

TILLÄMPNING AV BESTÄMMELSERNA FÖR VÅRD I ENSKILDHET

Tillsynsrapport

Tillsynsrapport

Dnr 1.4.2-2743-2024

Tillsynsrapport – tillämpning av bestämmelserna för vård i enskildhet

Projektledare: Åsa Hasth

Beställare: Generaldirektören

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

TILLSYNSRAPPORT	1
TILLSYNSRAPPORT – TILLÄMPNING AV BESTÄMMELSERNA FÖR VÅRD I ENSKILDHET	2
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
SAMMANFATTNING	4
1. GENOMFÖRANDE	18
2. RÄTTSLIG REGLERING	21
3. TILLÄMPNING AV BESTÄMMELSERNA FÖR VÅRD I ENSKILDHET	23
3.1 SKÅL TILL VÅRD I ENSKILDHET	23
3.2 VÅRD I ENSKILDHET VID SÅRSKILT FÖRSTÅRKTA AVDELNINGAR, SFA	28
3.3 DOKUMENTATION AV VÅRD I ENSKILDHET	31
3.4 STÅNDIG TILLGÅNG TILL PERSONAL UNDER VÅRD I ENSKILDHET	35
3.5 ISOLERINGSBRYTANDE ÅTGÅRDER UNDER VÅRD I ENSKILDHET OCH SÅ KALLAD ”UTSLUSS”	40
3.6 SKOLA UNDER VÅRD I ENSKILDHET	41
4. FÖRUTSÅTTNINGAR FÖR VÅRD I ENSKILDHET	43
4.1 LOKALER	43
4.2 KOMPETENS	48
4.3 BEMANNING	53
5. LEDNING OCH STYRNING	58
5.1 KANALISERING OCH PRIORITERING AV STYRNING	58
5.2 STRUKTURER FÖR IMPLEMENTERING	63
5.3 UPPFÖLJNING	66
5.4 STYRDOKUMENT	78
6. REKOMMENDATIONER	82

SAMMANFATTNING

Tillsynssektionen har granskat myndighetens regelefterlevnad i samband med tillämpningen av bestämmelserna om vård i enskildhet. Ärendet har avgränsats till att omfatta ungdomsvården. Omständigheter som kan hänföras till organisatoriska lösningar och bemanning samt frågor som är kopplade till ledning och styrning har särskilt beaktats. Rapporten beskriver läget vid granskningstillfället och kan därför sakna beskrivningar av arbete som nu påbörjats eller planerats.

Tillämpningen av vård i enskildhet följer inte myndighetens riktlinjer

Vård i enskildhet innebär en inskränkning i barnets eller den unges rätt att vistas tillsammans med andra vid hemmet och är därmed en mycket ingripande åtgärd. Vård i enskildhet förutsätts gälla under en begränsad period och är endast avsedd att vara en tillfällig lösning, när det inte är möjligt att ge barnet eller den unge nödvändig vård när hen vistas i gemensamhet.¹ De vanligaste orsakerna till att beslut om vård i enskildhet fattas är att samspelet mellan barnet eller den unge och övriga gruppen inte fungerar, eller att den unge skapar en behandlingsmiljö som är negativ för de andra på avdelningen. Det kan också vara så att ungdomen har en mycket svår och komplex problembild och inte klarar av att vårdas i grupp och har behov av att vistas i enskildhet.

Många barn och ungdomar som nu placeras på SiS har omfattande psykiatriska behov och denna grupp upplevs även ha ökat. Flickor beskrivs vara överrepresenterade i denna grupp och dessa ungdomar har behov av en psykiatrisk behandling som myndighetens medarbetare inte har utbildning för. Det uppges vara svårt att tillhandahålla den vård och behandling som dessa barn och unga behöver och de vårdas i hög utsträckning i enskildhet. Myndighetens styrdokument anger att vård i enskildhet förutsätts gälla under en begränsad period och endast är avsedd att vara en tillfällig lösning.² Nuvarande tillämpning av reglerna för vård i enskildhet leder dock till långvariga insatser och tillämpningen följer således inte de riktlinjer som myndigheten utfärdat. Trots att det även finns brister i uppföljningen (se vidare nedan) förefaller det känt för myndigheten att vårdtiderna i enskildhet tenderar att bli långa. Ändå har inte myndigheten vidtagit några tydliga åtgärder för att vända utvecklingen. När ingen förtydligande vägledning kommer från myndigheten blir det upp till de enskilda ungdomshemmen att göra egna bedömningar, vilket riskerar att leda till bristande enhetlighet i tillämpningen.

Det finns flera vägar för myndigheten att gå – antingen att verka för en förändring av tillämpningen av regelverket eller en förändring av regelverket, alternativt att arbeta för en ny behandlingsform som kan användas istället för långa vårdtider i enskildhet.

¹ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.

² Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.

Tillämpningen av bestämmelserna för vård i enskildhet är inte enhetlig vid de särskilt förstärkta avdelningarna (SFA)

Åsikterna går isär inom myndigheten i frågan om vård i enskildhet är en förutsättning vid placering på särskilt förstärkt avdelning. Vården på de särskilt förstärkta avdelningarna är utformad för att tillgodose målgruppens behov genom att bland annat erbjuda ett alternativ till boende och vård i gemenskap. Konceptet överlappar i viss mån utformningen av vård i enskildhet, men det finns ingen skriftlig vägledning för om beslut om vård i enskildhet är en förutsättning vid placering på särskilt förstärkt avdelning, eller hur vård i enskildhet i övrigt ska tillämpas vid dessa avdelningar. Tillämpningen av bestämmelserna för vård i enskildhet vid särskilt förstärkta avdelningar skiljer sig därför åt mellan ungdomshem med särskilt förstärkta avdelningar. Myndigheten behöver därför förmedla en tydlig viljeinriktning, eller förtydligande vägledning, för hur reglerna om vård i enskildhet ska tillämpas vid de särskilt förstärkta avdelningarna.

Brister i dokumentationen av vård i enskildhet

Vård i enskildhet ska vara individuellt anpassad efter barnets eller den unges särskilda behov och ska ha ett tydligt syfte och innehåll. Barnet eller den unge ska informeras om hur vården ska bedrivas, vilka behandlingsmål som ska uppnås och på vilket sätt hen själva kan påverka sin situation³. Av den ärendegranskning som tillsynssektionen genomfört framgår dock att det i beslut om vård i enskildhet inte alltid tydligt beskrivs vilket syfte och innehåll som vården ska ha och vad som barnet eller den unge behöver uppnå för att vården i enskildhet ska kunna avslutas. De behov som motiverar vården i enskildhet beskrivs ofta vara detsamma som själva innebörden av befogenheten, det vill säga att minska och/eller reglera kontakt och umgänge med andra. Det framstår därmed som att själva befogenheten utgör den insats som krävs.

