kunskap om gruppen avseende antal, vårdbehov och förändringar över tid behöver besluts- och dokumentationsprocesser som stödjer detta utvecklas.

Vårdbehovens karaktär och insatserna dessa genererar

Resultat:

Problembilden hos vård- och resurskrävande ungdomar och klienter kan kategoriseras:

Resultaten från kartläggningen stödjer en övergripande kategorisering av problembilder. Kategorierna som beskrivs nedan är både breda och delvis överlappande. En kategorisering på en så övergripande nivå kan aldrig helt fånga upp komplexiteten och mångfalden i den problematik ungdomar och klienter bär med sig in i vården. Tanken med kategorierna är i stället att fånga in ett möjligt sätt att påbörja en differentiering med utgångspunkt i vårdbehov.

Inom LVM-vården är givetvis det dominerande problemet för alla missbruket och dess konsekvenser. Inom LVM-vården är den fysiska hälsan generellt sämre än bland ungdomarna och en större andel av klienterna än av ungdomarna har somatiska tillstånd av en karaktär som kräver hälso- och sjukvårdsinsatser på daglig basis. Med de tilläggen kan följande kategorier preliminärt vara relevanta inom både ungdomsvård och missbruksvård:

A. Kriminalitet, socialt nedbrytande beteende, missbruk	B. Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	C. Psykisk sjukdom
Psykisk sjukdom	Psykisk sjukdom, personlighetssyndrom	Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning
Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	Socialt nedbrytande beteende, missbruk	Socialt nedbrytande beteende, missbruk
Trauma/PTSD	Trauma/PTSD	Trauma/PTSD

Kartläggningen har identifierat grupper vars vårdbehov i dag riskerar att inte kunna tillgodoses:

Vårdbehoven hos många av de klienter och ungdomar som ingått i kartläggningen är sammansatta och mycket individuella. Tillstånd och beteenden, så som vi redovisat dem, förekommer i olika kombinationer och är av olika svårighetsgrad hos olika individer. Resultaten från journalgranskningen ringar in några problembilder hos ungdomar och klienter för vilka det ter sig angeläget att förstärka eller utveckla insatserna. Dessa olika problembilder återfinns bland de övergripande kategorierna som listades ovan. Problembilderna, med undantag för missbruk, är att betrakta som relativt ovanliga inslag i SiS verksamhet generellt, men även i gruppen med särskilda vård- och resursbehov. Precis som i den övergripande kategoriindelningen kan subgrupperingarna nedan överlappa varandra. Individerna inom gruppen kan till exempel ha samma typ av problematik men det kan finnas olika bakomliggande tillstånd eller sammanhang som upprätthåller beteendeproblemen. Det som är gemensamt för subgrupperna nedan är att de fångar in ett eller flera specifika åtgärdsbehov. Subgrupperingarna utmärks av komplex, ihållande och svår problematik, eller specifika risker, och intrycket från journalgranskningsarbetet är att insatserna i dag är otillräckliga i förhållande till vårdbehoven.

Pojkar, ofta äldre, med kraftfullt utagerande beteende i kombination med funktionsnedsättning och/eller psykiatriska tillstånd. Kvinnor som vårdas enligt LVM och med en komplex samsjuklighetsproblematik i kombination med våldsamt utagerande.

I gruppen återfinns pojkar som "fastnar på", eller återkommande skickas tillbaka till förstärkta akutavdelningar som till exempel Klockbacka på Bärby och Backen på Fagared. Omplacering till behandlingsavdelning leder ofta till snabba behandlingssammanbrott. I gruppen finns också pojkar som med regelbundenhet skickas mellan de förstärkta akutavdelningarna. Dessa pojkar har tillstånd och/eller beteenden som belastar arbetsmiljö och/eller fysisk miljö i en sådan utsträckning att berörda institutioner i samråd med placeringschefen bedömt att institutionerna behöver hjälpas åt att hantera dem.

Liknande problem finns i dag inom LVM-vården, främst på kvinnosidan. Det är mycket svårt för institutionerna, att inom given ram för ekonomi och lokaler, skapa en trygg och säker vårdmiljö med utgångspunkt i vårdbehoven för dessa kvinnor. Gemensamt för gruppen är behovet av en vårdkontext med särskilt god förmåga att förebygga och hantera våld, och upprätthålla trygghet och säkerhet för såväl intagna som personal. Ett nära samarbete med habilitering, psykiatri och rättspsykiatri för att kunna häva akuta tillstånd samt utreda och behandla eventuella bakomliggande tillstånd är centralt.

Pojkar, flickor, kvinnor och män med betydande funktionsnedsättning inom autismspektret, intellektuell funktionsnedsättning och/eller begåvning i nedersta delen av normalfördelningen.

Funktionsvariationer inom autismspektrat är vanligt förekommande i SiS-populationen. Så även intellektuell funktionsnedsättning och olika grader av inlärningssvårigheter. Kartläggningen avspeglar svårigheter att, inom ramen för kategori 1-vård, anpassa kravnivån i vården för individer med omfattande funktionsnedsättningar inom autismspektrat och/eller intellektuell funktionsnivå, vilket kan leda till olika typer av utagerande och problem i samspel med andra. Gemensamt för gruppen är behovet av fler platser med hög grad av anpassning i såväl avdelningsmiljö som personalkompetens och behandlingsinnehåll.

Pojkar och flickor, kvinnor och män med psykotiska symtom, dissociativa symtom eller på andra sätt avvikande realitetsprövning

Episodiska brister i realitetsprövningen kan ingå i symtombilden vid till exempel trauma och missbruk. Vanföreställningar, hallucinationer och dissociativa tillstånd kan emellertid också vara symtom på allvarlig psykisk störning eller somatisk sjukdom som behöver behandlas. Det är angeläget att SiS har ett samarbete med specialistpsykiatri så att ungdomar och klienter med symtom av det här slaget snabbt blir bedömda och vid behov behandlade.

Flickor och kvinnor med omfattande självskadebeteende och kroniskt förhöjd självmordsrisk

Kartläggningsresultaten visar ingen tydlig eller enhetlig koppling mellan svårt självskadebeteende och bakomliggande sjukdomstillstånd. Självskadebeteende överlappar i hög utsträckning ovan beskrivna subgrupper eftersom förekomsten av till exempel komplex problematik, utagerande, omfattande funktionsnedsättning och inslag av dissociativa symtom är hög. Överlappningen är särskilt stor i gruppen LVM-kvinnor med komplex problematik och utagerande som nämns ovan. Att problematiken ändå behandlas under egen rubrik handlar om att mottagligheten för insatser i hög grad påverkas av ett aktivt självskadebeteende och att specifika insatser och förhållningssätt är nödvändiga.

Flickor och pojkar med missbruk eller riskbruk

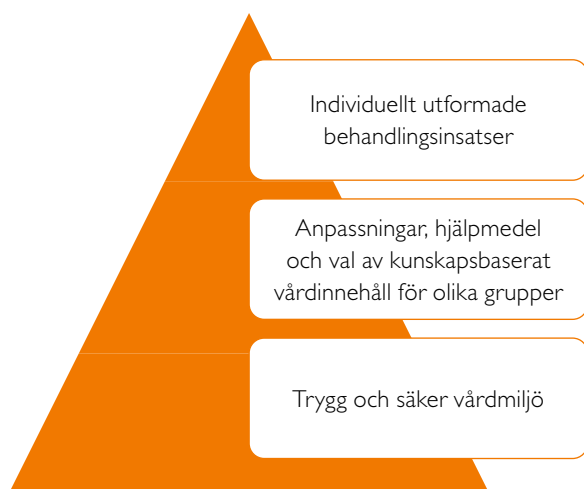
Kartläggningen visar att en stor del av de ungdomar som har problem på missbruksområdet inte får riktade insatser mot det i dag. Arbetet med substansmissbruk, drogsug och abstinens behöver utvecklas inom ungdomsvården.

De yngsta barnen, 12 år och yngre

Kartläggningsresultaten manar till eftertanke om de risker det kan innebära att placera mycket yngre och på flera vis sårbara barn tillsammans med äldre barn och ungdomar med en mer avancerad problembild. Att hitta lösningar som kan öka tryggheten i miljön och minimera smittoriskerna skulle kunna göra skillnad för barnen på både kort och lång sikt.

Insatser som identifierats i gruppen med särskilda vård- och resursbehov:

Det finns inga anvisningar för vilket vårdinnehåll de resursförstärkta platserna inom ungdomsvården och missbruksvården ska erbjuda. I kartläggningsarbetet har ett mål varit att via journalläsningen fånga vilka direkta och indirekta insatser ungdomen eller klienten tagit del av under vårdtiden, och på vilket sätt insatserna genomförts. Resultaten visar att det finns gott om utrymme att förstärka, utveckla och anpassa vårdinnehåll och insatser för gruppen med särskilda vård- och resursbehov. En gemensam nämnare för hela gruppen är att problembilderna på olika vis påverkar mottagligheten för behövliga behandlingsinsatser. Första steget blir då att, i den mån det är möjligt, öka mottagligheten. Resultaten avspeglar behov av insatser på olika nivåer:



Trygg och säker vårdmiljö:

En förutsättning för all vård och behandling är att institutionsmiljön är trygg och säker.

Det gäller såklart alla ungdomar och klienter som kommer till SiS, och inte bara de med särskilda vård- och resursbehov. Även personalens förmåga att ge god vård hänger samman med upplevelsen av trygghet och säkerhet i arbetsmiljön. Ett gemensamt drag för gruppen med särskilda vård- och resursbehov är våldsanvändande. För avdelningar som vårdar våldsbenägna individer behöver ett primärt fokus vara att så långt det är möjligt, systematiskt och noggrant, arbeta med att minska riskerna för att våld ska uppstå. Kartläggningen avspeglar ett stort behov av att förtydliga och förstärka arbetet med NPNL, BVC och trygghetsplaner. Substanspåverkan och abstinensstillstånd kan öka benägenheten för våld. Institutionernas drogförebyggande arbete behöver stärkas ytterligare, främst inom ungdomsvården, men även inom missbruksvården. Många ungdomar och klienter i kartläggningsgruppen har funktionsnedsättningar som medför att miljön på en standardavdelning blir svårnavigerad och stressfylld. Anpassningar av gruppstorlek, dämpning av ljud och möjlighet att dra sig undan är exempel på åtgärder som kan minska stress och därmed minska våldsrisk och öka mottaglighet för behandling.

Anpassningar, hjälpmedel och val av kunskapsbaserat vårdinnehåll för olika grupper:

En funktionsnedsättning går inte avhjälpa med behandlingsinsatser. Däremot kan mottagligheten för behandlingsinsatser öka om ungdomen eller klienten får tillgång till de hjälpmedel som står till buds. Kartläggningen visar att SiS årligen tar emot en grupp med ungdomar och klienter som omfattas av LSS, eller har funktionsnedsättningar i motsvarande omfattning. Arbete med tydliggörande pedagogik, hjälpmedel för att hålla reda på tid, dagliga rutiner och guidning i miljön kan här göra stor skillnad för den enskilde.

SiS har ett utbud av kunskapsbaserade behandlingsprogram vars innehåll i flera avseenden stämmer väl överens med de vanligaste insatsbehoven hos gruppen med särskilda vård- och resursbehov. ART, PULS, ACT, MI, DBT, ÅP och Stoppa-Bas är några exempel på program vars målbeteenden i hög utsträckning förekommer i kartlägningsgrupperna. Program som är utformade särskilt för ungdomar och klienter med funktionsnedsättning erbjuds i dag inte inom SiS. I vilken utsträckning det finns särskilda program eller anpassningar för funktionsnedsatta grupper med vårdbehov avseende missbruk, känsloreglering och våldsamt beteende att tillgå, kan vara ett område för vidare undersökning.

Individuellt utformade behandlingsinsatser:

Kartläggningsmaterialet ger goda exempel på hur individuella anpassningar lagt grund för genomförande av behandlingsprogram och deltagande i färdighetstränande aktiviteter. SiS erbjuder flera behandlingsprogram som kan vara relevanta för kartlägningsgrupperna, ofta genomförs de i grupp vilket för många kan försvåra deltagande. Huvuddelen av insatserna ges emellertid i miljöarbetet. Det var i kartläggningsarbetet mycket svårt att skapa en rättvisande bild av innehåll, frekvens och kvalitet i miljöarbetet runt enskilda ungdomar och klienter. Behandlingsplaner och övrig dokumentation i journalerna var inte tillräckligt specifika. Intrycket är att det från morgon till kväll pågår påverkansarbete ute på institutioner och avdelningar, och att det är en svår uppgift att ta individuella hänsyn i en kollektiv miljö. I vilken utsträckning miljöarbetet blir anpassat efter den enskildes behov, får därmed vara osagt.

Slutsatser:

För att veta vilken eller vilka insatser som är lämpliga för en avdelning eller för en enskild ungdom eller klient, måste först vårdbehoven identifieras och bedömas. Vårdbehoven kan bestämmas på gruppnivå, det vill säga vilka insatser är anpassade efter och verksamma för en viss målgrupp, och på individnivå, det vill säga vilka insatser behöver tillföras, och i vilken ordning för att just den här individen ska kunna dra nytta av dem. Kartläggningen speglar att det finns outnyttjade möjligheter att påverka ungdomars och klienters mottaglighet för SiS vårdinsatser genom att förstärka arbetet på såväl den grundläggande insatsnivån med lokaler och bemötande, som på innehållsnivå för gruppen och i det individuella arbetet. Kartläggningen visar också på komplexiteten i uppgiften att skapa en mer anpassad och differentierad vård. För många klienter och ungdomar med särskilda vård- och resursbehov är problembilden sammansatt på

ett sätt som inte enkelt låter sig sorteras i kategorier eller subgrupper. Kanske kan ett ökat fokus på att utreda mottaglighetsaspekter hos klienten eller den unge i sådana fall vara ett hjälpsamt sätt att prioritera i vilken ordning olika insatser kan prövas. För ett mycket litet antal ungdomar, men även enstaka klienter, per år är det sannolikt att problematiken är av en karaktär och komplexitet som kräver individuellt utformade insatser i ett eget sammanhang.

Avslutningsvis

Klienter och ungdomar med särskilda vård- och resursbehov har ofta varit föremål för många insatser från samhället, och ofta över lång tid. SiS är en aktör i en vårdkedja, där både socialtjänsten och psykiatrin ofta ingår, eller skulle behöva ingå. Kartläggningsresultaten visar med all önskvärd tydlighet det redan välkända behovet av ett tätare samarbete med psykiatri, habilitering och socialtjänst runt ungdomar och klienter med de mest komplexa vårdbehoven. Att aktivt försöka stödja utvecklandet av integrerade vårdformer och på sikt skapa en ökad tillgång till specialiserad vård för de klienter och ungdomar som är i behov av sådan, är ett viktigt bidrag till vårdutveckling för gruppen.