Vård i enskildhet får inte pågå längre tid än vad som krävs i det enskilda fallet. För att säkerställa rättssäkerheten ska därför ett beslut om sådan vård omprövas med jämna mellanrum. Ett beslut om vård i enskildhet ska alltid omprövas inom sju dagar efter föregående prövning.⁴ Om vården i enskildhet ska fortsätta krävs att de skäl som ligger till grund för åtgärden att låta vården i enskildhet fortgå noggrant dokumenteras i omprövningsbeslutet.⁵ Ärendegranskningen har visat att omprövningsbesluten i är regel en upprepning av grundbeslutet och inte alltid innehåller någon uppdaterad information. Medarbetare vid ungdomshemmen beskriver i intervjuer att det är svårt att både formulera och kommunicera beslut om fortsatt vård i enskildhet när insatsen inte avser att vara en sådan tillfällig åtgärd som myndighetens riktlinjer föreskriver.

³ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.17 och 17.1.

⁴ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.16.

⁵ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.16.

Av den löpande journalföringen går det i viss mån att följa vad den unge har gjort under dagen och om det har inträffat några incidenter. Noteringarna saknar dock ofta en koppling till behandlingsplanen och det är därför svårt att följa ungdomens utveckling över tid. När den löpande journalföringen inte innehåller noteringar som är kopplade till behandlingsplanen riskerar det att medföra att vård- och behandlingsinsatser inte kan följas upp samt utvärderas och därmed kan även nödvändiga insatser utebli. Därutöver saknar ofta den löpande journalföringen uppgifter om i vilken utsträckning den som vårdas i enskildhet har haft personal hos sig respektive har lämnats ensam (se vidare avsnitt 3.4 Ständig tillgång till personal).

Alla verksamhetsansvariga chefer behöver ta ansvar för att säkerställa att verksamheten bedrivs enligt gällande rätt och SiS styrdokument.⁶ Att myndigheten dokumenterar sin verksamhet är av avgörande betydelse för den enskildes rättssäkerhet och en förutsättning för att kunna granska att lagen följs samt att besluten är sakliga och objektiva. Dokumentation är även en grundläggande förutsättning för att myndigheten ska kunna följa upp, utvärdera och i förlängningen utveckla verksamheten.

Brister i enhetligheten vid tillämpning av ”kortare stund” och i hur ansvaret för ett barn eller en ungdom som vårdas i enskildhet ser ut på annan tid än dagtid

Av Juridik/riktlinjer LVU framgår att när barnet eller den unge vårdas i enskildhet ska hen ha ständig tillgång till personal. Det innebär att personalen ska vara närvarande hela tiden. Dagtid ska personalen befinna sig i samma rum som barnet eller den unge eller i ett anslutande rum till hens boenderum. Om barnet eller den unge vill vara ifred måste hänsyn tas till hens önskemål och rätt till integritet. Om en individuell bedömning gjorts av att barnet eller den unge får lämnas ensam, kan personalen lämna den del av avdelningen eller lokalen som avsedd för vård i enskildhet en ”kortare stund”. Vad som är en ”kortare stund” måste bedömas utifrån omständigheterna i det enskilda fallet, men det får aldrig bli fråga om några längre perioder som verkar isolerande för barnet eller den unge. Beslutet att lämna den unge ensam ska dokumenteras noga. Detta kan göras i samlad logg under dagen för att sedan antecknas i journalen. I journalen ska framgå alla överväganden som gjorts, under vilken tid den unge lämnas ensam, varje tillsynstillfälle under tiden som den unge lämnas ensam samt hur tiden i ensamhet fortlöpte och hur vården har påverkats.⁷

Granskningen visar att det förekommer att barn och unga lämnas ensamma i utrymmet för vård i enskildhet både utifrån att de själva bett om det, men även för att personal lämnar utrymmet en stund för att göra något annat.

⁶ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 5.1.1.

⁷ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.10

Det framkommer även att de överväganden som gjorts, det vill säga tiden då den unge lämnas ensam, tillsynstillfällena under den tiden, samt hur tiden i ensamhet fortlöpte sällan dokumenteras, vare sig på avsedd blankett eller i SiS verksamhetssystem för bland annat journalföring, KAJ. Den unge kan lämnas ensam en ”kortare stund” om hen själv ber om det, men det är inte reglerat i styrdokumentet vem som ska ansvara för bedömning av om det är lämpligt att lämna den som vårdas i enskildhet ensam. I intervjuer uppges att bedömningen i praktiken görs av den personal som får frågan.

Det framgår även i avsnitt 4.2 Kompetens att det inte är definierat vilken kompetens som behövs för att bemanna vård i enskildhet och att det förekommer att vikarier får utföra arbetsuppgiften. I kombination med de riskfaktorer, bland annat suicidrisk, som ofta finns kopplade till barn- och unga som vårdas i enskildhet, är en iakttagelse att bedömningen av när den unge kan lämnas ensam bör tilldelas medarbetare med särskild kompetens. En sådan ordning skulle även kunna bidra till mer enhetlig tillämpning av såväl ”kortare stund” som av hur bedömningen genomförs avseende lämpligheten i att barn och unga tillåts vara ensamma under vård i enskildhet.

Barn och unga som vårdas i enskildhet är inlåsta i utrymmet för vård i enskildhet under natten utan att personal befinner sig i boenderummet eller i direkt anslutande rum. Det skiljer sig även mellan ungdomshemmen var tjänstgörande personal befinner sig under natten och på vilket sätt de är nåbara för barn och unga som vårdas i enskildhet. I Juridik/riktlinjer LVU anges att personalen dagtid ska befinna sig i samma rum som barnet eller den unge eller i ett anslutande rum till hans boenderum. Däremot ger riktlinjerna ingen vägledning i vad som gäller för övrig tid. En iakttagelse är att även om det framgår av myndighetens styrdokument att det under dygnets alla timmar ska finnas en utsedd medarbetare som ansvarar för den unge som vårdas i enskildhet, ges inte tillräckligt stöd för vad detta ansvar innebär på annan tid än dagtid.

Myndigheten behöver därför ge förtydligande vägledning i vad som avses med ”kortare stund” och hur ansvaret för ett barn eller ungdom som vårdas i enskildhet ser ut på annan tid än dagtid. Verksamhetsansvariga chefer behöver även tillse att tiden då den unge lämnas ensam dokumenteras korrekt.

Bristande lagstöd för vissa isoleringsbrytande åtgärder och så kallad ”utsluss”

Det finns en risk för att vården i enskildhet leder till att barnet eller den unge isolerar sig. En sådan isolerande verkan av vården måste motverkas. Hemmet måste därför ibland frångå barnets eller den unges önskemål om att få lämnas i fred. Utöver ständig tillgång till personal ska hemmet även se till att barnet eller den unge aktiveras och motiveras att ha

kontakt med andra barn och unga och se till att det skapas förutsättningar för detta, samt att hen i så stor utsträckning som möjligt deltar i gemensamma aktiviteter som ordnas.⁸

Ungdomshemmen strävar efter att på olika sätt motverka den isolering som vård i enskildhet riskerar att medföra genom att bland annat erbjuda skola, utevistelser och fritidsaktiviteter i gemenskap. Åtgärder som ska motverka isolering ser dock olika ut och erbjuds i varierande utsträckning. Det framgår vidare att barn och unga som vårdats i enskildhet, kortare eller längre period, i varierande utsträckning tillåts delta mer i gemensamma aktiviteter för att vänja sig vid vistelse i gemenskap, så kallad "utsluss", innan vården i enskildhet avslutas. Metoden tillämpas vid alla de besökta ungdomshemmen och förefaller ha blivit en etablerad praxis, även om den inte finns beskriven i något av de reglerande styrdokument.

JO har under flera år uppmärksammat att SiS använder en metod som innebär att myndigheten låter intagna, som är föremål för vård i enskildhet, vistas tillsammans med andra intagna utan att beslutet först upphävs. JO har i ett särskilt ärende utrett om det finns lagligt stöd för den metoden.⁹ I sitt beslut konstaterar denne att en åtgärd som innebär att den intagne återgår till att vårdas tillsammans med andra intagna inte är tillåten om inte beslutet om vård i enskildhet först upphävs. JO bedömer alltså att SiS saknar lagstöd för den metod som myndigheten har skapat.¹⁰

Med anledning av JO:s beslut av den 16 december 2024 behöver myndigheten ta ställning till om det arbetssätt som innebär att barn och unga som vårdas i enskildhet tillåts vistas tillsammans med andra intagna behöver förändras. Om myndigheten anser att metoden även i fortsättningen ska tillämpas bör den överväga att hemställa om en lagändring som ger uttryckligt stöd för denna metod.

Bristande enhetlighet i hur barn och unga som vårdas i enskildhet erbjuds möjlighet till skola

Barn och unga som är placerade inom SiS har rätt till utbildning motsvarande den skolform ungdomen tillhör och SiS ansvarar för att tillgodose denna rättighet.¹¹ De besökta ungdomshemmen tillhandahåller skola till unga som vårdas i enskildhet i olika utsträckning och på olika sätt. I något fall har ungdomshemmet som utgångspunkt att undervisning för barn och unga som vårdas i enskildhet ska ges tillsammans med andra i skolans lokaler, det vill säga inom ramen för ordinarie verksamhet, och i andra hand ges enskilt i skolans lokaler. Endast i undantagsfall genomförs då undervisning på avdelningen.

⁸ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.10

⁹ Justitieombudsmannen. JO:s beslut dnr 1469–2023.

¹⁰ Justitieombudsmannen. JO:s beslut dnr 1469–2023.

¹¹ Artikel 28 barnkonventionen, 2 kap. 18 § regeringsformen (1974:152) och 3 kap 7 § socialtjänstförordningen (2001:937) samt 7 kap 2–3 §§ Skollagen (2010:800).

På andra ungdomshem är det i regel enskild undervisning på avdelningen som erbjuds. Vad avser undervisning behöver myndigheten säkerställa att miljön på avdelningarna är lärande och skolfrämjande och att ungdomshemmen erbjuder barn och unga, som vårdas i enskildhet, undervisning på ett sätt som skapar ändamålsenlig nationell enhetlighet.

Myndigheten har ingen tydlig reglering avseende vad som utgör ändamålsenliga lokaler för vård i enskildhet

Enligt 7 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende, HSLF-FS 2016:55, ska den som bedriver verksamhet i form av hem för vård eller boende se till att hemmets lokaler och utrustning är ändamålsenliga för den verksamhet som bedrivs i hemmet. Lokalerna ska vidare vara anpassade så att de möjliggör en trygg och säker vård.

SiS har upprättat fyra styrdokument som på olika sätt reglerar vad som utgör ändamålsenliga lokaler för vård i enskildhet. Sektionen för lokalförsörjning, har enligt arbets- och delegationsordningen i uppgift att normera lokaler, och sektionens normering framgår av ett dokument som kallas rumsfunktionsprogrammet (RPF).¹² Detta dokument finns dock inte tillgängligt i myndighetens styrdokumentsbibliotek. Även säkerhetsavdelningen, som enligt SiS arbets- och delegationsordning har ansvar för att SiS verksamhet, lokaler och organisation är väl anpassade till att bedriva en trygg och säker tvångsvård har upprättat viss normering.¹³ Den finns tillgänglig i myndighetens styrdokumentbibliotek sedan hösten 2024.

Normering av lokaler för vård i enskildhet återfinns även i styrdokumentet Instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet och Riktlinje/Juridik LVU som har upprättats av forskning- och utvecklingsavdelningen respektive rättsavdelningen och som enligt myndighetens arbets- och delegationsordning saknar normerande ansvar för lokaler. Dessa styrdokument finns tillgängliga i myndighetens styrdokumentsbibliotek.

Följaktligen har också representanter från kärnverksamheten uppgivit att det är svårt att veta vad som gäller och vart man ska vända sig när det gäller frågor om hur lokaler för vård i enskildhet ska vara utrustade och vem som ytterst ansvarar för frågan. Myndigheten bör överväga att lägga all normering gällande lokaler för vård i enskildhet i ett och samma styrdokument eller, om det inte är möjligt, att tillse att tydliga hänvisningar finns mellan de olika styrdokumentet. Alla reglerande styrdokument behöver också finnas publicerade i myndighetens styrdokumentsbibliotek.

Genomförd granskning har även visat att det förekommer att vård i enskildhet genomförs i andra lokaler än de som är avsedda för ändamålet. Utöver att myndigheten behöver bidra med tydlig och tillgänglig reglering av vad som krävs för att lokaler som används för vård i

¹² Statens institutionsstyrelse. Rumsfunktionsprogram SiS Standardhus, dnr 1.4.2-696-2017, reviderad 2018-09-18.

¹³ Statens institutionsstyrelse. Normering av teknisk och fysisk säkerhet på SiS institutioner, dnr 1.1.4-3313-2019.

enskildhet ska anses vara ändamålsenliga, bör myndigheten också ta ställning till vad som ska gälla i de fall vård i enskildhet behöver genomföras i lokaler som inte är avsedda för ändamålet, det vill säga om det ska finnas någon form av dispensmöjlighet. Sådana undantag bör riskbedömas och dokumenteras. Ett sådant förfarande borde även kunna bidra till en nationellt samlad bild av var eventuella brister finns och därigenom underlätta prioritering av åtgärder.

Det saknas en beskrivning av vilken kompetens som de medarbetare som bemannar vård i enskildhet behöver ha

Det finns flera regler för hur vård i enskildhet ska bedrivas och arbetsuppgiften kräver både kunskap och noggrannhet. Arbetsuppgiften utförs därutöver ofta som ensamarbete med barn och unga som har stora vårdbehov, exempelvis är barn och unga som vårdas i enskildhet överrepresenterade i statistiken över suicidförsök (se vidare avsnitt 3.4 Ständig tillgång till personal). Trots det finns det inte beskrivet vilken kompetens som de medarbetare som bemannar vård i enskildhet behöver ha. Myndigheten bör överväga att reglera att de avdelningar som normerar metoder och arbetssätt även behöver beskriva vilken kompetens som behövs för att kunna utföra arbetet på korrekt sätt. Det skulle möjliggöra för verksamhetsansvariga att bedöma vilka medarbetare som bör bemanna vård i enskildhet och i förlängningen även kunna beskriva vilka behov av kompetensutveckling som behövs.

Det framgår dock att de besökta ungdomshemmen i möjligaste mån försöker bemanna vård i enskildhet med tillsvidareanställda medarbetare, men att det inte alltid är möjligt.

Bemanningen sker i dagsläget av medarbetare med samtliga anställningsformer. Enligt uppgift från HR-avdelningen genomgår visstids- och timanställda sällan grundutbildningen. Däremot ska de genomgå obligatoriska utbildningar, såsom grundläggande brandskydd, suicidprevention, konflikthantering och hjärt- och lungräddning.