Referenser

Referenser (i fotnotsordning)

- 1 och 3. Riktlinjer vid bedömning av särskilda resursbehov för ungdomar vid SiS särskilda ungdomshem, dnr 1.4.2-304-2016, Statens institutionsstyrelse (2016)
5. Verksamhetsbeskrivning avdelning Trollebo, Åsebrandt Maria, institutionschef för SiS ungdomshem Långanäs, ej diarieförd, Statens institutionsstyrelse (2017)
6. Verksamhetsbeskrivning för avdelning Kullen, dnr 2.2-4288-2018, Statens institutionsstyrelse (2018)
7. Beslut om handlägningsordning, samt handlägningsordning för ungdomsvården om ansökan om rätt att ingå avtal om förhöjd vårdavgift, dnr 3.1-836-2019, Statens institutionsstyrelse (2019)
9. SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
9. SFS 2001:453 Socialtjänstlagen (SoL)
- 10 och 11. Metod för behovsbedömning, artikelnr 2006-124-9, Socialstyrelsen (2006)
12. Myndighetsöversyn av Statens institutionsstyrelse, 2020:7, Statskontoret (2020)
15. SiS Verksamhetsplan 2020, Statens institutionsstyrelse (2020)
16. Rutin för SiS utredning LVM, dnr 1.4.2 -1031- 2018, Statens institutionsstyrelse (2018)
17. Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade vårdbehov, 2019-2-12, Socialstyrelsen (2019)
19. Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik, 2019-11-6481, Socialstyrelsen (2019)
20. SiS Arbetsmiljöhandbok, tillgänglig på SiS intranät
21. Metodinventering 2017, dnr. 1.1.3-2578-2020, Statens institutionsstyrelse (2020),

24. Instruktion för överlämning mellan arbetspass, dnr 14-741-2011 Statens institutionsstyrelse (2011)
25. Instruktörsguide NPNL, ej diarieförd, tillgänglig på SiS intranät, Statens institutionsstyrelse (2020)
26. Anvisning för sammanbrottsanalys, ej diarieförd, tillgänglig på SiS intranät
27. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende, HSLF-FS 2016:55
28. Genomlysning av arbetet på avdelning Kullen under 2019, dnr 1.1.3-2463-2020, Statens institutionsstyrelse (2020)
30. SiS Vårdmiljö – en guide för miljöutveckling, Lindahl Göran, Park Sofia, Institutionsvård i fokus 2017:9, Statens institutionsstyrelse (2017)
31. Bostad med särskild service för barn och unga enligt LSS, sosfs 2012:6, Socialstyrelsen (2012)
32. Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, sosfs 2002:9, Socialstyrelsen (2002)
33. SFS 1993:387 Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)
34. Rekommendationer för insatser vid självskadebeteende – Nationellt kvalitetsdokument för psykiatrin. Nationella självskadeprojektet (2016) hämtat på www.nationellasjlvskadeprojektet.se

Bilaga I

Beslut om uppdrag avseende en kartläggning av särskilt vårdkrävande ungdomar och klienter och en utredning av beslutsprocessen för bedömning m.m.



2019-06-26
Dnr 1.1.4-2837-2019

Margareta Wihlborg
Rådgivare
GD-Kansli
0104534075
margareta.wihlborg@stat-inst.se

Beslut om uppdrag avseende en kartläggning av särskilt vårdkrävande ungdomar och klienter och en utredning av beslutsprocessen för bedömning mm

SIS behöver förbättra kunskapen om de ungdomar och klienter som bedöms som särskilt vård- eller resurskrävande, om deras vårdbehov och behov av särskilda lösningar. Kunskap behövs också om hur många ungdomar respektive klienter det rör sig om som kan behöva olika former av sår lösningar och om hur vården organiserats utifrån vårdbehoven.

SIS har två specialavdelningar för ungdomar med särskilda behov inom ungdomsvården. Utöver det placeras ungdomar som bedöms som särskilt vårdkrävande på särskilda avdelningar eller på så kallade "kategoriplatser" där det finns utökade personalresurser.

För missbruksvårdens del placeras särskilt vårdkrävande klienter på särskilda institutioner, tre för män och två för kvinnor. Det handlar oftast om klienter som bedömts som våldsbenägna.

Riktlinjerna och beslutsprocessen för bedömning av vilka ungdomar/klienter som bedöms som särskilt vårdkrävande och placeras på särskilda platser behöver också ses över. Placeringsenhetens har vissa kriterier som man tar hänsyn till vid placering inom LVM-vården och som ska ge vägledning till vilken institution som är mest lämplig. Kriterierna är företrädesvis relaterade till utagerande beteende. Motsvarande saknas för

¹ Särskilt vårdkrävande och särskilt resurskrävande används synonymt med ungdomar/klienter med särskilda vårdbehov.

Statens institutionsstyrelse

Besök Lindhagensgatan 125 Telefon E-post registrator@stat-inst.se Org-nr 202100-4508
Adress Box 30224 Fax 010-453 40 50 Internet www.stat-inst.se

ungdomsvården. Placeringsenheten gör också en riskinventering utifrån ett arbetsmiljöperspektiv i samband med alla placeringar.

Det finns inte någon spårbarhet i antalet ungdomar/klienter som bedömts som särskilt vård- och eller resurskrävande som vårdas hos SiS. Vi vet inte heller vilka merkostnader som är knutna till dessa ungdomar. Sådan kunskap behövs om SiS ska differentiera vårdavgifterna.

Frågeställningar

- Antal ungdomar/klienter som bedöms som särskilt vård- eller resurskrävande.
- På vilka grunder ha de bedömts som särskilt vårdkrävande?
- Går det att göra en kategorisering eller gruppering av problembilder?
- Går det att identifiera särskilda vårdbehov?
- Vilka särlösningar finns - går det att identifiera särskilda vårdinsatser som ges till olika "grupper".
- Vem har bedömt att klienten/den unge som särskilt vårdkrävande.

Uppdraget

Avgränsningar och ramar

Uppdraget fokusera på ungdomar och klienter som bedömts som vårdkrävande; exempelvis med funktionshinder, stora omsorgsbehov, våldsbenägna eller i övrigt komplex problematik som kräver särlösningar. Uppdraget avser både ungdomsvården och LVM-vården.

Syfte

Syftet är kartlägga omfattningen av ungdomar respektive klienter som identifieras som särskilt vårdkrävande samt definiera särskilda resursbehov och vårdinnehåll för denna målgrupp. På sikt ska kartläggningen ge underlag för utveckling av vårdinnehållet. Syftet är också att få underlag för en eventuell differentiering av vårdavgifterna.

Syftet med uppdraget är även att få ett underlag för en revidering av nuvarande riktlinjer och beslutsprocessen för handläggning/bedömningen av vårdinnehåll för klienter/ungdomar med särskilda vårdbehov.

Mål

Att få en bild av hur många klienter/ungdomar som bedömts som särskilt vårdkrävande och deras behov av särskilda insatser.

Uppdragsägare

Chefen för utvecklingsavdelningen.

Kompetenser och kommunikation

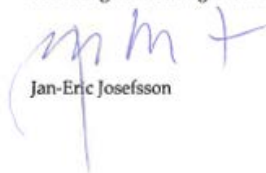
Under uppdragets gång ska utredaren samråda ske med planeringsenheten, placeringsenheten, juridiska avdelningen samt med verksamhetskontoren.

Tid

Uppdragets ska redovisas senast den 15 april 2020.

Beslut

Beslut i detta ärende har fattats av tf generaldirektören Jan-Eric Josefsson. I handläggningen har utvecklingsdirektören Annika Eriksson deltagit. Föredragande har varit rådgivaren Margareta Wihlborg.