Forsknings- och utvecklingsavdelningens sektion för verksamhetsutveckling har konstaterat att det finns ett gap mellan befintlig kompetens och önskad kompetens hos medarbetare som bemannar vård i enskildhet. Enligt sektionen finns det en bristande kännedom och kunskap i alla led om hur vård i enskildhet ska bedrivas. Sektionen har därför lämnat ett förslag till HR-avdelningen om att en digital utbildningsinsats tas fram för att ge medarbetare och chefer en heltäckande utbildning i den särskilda befogenheten vård i enskildhet.

Tillsynssektionen håller det för sannolikt att viss vård i enskildhet även i fortsättningen kommer att behöva bemannas med visstids- och timanställda medarbetare, som inte kommer att ta del av grundutbildningen. För att den kommande digitala utbildningsinsatsen ska få effekt på rättssäkerheten för den som vårdas i enskildhet, krävs att den når ut till samtliga medarbetare som genomför arbetsuppgiften.

Det kan antingen ske genom att begränsa arbetsuppgiften till vissa medarbetare eller genom att säkerställa att alla medarbetare tar del av den kompetenshöjande insatsen.

Olika styrsignaler avseende bemanning

Ungdomshemmen har svårt att bemanna vård i enskildhet inom ramen för befintlig personalresurs och de avdelningar som har utrymmen för vård i enskildhet har ingen högre bemanning än avdelningar utan sådana utrymmen. Det betyder att när ett beslut fattas om att ett barn eller en ungdom ska vårdas i enskildhet måste en medarbetare tas från avdelningen för att bemanna den vården. Det uppstår då en "vakans" på avdelningen som måste täckas på annat sätt, vilket oftast sker genom timvikarie eller övertid.

Inför år 2025 har förändringar i budgettilldelning genomförts, bland annat för att förstärka bemanningen för vård i enskildhet. Enligt myndighetens verksamhetsplan 2025–2027 ska bemanningen förstärkas genom att platser för vård i enskildhet finansieras utifrån samma premisser som ordinarie platser.¹⁴ Enligt uppgift från ekonomi- och planeringsavdelningen innebär det att en avdelning med sex ordinarie vårdplatser och ett utrymme för vård i enskildhet, får budgetmedel för sju vårdplatser, oavsett om det sjunde rummet utnyttjas eller inte. Ändringen syftar till att ge hemmen bättre ekonomiska förutsättningar för att bemanna verksamheten om det uppstår ett behov av vård i enskildhet. Samtidigt framgår av verksamhetsplanen att särskilda medel har avsatts för att använda platser för vård i enskildhet som ordinarie platser inom ungdomsvården för att skyndsamt tillskapa platser på befintliga avdelningar.¹⁵ Det förefaller därför som att samma medel har avsatts både för att öka bemanningen, men också för att öka antalet platser, samtidigt som detta inte går att genomföra samtidigt. Det utgör ett exempel på att myndigheten ger olika styrsignaler i samma fråga.

Även styrdokument som i första hand inte avser vård i enskildhet kan påverka vilken bemanning som behövs vid genomförandet av sådan vård. Exempelvis kan barnets eller den unges säkerhetsbedömning visa på förhöjd risk för exempelvis våld.

En arbetsuppgift som innebär en påtaglig risk för våld eller hot om våld får inte utföras som ensamarbete.¹⁶ För dessa fall bemannar ungdomshemmen i regel vården i enskildhet med två medarbetare. Även myndighetens instruktion för att förebygga, upptäcka och agera vid sexuella övergrepp kan påverka bemanningen i vård i enskildhet.

Det framgår att ungdomshemmen gör olika tolkning av i vilken utsträckning det är möjligt för manliga medarbetare att bemanna vård i enskildhet och genomföra utresor med flickor. Uppfattningen att manliga medarbetare inte får/bör åka ut eller vistas ensamma med flickor

¹⁴ Statens institutionsstyrelse. Verksamhetsplan 2025–2027, sid 31.

¹⁵ Statens institutionsstyrelse. Verksamhetsplan 2025–2027, sid 34.

¹⁶ Statens institutionsstyrelse. Riktlinje för bedömning av riskfyllt ensamarbete, reviderad 2022-12-19, dnr 1.4.2-8364-2022.

som vårdas i enskildhet genomsyrar bemanningsplaneringen på vissa hem medan andra hem endast försöker att anpassa bemanningen utifrån kön när särskilda skäl föranleder det.

Det framgår således att det krävs omfattande användning av timvikarier och övertid för att matcha bemanningsbehovet till följd av bland annat vård i enskildhet, som utgör cirka en tiondel av ungdomsvårdens producerade vårddygn. I syfte att bromsa kostnadsutvecklingen för timvikarier och övertid fattade ungdomsvårdsdirektören den 29 april 2024 beslut om att införa åtgärder gällande övertid och timtid.¹⁷ Genom beslutet lämnas hemmen med en målkonflikt mellan att anpassa bemanningen i hemmet så att den ger förutsättningar för regelefterlevnad eller att bromsa kostnadsutvecklingen för vikarie- och övertidsposterna.

Det som framgår av ovanstående stycken utgör ett exempel på när myndigheten ger styrsignaler som delvis pekar i olika riktning. Olika avdelningar ger styrning utan att myndigheten lämnar vägledning i hur de sammantaget ska tillämpas. Det blir då upp till varje enskilt ungdomshem att tolka styrningen med risk för att tillämpningen brister i enhetlighet. De som intervjuats vid ungdomshemmen uppger att det därutöver är svårt att veta var de ska vända sig för att få vägledning.

För att undvika att olika avdelningar ger styrsignaler som delvis pekar i olika riktning behöver ungdomsvårdsavdelningens sektion för verksamhetsstöd ansvara för att kanalisera och prioritera styrning från den strategiska nivån till institutionerna. För det fall en situation med olika styrsignaler ändå uppstår, behöver sektionen för verksamhetsstöd vara den kontaktpunkt som ungdomshemmen kan vända sig till för vägledning. Sektionen bör sedan, i samarbete med stöдавdelningarna, ta fram den vägledning som behövs och kanalisera svaren till alla berörda ungdomshem och på det sättet bidra till en ändamålsenlig nationell enhetlighet i tillämpningen (se vidare nedan).

Myndigheten har bristande förmåga att kanalisera och koordinera styrning till ungdomshemmen

Det framgår att medarbetare på ungdomshemmen uppfattar den styrning som avser ungdomsvården som spretig och att det kommer riktlinjer och beslut från olika håll i myndigheten. Det uppges vidare finnas målkonflikter i styrsignalerna, att olika avdelningar säger olika saker i samma fråga och att avdelningarna inte förefaller prata med varandra. Det uppges även vara svårt att veta vart man ska vända sig med frågor avseende tillämpningen. Framför allt förefaller det vara otydligt vilken avdelning som ger styrning avseende vård och behandling.