Jan-Eric Josefsson



Margareta Wihlborg

Bilaga 2

Informationskällor som använts för Beräkning av antalet ungdomar och klienter som bedöms vara särskilt vårdkrävande

Arbetsordning

För att kunna uppskatta hur många ungdomar och klienter som hade särskilda vård- och resursbehov under 2018 respektive 2019 bearbetades inhämtad information i följande steg:

1. Informationen strukturerades per år, 2018 och 2019. I några av sammanställningarna från ungdomsvården saknades angivelser om vilket år en viss ungdom vårdats, i dessa fall fördelades ungdomarna jämt mellan 2018 och 2019, uppdelningen är markerad med blått i tabellen nedan.
2. Ansökningarna för individuell avgift i kategori 3 omfattar åren 2017–2019. Dessa slogs samman och fördelades över 2018–2019. Gruppen är i sammanhanget liten till antalet, och flera av individerna återfinns i flera av underlagen för åren 2018 och 2019. I den mån det varit möjligt har individerna kopplats till det år de haft flest vårddygn inom SiS.
3. En klient har under åren 2017–2019 vårdats med avtal om individuell vårdavgift, i kategori 3. Denne fanns representerad i inskickat underlag och särredovisas inte i tabellen.
4. Av de 27 klienter som avskilts 3 gånger eller mer under 2018 och 2019, återfanns samtliga i de sammanställningar som institutionerna och placeringsenheten tillhandahöll.
5. Av de 47 klienter i myndigheten som vårdats i enskildhet sammanlagt 20 dagar eller mer under 2018 och 2019, och därmed ansågs vara särskilt vård- och resurskrävande, hade alla utom två män vårdats på kategoriplats och fanns med i underlagen. Dessa två som inte fanns med i underlagen räknades in i gruppen klienter med särskilda vård- och resursbehov.
6. Flickor, pojkar, kvinnor och män summerades per år.
7. Dubletter inom respektive år sorterades bort för att få fram antal unika individer som vårdats per år. Många ungdomar och klienter ingår i flera av informationsunderlagen och kan därför ha räknats flera gånger. Trots att detta har kontrollerats för i så stor utsträckning som möjligt ska ändå antalen som återges nedan tolkas försiktigt.
8. Antalet unika flickor, pojkar, kvinnor och män som återstod efter utsortering av dubletter antas kunna avspegla det ungefärliga antalet vård- och resurskrävande individer för åren 2018 respektive 2019.

TABELL 1. SAMMANSTÄLLNING AV INFORMATIONUNDERLAGEN FÖR MISSBRUKSVÅRDEN

	Kvinnor, antal		Män, antal	
	2018	2019	2018	2019
Runnagården	34	32		
Lunden	25	18		
Gudhemsgården			45	46
Hessleby			54	48
Hornö			45	44
Totalt	59	50	144	140*
Totalt unika individer	50	47	121	114*

* Inkluderar de enda 2 klienter med höga avskiljnings- och VIE-tal som inte fanns placerade på förstärkt plats

TABELL 2. SAMMANSTÄLLNING AV INFORMATIONUNDERLAGEN FÖR UNGDOMSVÅRDEN

	Flickor, antal			Pojkar, antal		
	2018	2019	2018/2019*	2018	2019	2018/2019*
Ljungaskog	9	9				
Långanäs	**	**				
Rebecka	9	13				
Björkbacken	9	9	18			
Margretelund	11	11	22			
Råby	**	4	7	6	5	11
Fagared Backen				30	30	60
Fagared Fyren				16	20	
Nereby Trappan				5	**	9
Sundbo Aspen				25	7	
Bärby Klockbacka				35	36	71
Ungdomar < 12år	6	5		10	10	
Trollebo	**	6		5	5	
Kullen		6				
Ansökan om kat 3	7	6	13	**	**	8
Avskiljning	17	25		7	13	
Vård i enskildhet	19	24		25	35	
Totalt	115	138		189	191	
Totalt unika individer	87	85		147	134	

* I några av sammanställningarna från ungdomsvården saknades angivelser om vilket år en viss ungdom vårdats, i dessa fall fördelades ungdomarna jämt mellan 2018 och 2019.

** Med hänsyn taget till statistiksekretess, redovisas inte individer i kategorier med färre än fem individer. Inte heller årtal redovisas därför i detta fall.

TABELL 3. ANTAL UNGDOMAR OCH KLIENTER SOM UPPSKATTAS HA SÄRSKILDA VÅRD- OCH RESURS-BEHOV FÖR ÅREN 2018 OCH 2019

	Ungdomar, antal			Klienter, antal		
	Flickor	Pojkar	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
2018	87	147	234	50	121	171
2019	85	134	219	47	114	161

Andel klienter och ungdomar som uppskattas ha särskilda vård- och resursbehov i relation till andel platser för särskilda vård- och resursbehov

I myndighetens verksamhetsplan för 2019 planerades det för 391 platser inom LVM-vården, 124 för kvinnor och 267 för män. Av dessa platser var 32 resursförstärkta, 20 för män och 12 för kvinnor. Den genomsnittliga vårdtiden inom LVM-vården är cirka fem månader för både kvinnor och män.

En överslagsberäkning ger att de resursförstärkta platserna, givet inrapporterade data, varit otillräckliga, då 114 män delat på 20 platser (ca 6 individer per plats/år) medan 47 kvinnor delat på 12 platser (ca 4 individer per plats/år). Samma beräkning för det totala antalet intagna klienter jämfört med antal platser ger en belastning på 2,4 individer med särskilda resursbehov per sådan plats/år. Under 2018 såg belastningen ungefär likadan ut på manssidan, medan det för kvinnor fanns nio förstärkta platser till 50 kvinnor med särskilda resursbehov (5,5 individer per plats/år). Inför budgetåret 2019 tillfördes tre resursförstärkta platser för kvinnor.

Givet de definitioner om upprepat utagerande våldsamt beteende, som LVM-institutionerna utgår ifrån i dag när de bedömer att en klient har särskilda vårdbehov³⁵, och det antal klienter som institutionerna rapporterat in för åren 2018 och 2019, så har cirka 16–19 procent av det totala antalet klienter särskilda vård- och resursbehov. I dag är 8 procent, det vill säga 32 av LVM-vårdens 391 platser, avsedda för klienter med särskilda vårdbehov.

Ungdomarna med särskilda vård- och resursbehov vårdas inom olika SiS-tjänster, och vårdtiden kan variera mellan ett par veckor och upp till över 1 000 vård dygn. Att, som ovan för LVM, enkelt överslagsberäkna huruvida ett visst antal platser är tillräckligt många eller inte, är därför inte möjligt.

Givet de definitioner om allvarligt utagerande eller självdestruktivt beteende och/eller beteende som helt eller delvis förhindrar vård med andra, som ungdomsvården utgår ifrån i dag när de bedömer att en ungdom har särskilda vård- och resursbehov, och det antal ungdomar som under 2018 och 2019 vårdades på resursförstärkta avdelningar och specialavdelningar, vårdades sammanlagt 90 dagar eller mer i enskildhet, avskilts 7 eller gånger eller mer, så uppskattades att något mer än 200 ungdomar per år var i behov av resursförstärkt vård i någon av kategorierna 1, 2 eller 3. För 2018 uppskattades att 234 ungdomar, cirka 21 procent, av årets samtliga 1 107³⁶ ungdomar, hade särskilda vård- och resursbehov. För 2019 återfanns särskilda vård- och resursbehov bland

35 Mejlkommunikation med placeringsenhetens chef Elisabeth Olsson.

36 Anger intagna enligt LVU och LSU 2018, SiS i korthet 2018.

219 av de 1 152 placerade ungdomarna, det vill säga cirka 19 procent. Bland pojkarna var andelen med särskilda vård- och resursbehov cirka 19 procent år 2018 och cirka 17 procent år 2019. Bland flickorna uppskattades andelen med särskilda vårdbehov till cirka 25 procent år 2018 och cirka 23 procent år 2019.