Det framgår av arbets- och delegationsordningen att stöдавdelningarna är normerande inom sina ansvarsområden och att de har ansvar för att bland annat implementera de metoder,

¹⁷ Statens institutionsstyrelse. Beslut om att införa åtgärder gällande övertid och timtid, dnr 2.9.6-3912-2024.

arbetssätt och styrdokument som avdelningen har utvecklat genom att samråda och samplanera med exempelvis ungdomsvårdsavdelningen.¹⁸ Därefter är det ungdomsvårdens uppdrag, genom sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård, att tillsammans med ungdomshemmen planera vad, var och när något ska föras in eller genomföras.

Ungdomsvårdsavdelningens sektion för verksamhetsstöd ska vara ungdomsvårdsdirektörens och ungdomshemmens stöd i arbetet med att driva, stödja samt koordinera implementeringsarbetet på ungdomshemmen, tillsammans med stöдавdelningarnas medarbetare i tvärprofessionella team.¹⁹ Det finns därför stöd för tolkningen att ungdomsvårdsavdelningens sektion för verksamhetsstöd ska utgöra en form av midja för myndighetens styrning av ungdomshemmens verksamhet och där implementering av styr signaler bland annat ska planeras och koordineras. Det framgår dock av intervjuer med medarbetare vid ungdomsvårdsavdelningen att sektionen i dagsläget inte hinner med att arbeta på det sätt som arbets- och delegationsordningen föreskriver.

Även myndighetens andra stöдавdelningar uppger att det är svårt att få till ett samarbete med ungdomsvårdsavdelningen i exempelvis implementeringsarbete, vilket leder till att de själva får genomföra det arbetet. Konsekvensen blir därmed att styrningen av normerande eller stödjande insatser inte alltid samordnas innan den når ungdomshemmen. Därutöver riskerar implementering att bli olika från gång till gång beroende av vilken stöдавdelning som initierat den. Därav är det inte konstigt att styrningen uppfattas som otydlig och att den kommer från olika håll. (Se vidare avsnitt 5.2 Struktur för implementering).

Konsekvensen av att myndighetens styrning inte kanaliseras och prioriteras via ungdomsvårdsavdelningens sektion för verksamhetsstöd är att det blir upp till varje ungdomshem att själva göra den prioriteringen. Det förstärker vidare att institutioner gör olika prioriteringar vilket i sin tur leder till att tillämpningen brister i enhetlighet. Konsekvens kan bli att den strategiska ledningen och prioriteringen inte sätts i ett sammanhang och ansvaret för tolkningar och tillämpning lämnas över direkt till den lokala nivån.

På samma sätt som styrningen blir otydlig när den inte kanaliseras via sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård framgår att det även är oklart var ungdomshemmen ska vända sig om de har frågor kring exempelvis tillämpning av ett styrdokument. En logisk lösning skulle vara att sektionen för verksamhetsstöd utgjorde samma midja som beskrivs ovan, även när det avser att besvara frågor från verksamheten. Stöd för den tolkningen

¹⁸ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.2.

¹⁹ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 8.1.

framgår dock inte lika tydligt av arbetsordningen. I dagsläget försöker ungdomshemmen nå rätt stöдавdelning med rätt fråga, vilket beskrivs som en utmaning.

Myndigheten behöver tydliggöra att sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård ska ansvara för att kanalisera och prioritera styrning från den strategiska nivån till ungdomshemmen. På samma sätt bör den kanalisera exempelvis tillämpningsfrågor från ungdomshemmen till stöдавdelningarna och sedan samla samt kanalisera svaren och på det sättet bidra till en ändamålsenlig nationell enhetlighet.

Myndigheten behöver en struktur för implementering och forum att diskutera tillämpningsfrågor

Från ungdomshemmens håll beskrivs att implementering av exempelvis ett styrdokument vanligtvis går till genom att dokumentet omnämns vid ungdomsvårdsavdelningens ledningsgrupp. Sedan tar varje institutionschef upp det som ska implementeras vid sin ledningsgrupp och vidare ansvarar varje enhetschef för att implementeringen sker vid sina respektive enheter. Implementeringen går så att säga i "chefsörret". Vid dessa ledningsfora finns begränsade möjligheter att prata om tillämpningsfrågor. Om det sedan uppstår frågor som rör tillämpningen ute på enheterna vänder sig medarbetare vanligen till sin närmaste chef, som i sin tur vänder sig till sin chef. Det betyder att även tillämpningsfrågor i verksamheten lyfts till det så kallade "chefsörret".

Myndigheten behöver skapa en struktur för implementering av styrning som inte enbart går via det så kallade "chefsörret". Visserligen genomför stöдавdelningarna olika implementeringsinsatser, men de ser i regel olika ut från gång till gång beroende av vilken avdelning som genomför den. En tydlig struktur för implementering skulle bidra till att styrning implementeras med en större nationell enhetlighet oavsett vilken avdelning styrningen kommer ifrån.

Av granskningen framgår även att ungdomshemmen generellt sätt inte känner till hur andra hem arbetar med vård i enskildhet. Det finns i dagsläget ingen utarbetad struktur för tillämpningsforum där det både lokalt, och på nationell nivå, ges möjlighet att diskutera tillämpningsfrågor. Det leder till att det är svårt för institutionschefer att ta ansvar för att verksamheten bedrivs på ett ändamålsenligt nationellt enhetligt sätt. Myndigheten bör därför skapa forum, både på nationell och lokal nivå, där det ges möjlighet att diskutera frågor om tillämpning av regelverk, metoder och arbetssätt. Det skulle därutöver skapa tydliga vägar att eskalera frågor om tillämpning och i förlängningen bidra till en större nationell enhetlighet. En tänkbar struktur för implementering av styrning och tillämpningsforum beskrivs närmare i avsnitt 5.2 Strukturer för implementering.

Myndigheten behöver utöka sin verksamhetsuppföljning och skapa ett fungerande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbetet

Ekonomi- och planeringsavdelningens sektion för verksamhetsanalys tar fram en månadsrapport för verksamhet inom SiS. Dokumentet utgör underlag till diskussion i nationell ledningsgrupp. Syftet med rapporten är att fånga tidiga signaler för analys och uppföljning. Den innehåller information på aggregerad nivå och beskriver utvecklingen inom valda indikatorer för föregående månad. De indikatorer som beskrivs är bland annat hot och våld mellan ungdomar, hot och våld mot medarbetare, avskiljningar, övriga fysiska ingripande och avvikningar samt avvikningstyper. Rapporten innehåller inga analyser utan är endast beskrivande och innehåller inga upplysningar om exempelvis vård i enskildhet.

Myndigheten behöver utöka verksamhetsuppföljningen på myndighetsnivå till att omfatta fler indikatorer, framför allt till att även omfatta sådana som rör vård och behandling. Genom att följa upp resultat och processer skickas en signal till verksamheten om vad som är viktigt och prioriterat. Vad som mäts och följs upp visar vad ledningen anser vara centralt för verksamheten och uppföljning är således en viktig styrsignal. Myndigheten behöver därför utöka verksamhetsuppföljningen på myndighetsnivå till att omfatta fler indikatorer, framför allt till att även omfatta sådana som rör vård och behandling.

Utöver myndighetsuppföljningen framgår av arbets- och delegationsordningen att även stöдавdelningarna har ansvar för uppföljning.²⁰ I och med att rättsavdelningen och forsknings- och utvecklingsavdelningen har utfärdat normering på området vård i enskildhet ska de också följa upp att tillämpningen får avsedd effekt och utförs på ett korrekt sätt. Av genomförda intervjuer framgår att den formen av uppföljning inte genomförs. Förklaringen uppges främst vara resursbrist. Utöver det saknas utarbetade rutiner för den typen av uppföljning. Stöдавdelningarna behöver därför skapa strukturer för att följa upp att tillämpningen av metoder och arbetssätt får avsedd effekt och utförs på korrekt sätt. Det skulle skapa förutsättningar för myndigheten att själv uppmärksamma när tillämpningen inte följer aktuellt regelverk.

Ungdomsavdelningen har till uppgift att följa upp att arbetssätt och metoder används på de sätt de var avsedda, det vill säga att verksamheten bedrivs i enlighet med styrdokumentet. Av intervjumaterialet framgår att inte heller den här typen av uppföljning genomförs på ett systematiskt sätt. Istället koncentreras uppföljningen till det som avser verksamhetsplanen. Det har även framkommit att det upplevs som otydligt vad som ska följas upp, av vem och när.

Vad gäller uppföljning vid ungdomshemmen framgår att ärenden om vård i enskildhet följs upp individuellt under tiden de pågår, bland annat i behandlingsteam.

²⁰ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.2.

Det sker dock ingen strukturerad uppföljning på lokal nivå, förutom det som avser egenkontrollen. Den omfattar dock inte några frågor om vård i enskildhet. Det sker inte heller någon strukturerad uppföljning av vård i enskildhet på nationell nivå.

Så långt går det att konstatera att det saknas någon egentlig uppföljning av vård i enskildhet. Under granskningen undersöktes därför om ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet omhändertar frågan. Undersökningen visade dock att det systematiska kvalitetsarbetet innehåller flera brister och att det därmed inte kan anses säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten, eller att det säkerställer att verksamheten kontinuerligt förbättras. Det genomförs viss egenkontroll och utredningar av avvikelser men resultatet kommer inte myndighetsledningen till del på samma sätt som gäller för myndighetsuppföljningen. Det systematiska kvalitetsarbetet ligger så att säga helt vid sidan av den ordinarie styrnings- och uppföljningsprocessen. Därav saknas även möjligheten att fatta välgrundade beslut om förändringar. Det pågår dock ett projekt i myndigheten om utveckling av SiS ledningssystem för verksamhetsstyrning, som omfattar ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Det är angeläget att projektets arbete prioriteras och ges rätt förutsättningar att slutföra sitt arbete med avsett resultat.

Myndigheten bör se över strukturen för styrdokument

Myndigheten har två reglerande styrdokument som avser vård i enskildhet.

Behandlingspersonal på ett ungdomshem måste således läsa två dokument parallellt för att veta vad som gäller för utförandet av vård i enskildhet. Materialet är därutöver förhållandevis omfattande. I Riktlinje/juridik LVU är avsnittet om den särskilda befogenheten vård i enskildhet tio sidor, därutöver tillkommer ett allmänt avsnitt som avser de särskilda befogenheterna och ett allmänt avsnitt som rör dokumentation. Sammantaget är riktlinjen 333 sidor. Instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet omfattar 22 sidor, därutöver finns stödmaterial. Den behandlingspersonal som ska ta del av styrningen har dock begränsade möjligheter att ägna sig åt inläsning.

Mot bakgrund av hur omfattande myndighetens styrdokument är framstår det som att myndigheten blandar reglerande och stödjande text i sina nuvarande reglerande styrdokument. Riktlinjerna framstår därför mer som handböcker än riktlinjer. En ordning som skulle kunna göra riktlinjer mer användarvänliga för den operativa verksamheten är om den reglerande texten hölls kortfattad i en riktlinje, som eventuellt kompletteras med en handbok i ämnet.

Stödavdelningarna har alla ett normerande ansvar inom sitt område. I praktiken kan dock flera stödavdelningar behöva bidra med normering inom ett och samma sakområde. Det finns inget angivet i arbets- och delegationsordningen som tydligt anger att stödavdelningars samlade normering i ett sakområde ska finnas i ett och samma styrdokument.

Följaktligen finns i dagsläget normering inom ett område i flera olika styrdokument. Det finns inte heller någon avdelning som har det samlade ansvaret för myndighetens styrdokument och som därigenom kan avgöra vilka styrdokument som ska finnas. Det har sannolikt bidragit till att stöдавdelningarna har kunnat upprätta reglerande styrdokument per avdelning och inte per sakfråga.

En annan möjlighet som myndigheten kan överväga är att skapa en struktur för styrdokument som är kopplad till de processer som finns i verksamheten. Det vill säga, om myndigheten gör en sådan processkartläggning som beskrivs i avsnitt 5.3 Uppföljning, kan styrdokumentet utformas efter de processer som beskrivs där. Då skulle det bli logiskt för stöдавdelningarna att infoga normering i styrdokumentet för den process som normeringen tillhör istället för att skapa nya styrdokument.

Myndigheten behöver således tydliggöra att all reglering inom ett sakområde bör samlas i ett styrdokument. Därutöver behöver en avdelning ges det samlade ansvaret över myndighetens styrdokument. Avdelningen kan då ge ledning i styrdokumentsfrågor och förvalta den struktur som byggs upp. Sammantaget bedöms dessa åtgärder skapa större tydlighet i styrningen och att styrdokumentet görs mer användarvänliga för den operativa verksamheten.

Förvaltningsmognaden behöver fortfarande höjas

Tillsynssektionen konstaterade bland annat i utredningsrapport avseende ärenden om säkerhetsskyddsanalys och hemställan till regeringen att förvaltningsmognaden i myndigheten behöver höjas. I denna rapport framgår en rad exempel som visar att detta arbete behöver fortsätta.

I rapporten finns exempel på att normering i vissa fall är spridd i flera olika styrdokument med olika dokumentägare. Det finns vidare exempel på normering som inte finns tillgänglig i myndighetens styrdokumentsbibliotek på myndighetens intranät SIW. Vissa styrdokument följer heller inte den nomenklatur som har angivits i myndighetens arbets- och delegationsordning vilket gör det svårt att avgöra vilken status de har som styrdokument. Vidare finns det exempel på att styrdokumentet inte är uppdaterade efter myndighetens omorganisation. Det finns även exempel på att beslut delvis ändrar befintliga styrdokument, men att styrdokumentet varken uppdateras eller tas bort från styrdokumentsbiblioteket. Det här är omständigheter som riskerar att förstärka bristande enhetlighet i tillämpning och uppföljning. Det riskerar i förlängningen även att underminera myndighetens styrning samt leda till att styrdokumentens status sjunker och att regelefterlevnaden minskar.

I. GENOMFÖRANDE

Uppdrag och syfte

I enlighet med tillsynsplanen för 2024 (dnr 1.1.3-1176-2024) har tillsynssektionen granskat SiS tillämpning av bestämmelserna om vård i enskildhet. Granskningens syfte har varit att undersöka om bestämmelserna om vård i enskildhet tillämpas korrekt och rättssäkert. Tillsynsärendet har avgränsats till att endast omfatta ungdomsvården.