Ungdomsvården har i dag 743 platser 68 LSU-platser och 675 LVU-platser. Cirka 9 procent av platserna, 65 stycken, är resursförstärkta.³⁷

37 SiS VP 2020.

Bilaga 3

Anvisning journalgranskning LVU

Granskas: KIA, KIA-DOK, TakeCare. De olika journalerna granskas parallellt.

Placeringar som pågått under 18/19. Långa placeringar kan ha påbörjats avsevärt tidigare men granskas då i sin helhet (fram till 2019-12-31). Om det finns flera placeringar, under 18/19 granskas alla. Separata rader upprättas för varje vårdtillfälle. Information från ungdomens journaler förs in i ett för ändamålet framtaget Excelblad enligt följande:

Kolumn i Exc-blad	Rubrik	Anvisning
Klientinformation		
A	id	För in ungdomens personnr. När datainsamlingen för gruppen är komplett avidentifieras raderna gm att löpnr ersätter pnr
B	kön	Biologiskt kön, flicka eller pojke fylls i med löptext
C	ålder	Ålder vid beslut om intag vid indexvårdtillfället
D	Antal SiS-placeringar	Hämtas ur KIA, Akt, Ärende. Om det finns flera ärenden bör dessa kontrolleras i klientdiariet. Inte säkert att alla utmytnat i placering
E	Ensamkommande	1=ja 0=nej
F	Intagningsdatum	Hämtas ur KIA, klientdiarium, format: 2018-01-01
G	Utskrivningsdatum	Hämtas ur KIA, klientdiarium, format: 2018-01-02. Om pågående, skriv in datum senaste journalanteckning i KIA dok
H	Vårdperiod dagar	Beräknas automatiskt
I	Institution	Hämtas ur KIA, anges i fritext Om flera institutioner ange alla, om möjligt markera med fetstil den institution där den unge vistats mest
J	SiS-tjänst	Hämtas ur KIA, spåras via avdelning (avdelningarnas uppdrag syns i VP)
K	Inklusion	Den unge har placerats i en av följande urvalsgrupper, information inhämtas från Projektledaren: 1= kategori 3 2= Kategori 2 3=avskiljning 4=VIE 5=placeringen 6=barn
L	Pågående ärende vid granskning	1=pågående Om avslutat, lämna cellen tom

Placeringsinformation		
M	Beskrivning av särskilda vårdbehov EPA	<p>Hämtas ur EPA</p> <p>0=inga uppgifter</p> <p>1=våldsam</p> <p>2=självskada/suicid</p> <p>3=hotfull, fantasier om att döda</p> <p>4=psykisk ohälsa</p> <p>5=funktionsnedsättning</p> <p>6=sexuell förövarproblematik</p> <p>7=sexuell övergreppsproblematik</p> <p>8=utsatt för vanvård</p> <p>9=somatisk sjukdom/blodsmitta</p> <p>10=kriminalitet</p> <p>11=avvikningsbenägen</p> <p>Flera uppgifter kan förekomma. Ange då alla med kommatecken emellan. Om ytterligare områden framkommer kan granskaren lägga till en siffra med beskrivning i kommentaren i Excelbladet och meddela projektledaren.</p>
N	Beskrivning av SVB Placerings riskinventering inför placering	<p>Hämtas ur placeringens riskbedömning i klientdiariet</p> <p>0=inga uppgifter</p> <p>1=våldsam</p> <p>2=självskada/suicid</p> <p>3=hotfull, fantasier om att döda</p> <p>4=psykisk ohälsa</p> <p>5=funktionsnedsättning</p> <p>6=sexuell förövarproblematik</p> <p>7=sexuell övergreppsproblematik</p> <p>8=utsatt för vanvård</p> <p>9=somatisk sjukdom/blodsmitta</p> <p>10=kriminalitet</p> <p>Flera uppgifter kan förekomma. Ange då alla med kommatecken emellan. Om ytterligare områden framkommer kan granskaren lägga till en siffra med beskrivning i kommentaren i Excelbladet och meddela projektledaren.</p>
O	Drogbruk/missbruk	<p>EPA, BBIC, Placerings riskinventering</p> <p>Finns uppgifter om att den unge använder droger?</p> <p>0=nej</p> <p>1=ja, har testat och rör sig i riskmiljöer</p> <p>2= har ett återkommande drogbruk</p>
P	Antal BVC	<p>Hämtas ur KIA dok, Sök Dokument, skriv in BVC.</p> <p>Antal träffar står i sökbilden. Registrera antal journalförda BVC-skattningar (Bröset Violence checklist)</p> <p>Ange med siffra. 0= inga registrerade bedömningar</p>

Q	Finns plan för riskhantering Variabel vi prövar oss fram i tills vidare	När BVC indikerar förhöjd risk – går det att i dokumentationen se om det gjorts aktiva och anpassade försök att hantera/minska risk för våld? Variabel "under utveckling". Håll under journalgenomläsningarna ögonen öppna för olika sätt att hantera/minska risk. I fall där ni får en uppfattning (t ex att det finns aktivriskhantering, att det inte finns riskhantering, att man snarast ökar risken) gör en anteckning i fritext.
R	Suicidbedömning vid intag	Hämtas ur KIA, klientdiarium. Är suicidskattning genomförd i vårdens inledningskede? 0=nej 1=ja 2= Finns minst en bedömning, dock ej vid varje avdelningsbyte
S	Utfall suicidbedömning	Hämtas ur KIA och/eller TC 0= ej förhöjd risk 1=förhöjd risk
T	Om ja, åtgärd	Hämtas ur KIA och/eller TC 0=ingen åtgärd 1=tillsyn 2=bedömning av psykolog eller annan leg pers Om annat – skriv in i fritext
U	Finns en upprättad trygghetsplan?	Hämtas ur KIA 0=nej 1=ja
V	Avspeglas ett aktivt arbete med trygghetsplanen?	Hämtas ur KIA 0= bara en trygghetsplan 1=har använts, t ex hänvisas det till den i journaltext men den är ej uppdaterad 2= uppdateras efter incidenter, används som tänkt
Hälsa		
W	Finns somatisk sjukdom eller funktionsnedsättning som kräver insatser eller anpassningar	Hämtas ur KIA/TC Sjukdom eller funktionsnedsättning som kräver insatser eller anpassningar 0=nej 1=ja Omsorgskräv, lägg till kort text ex döv, korsakoff, förvärvad hjärnskada 2= ja, kopplat till utagerande, t ex hiv+ som hotar att smitta, diabetiker matvägrar/äter fel. Om 2 så lägg till kort fritext t ex: "2. Hiv-smitta, hotar med att spotta, sticka med kanyl etc"