Tillsynsärendet har bland annat inriktats mot att granska tillämpningen av myndighetens egna styrdokument om vård i enskildhet och i vilken utsträckning dessa är uppdaterade, ändamålsenliga och har vunnit genomslag i verksamheten. Vidare har det undersökts i vilken utsträckning det sker regelbundna uppföljningar och utvärderingar av de beslut om vård i enskildhet som myndigheten fattar. Genom ärendegranskning har en bedömning av hur beslutsfattaren har tillämpat bestämmelserna om vård i enskildhet gjorts och om det tydligt framgår varför de rättsliga förutsättningarna för vård i enskildhet anses vara uppfyllda. Omständigheter som kan hänföras till lokaler, organisatoriska lösningar och bemanning samt frågor som är kopplade till ledning och styrning har särskilt beaktats.

Genomförande

Tillsynen har genomförts under maj 2024 till januari (februari) 2025. Ansvarig för utredningen har varit sektionschefen Åsa Hasth och utredare har varit Carina Moen och Anna Maria Spång, Madeleine Hedenblad från rättsavdelningen har deltagit som specialist och Jenny Lomvall från ungdomshemmet Ljungaskog har deltagit som expert under tillsynen. Inom ramen för tillsynen har verksamhetsbesök genomförts vid ungdomshemmen, Margretelund, Långanäs och Hässleholm. Urvalet av ungdomshem har gjorts utifrån att målgruppen ska representera såväl skolpliktiga som icke skolpliktiga pojkar och flickor, som placerats på SiS med stöd av lagen om vård av unga (LVU). Digitala intervjuer har genomförts med institutionschef och enhetschef för särskilt förstärkta avdelningar (SFA) vid ungdomshemmen Rebecka och Brättegården.

De barn och unga som vårdats i enskildhet, på något av de inkluderade ungdomshemmen, under minst ett tillfälle under perioden 1 januari till 28 februari 2024 ingår i tillsynens ärendegranskning. Urvalet består av totalt 32 barn och unga (15 pojkar och 17 flickor) vars klientjournaler granskats.

Ärendegranskning

Vidare har ärendegranskning av ett urval av klientjournaler gällande barn och unga som under dagarna 11 april 2023 och 11 oktober 2024 var placerade på någon av SiS särskilt förstärkta vårdavdelningar (SFA) i efterhand inkluderats i granskningen.

Tillsynen omfattar också en granskning av de totalt 140 suicidförsök som rapporterats under perioden 1 juli 2023 till och med 7 juli 2024.

Tillsynsärendet har omfattat intervjuer med enskilda befattningshavare på ungdomshemmen och på huvudkontoret. Följande medarbetare från de granskade ungdomshemmen och från SiS huvudkontor har intervjuats

- behandlingspersonal x 7
- behandlingssekreterare x 5
- barn- och unga x 6 (3 flickor och 3 pojkar)
- enhetschef x 5
- psykolog x 3
- skolpersonal x 3
- sjuksköterska x 4
- säkerhetssamordnare x 3
- kvalitetschef x 3
- institutionschef x 3
- forsknings- och utvecklingsdirektören
- rättschefen
- ungdomsvårdsdirektören
- ekonomi- och planeringsdirektören
- chefen för sektionen för skola vid ungdomsvårdsavdelningen
- chefen för sektionen för myndighetsjuridik vid rättsavdelningen
- chefen för sektionen för kompetensutveckling vid HR-avdelningen
- chefen för sektionen för verksamhetsstöd vid ungdomsvårdsavdelningen
- enhetschef vid sektionen för verksamhetsstöd, ungdomsvårdsavdelningen
- medarbetare i det schemaprojekt som bedrivs vid HR-avdelningen.

Tillsynssektionen har också inhämtat kompletterande uppgifter från

- enhetschef och controller vid ekonomi- och planeringsavdelningens sektion för lokalförsörjning
- utredare vid säkerhetsavdelningens sektion för strategisk och operativ säkerhet

- analytiker, utredare och verksamhetsutvecklare vid ekonomi- och planeringsavdelningens sektion för verksamhetsanalys.

Disposition

I detta inledande kapitel presenteras syftet, inriktningen och genomförandet av tillsynsärendet.

Varje kapitel innehåller avsnitt och varje avsnitt är uppdelat i en bakgrund samt tillsynssektionens iakttagelser och bedömning.

Den rättsliga regleringen beskrivs övergripande i kapitel 2. Tillämpningen av bestämmelserna om vård i enskildhet beskrivs i kapitel 3. I kapitel 4 redovisas förutsättningar avseende lokaler, bemanning och kompetens samt hur de inverkar på ungdomshemmens förmåga att bedriva vård i enskildhet. I kapitel 5 beskrivs ledning och styrning och vissa grundläggande strukturer som bedöms vara centrala för myndighetens förmåga att bedriva en rättssäker, enhetlig och effektiv tillämpning av vård i enskildhet. Grundorsakerna till flera av de brister som identifieras i kapitlen 3–4 beskrivs i kapitel 5 om ledning och styrning. Det är därför möjligt att börja läsa det kapitlet om man vill ha en djupare förståelse för bedömningarna i de tidigare kapitlen. I kapitel 7 lämnas tillsynssektionens rekommendationer till myndigheten.

Förkortningar

IVO	Inspektionen för vård och omsorg
JO	Justitieombudsmannen
KAJ	SiS verksamhetssystem som används för Platsanvisning och placering, Behandlingsplanering och journalföring, Beslut och handlingar, Fakturering och Uppföljning.
SFA	Särskilt förstärkt avdelning
SIW	SiS interna webb (myndighetens intranät)

2. RÄTTSLIG REGLERING

Särskilda befogenheter

För att vården på de särskilda ungdomshemmen ska kunna genomföras har det ansetts nödvändigt att hemmet får använda vissa tvångsåtgärder mot den unge, s.k. särskilda befogenheter. De särskilda befogenheterna får enligt 20 a § LVU (1990:52) användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga, ska de användas. De särskilda befogenheterna ska sålunda användas med omdöme och restriktivitet. De särskilda befogenheterna gäller enligt lagtexten uttryckligen endast den som vårdas enligt 3 § LVU (de s.k. beteendefallen).

Bestämmelserna om vård i enskildhet

Vård i enskildhet är en tvångsåtgärd och en av SiS särskilda befogenheter som regleras i lag. Bestämmelserna om vård i enskildhet trädde i kraft den 1 juli 2003 och regleras i:

- 15 d § lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU
- 14 a § lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, LSU
- 34 a § lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

Bestämmelserna om vård i enskildhet tillkom för att det fanns ett behov av att kunna vårda den som vistas på en av SiS institutioner utan att han eller hon fritt får träffa andra som vårdas där. I motiven till bestämmelserna anges att det finns fall där barn eller unga som är intagna på ett särskilt ungdomshem över huvud taget inte kan vistas tillsammans med andra som vårdas vid hemmet. Ett beslut om vård i enskildhet är i vissa situationer ett nödvändigt steg för att den enskilde ska kunna få den vård som han eller hon behöver. Lagstiftarens avsikt är att sådan vård ska svara mot ett väl definierat vårdbehov som inte uppträder akut.²¹

Personalens säkerhet utgör dock inte en grund för vård i enskildhet. Däremot utgör personalens säkerhet en av grunderna för vård på låsbar enhet, vilket inte får sammanblandas med vård i enskildhet. Ett beslut om vård i enskildhet motiverat utifrån personalens säkerhet är alltså inte möjligt.