Psykisk hälsa		
X	Fastställd psykiatrisk diagnos	Hämtas ut TC, av leg. personal fastställd ICD-diagnos 0=ingen 1=ångest, olika grad 2=OCD 3=ätstörning 4=depression 5=Bipolär sjd 6=psykos/vanförest 7=Trotssyndrom/uppförandestörning 8=annat, lägg till i fritext
Y	Beskriven psykiatrisk diagnos	Hämtas ut KIA eller TC. Det finns en eller flera beskrivningar i dokumentationen som anger att individen har en given diagnos Använd samma kodning som i kolumn X
Z	Misstänkt psykiatrisk diagnos	Hämtas ur KIA/TC. Dokumentationen beskriver beteenden/symtom som medför misstanke om diagnos Använd samma kodning som i kolumn T
AA	Fastställd NP funktionsnedsättning	Hämtas ut TC, av leg. personal fastställd ICD-diagnos 0=nej 1=ADHD 2=ADD 3=Aut spektr 4= utvecklingsstörn/intellektuell funktionsnedsättning 5=Tourette 6= annat, beskriv i löptext
AB	Beskriven NP funktionsnedsättning	Hämtas ut KIA eller TC. Det finns en eller flera beskrivningar i dokumentationen som anger att individen har en given funktionsnedsättning Använd samma kodning som i kolumn W
AC	Misstänkt NP funktionsnedsättning	Hämtas ur KIA/TC. Dokumentationen beskriver beteenden/symtom som medför misstanke om diagnos Använd samma kodning som i kolumn W
AD	Trauma, fastställd PTSD	Hämtas ut TC, av leg. personal fastställd ICD-diagnos 0=nej 1=ja
AE	Trauma beskriven PTSD	Hämtas ut KIA eller TC. Det finns en eller flera beskrivningar i dokumentationen som anger att individen har PTSD/trauma 0=nej, 1=ja
AF	Trauma, misstänkt PTSD	Hämtas ur KIA/TC. Dokumentationen beskriver beteenden/symtom som medför misstanke om PTSD/trauma 0=nej, 1=ja

Medicinering		
AG	läkemedelsmodul	Hämtas ur TC Ordinerade läkemedel under vårdtiden ur följande grupper. Indikationen hjälper till i sortering enl följande: 0=inga ordinationer 1= smärtstillande 2=Centralstimilantia och annan ADHD-medicin 3=Ångestlindrande/lugnande 4=benzo 5=Sömnmedicin 6=neuroleptika (psykos/vanförest) 7= Funktionsmed – t ex insulin, levaxin, blodförtunnande, migrän etc 8=annat
AH	Läkemedel journaltext	När medicinering beskrivs i löpande text. Använd samma inkodning som i kolumn AC
Språksvårigheter		
AI	Språksvårigheter	0=nej 1= lindriga svårigheter, skapar ej bekymmer 2=ja, leder till missförstånd, oklarheter kring om ungdom förstår information hen får 3= språk/kommunikationssvårigheter pga språkstörning/autism/ LUS el liknande.
Aj	Regelbunden användning av tolk	0=nej 1=enstaka tillfällen under vårdtid, t ex möten med soc, föräldrar etc 2=regelbundet, t ex för att informera den unge
Vårdkrävande beteendemönster eller tillstånd		
AK	Utagerande våld, skadegörelse	AG till AL är tänkt att ge en övergripande bild av den unges problematik och särskilda vårdbehov. Info hämtas ur KIA och TC
AL	Svårigheter i samspel med andra	I varje fält markeras 0=förekommer inte 1= Återkommande, men periodiskt eller kopplat till vissa typer av belastning. Kan ev förutses.
AM	självskada/suicidalitet	2= Genomgripande mönster, kräver daglig beredskap
AN	Omsorgsbehov pga sjukdom eller skada, funktionsneds Bristande hygien/ADL	Annat – beskriv i fritext
AO	Annat	Granskarens kommentar/bedömning: Också möjlighet att göra beskrivningar av tydliga mönster, anteckna oklarheter, avvikelser eller annat. T ex den unge fungerar väl på en inst/avd, men är våldsam på en annan, motstridiga uppgifter av annat slag.
AP	Granskarens kommentar/bedömning	

Allvarliga händelser		
AQ	Våld mot personal	I AM-AW sammanställs allvarliga händelser som den enskilde varit del av under vårdtiden Ange antal händelser av beskriven karaktär i cellen, samt vid behov klargöranden i fritext/ Händelsedatum kan anges vid behov av t ex samskattning I "annat" används fritext för att beskriva händelseyp. Om många, samråd med projektled för ev ny kategori Granskarens kommentar: Fritext vid behov
AR	Våld mot annan ungdom	
AS	Allvarlig självskada/suicidförsök	
AT	Anlägger eld	
AU	Omfattande skadegörelse	
AV	Avvikning/fritagning med våldsinslag	
AW	Sexuellt våld	
AX	Drogrelaterad händelse	
AY	Utsatts för våld/sexuellt våld under vårdtiden	
AZ	Annat	Fritext
BA	Granskarens kommentarer	Fritext
Behandlingsplan		
BB	Adresseras särskilda vårdbehov i bp? 2020-03-11 Ny approach BB och BC: Kolla behandlingsplaner OCH "Behandlingsteam" i KIA dok och se om det går att hitta med vilka strategier och med vilken systematik men försöker arbeta med ungdomens "problematiska" beteenden.	Hämtas ur KIA-Dok och TakeCare Med särskilda vårdbehov avses här de problematiska beteenden som ungdomen uppvisar på institutionen. Finns det punkter på behandlingsplanen som direktadresserar dessa? 0=nej 1=ja, till en del 2=ja, det finns en plan för hur dessa ska behandlas/bemötas Använd fritext om kategorierna inte funkar (gäller BB, BC)

Bilaga 4

Anvisning journalgranskning LVM

Granskas: KIA , KIA-DOK, TakeCare. De olika journalerna granskas parallellt.

Den placering som påbörjats under 2018/19. Om det finns flera sådana, kontakta projektledaren för kontroll av vilken placering som aktualiserat klienten för undersökningen. Enbart ett vårdtillfälle granskas. Information från klientens journaler förs in i ett för ändamålet framtaget Excelblad enligt följande:

Kolumn i Exc-blad	Rubrik	Anvisning
Klientinformation		
A	id	För in ungdomens personnr. När datainsamlingen för gruppen är komplett avidentifieras raderna gm att löpnr ersätter pnr
	ärendenummer	Det vårdtillfälle/n som granskas
B	id	För in klientens personnr. När datainsamlingen för gruppen är komplett avidentifieras raderna gm att löpnr ersätter pnr
	kön	Biologiskt kön, kvinna eller man fylls i med löptext
	ålder	Ålder vid beslut om intag vid indexvårdtillfället
	Antal SiS-placeringar	Hämtas ur KIA, Akt, Ärende. Om det finns flera ärenden bör dessa kontrolleras i klientdiariet. Inte säkert att alla utmytnat i placering
	Nyanländ	1=ja (har kommit till Sverige 2013 eller senare) 0=nej
	Intagningsdatum	Hämtas ur KIA, klientdiarium, format: 2018-01-01
	Utskrivningsdatum	Hämtas ur KIA, klientdiarium, format: 2018-01-02. Om pågående, skriv in datum senaste journalanteckning i KIA dok
	Vårdperiod dagar	Beräknas automatiskt
	Institution	Vid vilken/vilka Institutioner har klienten vårdats under vårdtillfället
	Pågående ärende vid granskning	1=pågående Om avslutat, lämna cellen tom

Placeringsinformation		
	Beskrivning av särskilda vårdbehov EPA	<p>Hämtas ur EPA</p> <p>0=inga uppgifter</p> <p>1=våldsam</p> <p>2=självskada/suicid</p> <p>3=hotfull</p> <p>4=psykisk ohälsa</p> <p>5=funktionsnedsättning</p> <p>6=sexuell förövarproblematik</p> <p>7=sexuell övergreppsproblematik</p> <p>8=kriminalitet</p> <p>9=somatisk sjukdom/blodsmitta</p> <p>10= avvikningsbenägen</p> <p>Flera uppgifter kan förekomma. Ange då alla med kommatecken emellan. Om ytterligare områden framkommer kan granskaren lägga till en siffra med beskrivning i kommentaren i Excelbladet och meddela projektledaren.</p>
	Beskrivning av missbruk i EPA (§13)	<p>Hämtas ur EPA (om det är en §13) annars ur socialtjänstens LVM utredning eller annan dokumentation (domar el likn)</p> <p>1= opiater</p> <p>2=amfetamin/kokain</p> <p>3=Alkohol</p> <p>4=Läkemedel</p> <p>5=nätdroger</p> <p>6=annat (kodas med siffra och text t ex "6 lösningsmedel")</p> <p>7= Injektionsmissbruk</p> <p>8=Cannabis</p>
	Beskrivning av särskilda vårdbehov i Placeringsriskinventering inför placering	<p>Hämtas ur placeringens riskbedömning i klientdiariet</p> <p>0=inga uppgifter</p> <p>1=våldsam</p> <p>2=självskada/suicid</p> <p>3=hotfull</p> <p>4=psykisk ohälsa</p> <p>5=funktionsnedsättning</p> <p>6=sexuell förövarproblematik</p> <p>7=sexuell övergreppsproblematik</p> <p>8=kriminalitet</p> <p>9=somatisk sjukdom/blodsmitta</p> <p>10= avvikningsbenägen</p> <p>Flera uppgifter kan förekomma. Ange då alla med kommatecken emellan. Om ytterligare områden framkommer kan granskaren lägga till en siffra med beskrivning i kommentaren i Excelbladet och meddela projektledaren</p>

	Antal BVC	Hämtas ur KIAdok, Sök Dokument, skriv in BVC. Antal träffar står i sökbilden. Registrera antal journalförda BVC-skattningar (Bröset Violence checklist) Ange med siffra. 0= inga registrerade bedömningar
	Tillämpas BVC korrekt?	Om många träffar i antal BVC. Läs igenom till du har en bild av hur riskhanteringen ser ut. Gör en bedömning av om riskhanteringsstrategier dokumenteras vid förhöjd risk, och om dessa är anpassade eller "standardformuleringar" som t ex "samtal på rummet" 0= ingen anpassad riskhantering 1= korrekt tillämpning med åtgärder anpassade efter risknivå
	Suicidbedömning vid intag	Hämtas ur KIA, klientdiarium. Är suicidskattning genomförd i vårdens inledningskede? 0=nej 1=ja 2= Finns minst en bedömning, dock ej vid varje avdelningsbyte
	Om risk, åtgärd?	Hämtas ur KIA och/eller TC 0=ingen åtgärd 1=tillsyn 2=bedömning av psykolog eller annan leg pers 3= annat om annat – skriv in i fritext
	Finns en upprättad trygghetsplan?	Hämtas ur KIA (klientdiarium) 0=nej 1=ja
	Avspeglas ett aktivt arbete med trygghetsplanen?	Hämtas ur KIA 0= bara en trygghetsplan 1=har använts, t ex hänvisas det till den i journaltext men den är ej uppdaterad 2= uppdateras efter incidenter, används som tänkt
Hälsa		
	Finns somatisk sjukdom eller funktionsnedsättning som kräver insatser eller anpassningar	Hämtas ur KIA/TC , kan finnas info i EPA också Sjukdom eller funktionsnedsättning som kräver insatser eller anpassningar 0=nej 1=ja Omsorgskräv, lägg till kort text ex döv, korsakoff, förvärvad hjärnskada 2= ja, kopplat till utagerande, t ex hiv+ som hotar att smitta, diabetiker matvägrar/äter fel. Om 2 så lägg till kort fritext t ex: "2. Hiv-smitta, hotar med att spotta, sticka med kanyl etc"

Psyisk hälsa		
	Fastställd psykiatrisk diagnos	Hämtas ut TC, av leg. personal fastställd ICD-diagnos 0=ingen 1=ångest, olika grad 2=OCD 3=ätstörning 4=depression 5=Bipolär sjd 6=psykos/vanförest 7=Personlighetsstörning cluster B (antisocial, emotionellt instabil, borderline etc) 8=Personlighetsstörning cluster C (dependent, osjälvständig)
	Beskriven psykiatrisk diagnos	Hämtas ut KIA eller TC. Det finns en eller flera beskrivningar i dokumentationen som anger att individen har en given diagnos Använd samma kodning som i kolumn T
	Fastställd NP funktionsnedsättning	Hämtas ut TC, av leg. personal fastställd ICD-diagnos 0=nej 1=ADHD 2=ADD 3=Aut spektr 4= utvecklingsstörn/intellektuell funktionsnedsättning 5=Tourette 6= annat, beskriv i löptext
	Beskriven NP funktionsnedsättning	Hämtas ut KIA eller TC. Det finns en eller flera beskrivningar i dokumentationen som anger att individen har en given funktionsnedsättning Använd samma kodning som i kolumn W
	Misstänkt NP funktionsnedsättning	Hämtas ur KIA/TC. Dokumentationen beskriver beteenden/symtom som medför misstanke om diagnos Använd samma kodning som i kolumn W
	Trauma, fastställd PTSD	Hämtas ut TC, av leg. personal fastställd ICD-diagnos 0=nej 1=ja
	Trauma beskriven PTSD	Hämtas ut KIA eller TC. Det finns en eller flera beskrivningar i dokumentationen som anger att individen har PTSD/trauma 0=nej, 1=ja
	Trauma, misstänkt PTSD	Hämtas ur KIA/TC. Dokumentationen beskriver beteenden/symtom som medför misstanke om PTSD/trauma 0=nej, 1=ja

Medicinering		
	läkemedelsmodul	Hämtas ur TC Ordinerade läkemedel under vårdtiden ur följande grupper. Indikationen hjälper till i sortering enl följande: 0=inga ordinationer 1= smärtstillande 2=Centralstimulantia och annan ADHD-medicin 3=Ångestlindrande/lugnande 4=benzo 5=Sömnmedicin 6=neuroleptika (psykos/vanförest) 7= Funktionsmed – t ex insulin, levaxin, blodförtunnande, migrän etc 8=nedtrappningsschema bensodiazepiner 9=LARO 10=annat
	LARO-behandling	Är eller har klienten varit aktuell för LARO 0=nej 1= Har haft LARO, ej aktuell för ny behandling 2=har haft LARO, ska återgå till det under/efter LVM 3=Planerad LARO 4=annat
	Läkemedel journaltext	När medicinering beskrivs i löpande text. Använd samma inkodning som i kolumn AC
Språksvårigheter		
	Språksvårigheter	0=nej 1= lindriga svårigheter, skapar ej bekymmer 2=ja, leder till missförstånd, oklarheter kring om ungdom förstår information hen får 3=språk/kommunikationssvårigheter pga språkstörning/autism/ LUS el likn
	Regelbunden användning av tolk	0=nej 1=enstaka tillfällen under vårdtid, t ex möten med soc, anhöriga etc 2=regelbundet, t ex för att informera klienten
Vårdkrävande beteendemönster eller tillstånd		
	Utagerande våld, skadegörelse	AG till AL är tänkt att ge en övergripande bild av klientens problematik och särskilda vårdbehov. Info hämtas ur KIA och TC
	Svårigheter i samspel med andra	I varje fält markeras 0=förekommer inte
	självskada/suicidalitet	1= Återkommande, men periodiskt eller kopplat till vissa typer av belastning. Kan ev förutses.
	Omsorgsbehov pga sjukdom eller skada, funktionsneds	2= Genomgripande mönster, kräver daglig beredskap
	Annat	Annat – beskriv i fritext

	Granskarens kommentar/ bedömning	Granskarens kommentar/bedömning: Också möjlighet att göra beskrivningar av tydliga mönster, anteckna oklarheter, avvikelser eller annat. T ex att klienten fungerar väl på en inst/avd, men är våldsam på en annan, motstridiga uppgifter av annat slag.
Behandlingsplan		
	Adresseras särskilda vård- behov i behandlingsplan	Hämtas ur KIA Dok och TakeCare Med särskilda vårdbehov avses här de problema- tiska beteenden som klienten uppvisar på institu- tionen. Finns det punkter på behandlingsplanen som direktadresserar dessa? 0=nej 1=ja, till en del 2=ja, det finns en plan för hur dessa ska behandlas/ bemötas
	Beskriv aktiviteterna som möter vårdbehoven i bp	Vilka aktiviteter/insatser har satts in för att motverka 0=inga 1=avledande aktiviteter (t ex bilturer, godnatts- gor, bakning) 2=strukturerade behandlingsinsatser som t ex program(12-steg, ACT), psykologbehandling, läkemedel 3= insatser i miljön (social träning, kp samtal, miljöterapi etc)
SIP		
	Finns SIP-plan?	Hämtas ur KIA klientdiarium, KIA-journal eller TC 0=nej 1=ja
Särskilda befogenheter		
	VIE antal perioder	KIA klientdiarium, eller QV Hur många sammanhållna VIE-perioder har klienten
	VIE antal dagar	KIA klientdiarium eller QV Hur många VIE-dagar sammanlagt under vårdti- den
	VIE vårdbehov	Hämtas ur beslutstexten i KIA för beslut och omprövningar: 1=utagerande, hot, våld 2= utsatt, skyddas från andra 3= utsätter andra NP =läggs till om tydlig koppling till behov av anpassad vårdmiljö pga AS el US/ IFN
	Avskiljning antal	KIA klientdiarium, antal avskiljningar

	Avskiljning våldstyp	Hämtas ur beslutstext i KIA eller incidentbeskrivning i KIA dok 1=kastar föremål 2=skadegörelse inredn 3=självskada 4=Våld mot personal 5=våld mot annan klient 6=beväpnad 7=drogrelaterat/påverkan 8=annat + fritext
Andra åtgärder och insatser		
	Antal omplaceringar	KIA – klientdiarium, ange antal omplaceringar samt anledning till dessa i fritext
	Utredningar	Avser utredningar genomförda på institution, ange siffror med komma emellan om flera: 0=ingen 1=LS/CMI 2=psykologutredning/testning 3= Missbruksutredning 4=Annat (fritext)
	Psykologsamtal	Hämtas ur TC Återkommande stöd/behandlande samtal med psykolog (ej utredning). Ange antal samtal 0=inga samtal
	Läkarkontakter	Hämtas ur TC. Antal samtal/bedömningar med institutionens läkare under vårdtiden. 0=inga samtal
	Fungerande öppenvårdskontakt psykiatri	Hämtas ur KIA/TC 0=nej 1=ja
	ACT	BK-BP behandlingsmetoder. Ange antal genomförda sessioner för varje metod. Vag gäll
	ÅP	
	I2-steg	
	MI-samtal (MET) ej vanliga samtal i MI-anda	0=inga behandlingstillfällen
	Hjälpmedel NPF	Fritext, t ex tyngdtäcke, timstock, bildstöd
	Akut bedömning psykiatri (extern)	Hämtas ur KIA/TC Antal ggr klienten akutbedömts inom psykiatrin. 0=ingen gång
	Om ja – utfall	0=ingen åtgärd 1=akut medicinering/översyn medicin 2=inlagd/LPT
	Polis tillkallad	Hämtas ur KIA. Polis tillkallas för att hantera klienten. Antal gånger anges.
	Polisanmälan upprättad	Hämtas ur KIA. Antal upprättade polisanmälningar uppges.

Sociala nätverk		
	Kamrater och jämnåriga	0=inte känt 1=finns relationer med välfungerande, etablerade vänner 2= Huvudsakligen andra missbrukare/antisociala kontakter
	Antisocial identitet	1= Känner stark tillhörighet till sin antisociala krets, vill vara kriminell, fortsätta droga, glorifierar sin livsstil 0= okänt eller nej
	Familjrelationer	0= inga stabila relationer till ursprungsfamilj/egna barn 1=goda relationer till någon/några anhöriga
	Professionellt nätverk	0= inga "viktiga andra" vuxna 1=en eller flera viktiga andra
Vårdbehov		
	Beskrivna vårdbehov, utöver att förhindra fortsatt missbruk, i de utredningar som gjorts/dokumentation från socialtjänsten	Samlad bild från de utredningar/vårdsammanfattningar som finns tillgängliga i journalerna. Vårdbehov som avses är t ex utredningsinsatser, hjälpmedel, specifik missbruksbehandling eller annan specifikbehandling, miljöanpassningar (t ex liten avdelning, hög kontinuitet etc) Skapa en punktlista, så får vi eventuellt skapa kategorier efter hand
Granskarens kommentarer		
	Sammanfattande eller specifika kommentarer från granskaren	Fritext

Bilaga 5

Skolnärvaro

Alla SiS Ungdomar													
Mått	Läsår	Grundskola			Gymnasieskola			Grundsärskola			Gymnasiesärskola		
		Totalt	Flicka	Pojke	Totalt	Flicka	Pojke	Totalt	Flicka	Pojke	Totalt	Flicka	Pojke
Undervisning/ vecka i timmar	2017/ 2018	18	17	18	12	13	12	13	18	11	9	13	7
	2018/ 2019	19	18	20	13	12	14	14	17	12	12	9	13

Deltagande i undervisning i %	2017/ 2018	79	81	78	93	92	93	100	100	100	100	100	100
	2018/ 2019	91	90	92	92	89	94	100	100	100	93	100	90


Ogiltig frånvaro i %	2017/ 2018	13	19	9	12	20	9	15	34	2	13	16	9
	2018/ 2019	11	19	7	15	22	13	12	9	14	7	19	3

Ungdomar med särskilda vård- och resursbehov													
Mått	Läsår	Grundskola			Gymnasieskola			Grundsärskola			Gymnasiesärskola		
		Totalt	Flicka	Pojke	Totalt	Flicka	Pojke	Totalt	Flicka	Pojke	Totalt	Flicka	Pojke
Undervisning/ vecka i timmar	2017/ 2018	14	15	14	11	13	10	13	18	9	9	14	6
	2018/ 2019	18	17	19	10	10	10	12	9	12	5	4	5

Deltagande i undervisning i %	2017/ 2018	83	84	82	96	100	94	100	100	100	100	100	100
	2018/ 2019	97	97	98	92	91	93	100	100	100	88	100	83

Ogiltig frånvaro i %	2017/ 2018	12	16	8	16	23	11	22	34	2	13	17	8
	2018/ 2019	14	17	12	19	25	17	21	31	18	0	0	0

Produktion: BrandFactory. 2020. Arb.nr: 202590.

 Svanenmärkt trycksak, 3041 0142

ISBN 978-91-87053-73-3



Statens institutionsstyrelse, SiS
Box 30224, 104 25 Stockholm
Telefon vx: 010-453 40 00
Telefax: 010-453 40 50
Besöksadress: Lindhagensgatan 126
www.stat-inst.se