SiS har utfärdat riktlinjer som tydliggör vilka förutsättningar som måste vara uppfyllda för att de särskilda befogenheterna ska kunna användas. Av riktlinjen framgår bland annat att barnet eller den unge får vårdas i enskildhet om det krävs med hänsyn till hans eller hennes speciella behov av vård eller säkerhet eller säkerheten vid hemmet, och någon mindre ingripande åtgärd inte är tillräcklig.

²¹ Regeringens proposition 2002/03:53. Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m. sid 98.

SiS utfärdade den 1 juni 2023 även en instruktion med syfte att ge ytterligare vägledning och stöd vid tillämpning av bestämmelserna för vård i enskildhet, bland annat gällande beslutsgång, dokumentation, hur tillgången till personal för den enskilde ska ordnas samt vad som är viktigt att planera inför och under en vistelse i vård i enskildhet. Den sammanställer redan befintlig styrning till en helhet.

Bedömning av barnets bästa och rätten att komma till tals

Barn och ungas rätt till delaktighet är ett led i säkerställandet av barnets bästa som bl.a. kommer till uttryck i 1 § femte stycket LVU. Enligt bestämmelsen ska vad som är bäst för den unge vara avgörande vid varje beslut enligt LVU, vilket även följer av barnkonventionens artikel 12.

Beslut

Av SiS arbets- och delegationsordning framgår att beslutanderätten tillkommer institutionschefen. Institutionschefen har dock möjlighet att delegera rätten att fatta beslut om vård i enskildhet till enhetschef och operativ ledare.²²

Enligt 32 § Förvaltningslagen (2017:900) ska ett beslut som kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt innehålla en klagörande motivering.

Beslut om vård i enskildhet samt skälen därtill ska framgå av journalen. Det ska framgå

1. när vård i enskildhet påbörjades (datum för verkställande och namn och befattning på den personal som verkställde beslutet),
2. hur skyldigheten att fortlöpande pröva frågan om vård i enskildhet har fullgjorts, och
3. när vård i enskildhet avslutades (7 kap. 9 § tredje stycket SOSFS 2014:5).

²² Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, bilaga 2.

3. TILLÄMPNING AV BESTÄMMELSERNA FÖR VÅRD I ENSKILDHET

3.1 Skäl till vård i enskildhet

Bakgrund

I 15 d § LVU (1990:52) anges att om det krävs med hänsyn till barn och ungas speciella behov av vård eller säkerhet eller säkerheten vid hemmet, kan den unge hindras från att träffa andra som vårdas där genom att få vård i enskildhet. Vård i enskildhet ska vara anpassad efter den unges individuella vårdbehov.

Av förarbetena till lagen framgår att beslut om vård i enskildhet ska omprövas senast sju dagar efter föregående prövning för att tillgodose den enskildes krav på rättssäkerhet.²³

Riktlinjer/Juridik LVU

I SiS Riktlinjer/Juridik LVU betonas att vård i enskildhet innebär en inskränkning i barnets eller den unges rätt att vistas tillsammans med andra vid hemmet och är därmed en mycket ingripande åtgärd. Vård i enskildhet förutsätts gälla under en begränsad period och är endast avsedd att vara en tillfällig lösning, när det inte är möjligt att ge barnet eller den unge nödvändig vård när hen vistas i gemensamhet. Utgångspunkten är vidare att vården i enskildhet ska bedrivas så att barnet eller den unge så snart som möjligt kan återgå till att vårdas vid en avdelning tillsammans med andra som vårdas vid hemmet. Vården i enskildhet ska inte behöva pågå under längre tid än vad som krävs i det enskilda fallet. Barnet eller den unges samtycke eller egen vilja att få vård i enskildhet kan således inte ensamt ligga till grund för ett beslut om vård i enskildhet. Det innebär att barnet eller den unge inte självmant kan välja att vårdas i enskildhet. Om vård i enskildhet ska fortsätta krävs att de skäl som ligger till grund för åtgärden dokumenteras i ett omprövningsbeslut.²⁴

Myndighetens arbets- och delegationsordning

Samtliga stöдавdelningar har ett nationellt och myndighetsövergripande uppdrag att bland annat normera och styra tillämpningen av metoder och arbetssätt inom avdelningens ansvarsområde i samarbete med de avdelningar som berörs. De ska också följa upp att tillämpningen får avsedd effekt och utförs på korrekt sätt.

²³ Regeringens proposition 2002/03:53. Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m. sid 99.

²⁴ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.

Samtliga stöдавdelningars fokus ska vara att barn, unga och klienter inom SiS får en likvärdig, rättssäker och effektiv vård och behandling, skola och hälso- och sjukvård.²⁵

Ungdomsvårdsavdelningen ansvarar för att nationellt utveckla, leda och styra, planera, operativt stödja och samordna ungdomshemmens dagliga arbete med SiS uppdrag att bedriva individuellt anpassad tvångsvård av barn och unga och verkställa sluten ungdomsvård. Avdelningsdirektören ansvarar för ledning, styrning och stöd till institutionschefer. Direktören ansvarar också för ungdomshemmens resultat och att styrdokument, metoder och arbetssätt tillämpas och används som det är avsett, samt för att vidta åtgärder vid avvikelser.²⁶

Ungdomshemmens uppgifter är bland annat att vårda och behandla inskrivna barn och unga samt att implementera metoder och arbetssätt, dokumentera och följa upp verksamheten i enlighet med vad som anges i olika styrdokument.²⁷

lakttagelser

Vård i enskildhet innebär i korthet att den unge vårdas utan möjlighet att fritt träffa övriga ungdomar, men med ständig tillgång till personal, vilket möjliggör anpassning av vården utifrån den ungas individuella behov. Ungdomshemmen kan besluta om vård i enskildhet om det krävs med hänsyn till barn och ungas speciella behov av vård eller säkerhet eller säkerheten vid hemmet. Ärendegranskningen visar att de granskade besluten är motiverade utifrån något av dessa rekvisit.

Av intervjumaterialet framgår att de vanligaste orsakerna till att beslut om vård i enskildhet fattas är att samspelet mellan barnet eller den unge och övriga gruppen inte fungerar, eller att den unge bidrar till en behandlingsmiljö som är negativ för de andra på avdelningen. Det kan också vara så att den unga har en mycket svår och komplex problembild och inte har förmåga att vårdas i grupp och har behov av att vårdas enskilt. Många av de intervjuade framhåller att vissa barn och ungdomar har omfattande psykiatriska behov och att denna grupp har ökat vid SiS. Flickor beskrivs vara överrepresenterade i denna grupp.

Omfattningen av dessa barn och ungas behov av psykiatrisk behandling, i kombination med att SiS inom sitt uppdrag inte kan tillhandahålla tillräckligt specialiserad psykiatrisk vård, medför att de i högre utsträckning vårdas i enskildhet. Vårdtiden i enskildhet tenderar för dessa barn och unga även att bli lång.

²⁵ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.2.

²⁶ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.4.

²⁷ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 8.1.

Ärendegranskningen visar att det är vanligare att pojkar än flickor vårdas i enskildhet för att de behöver skyddas från andra. I 19 av de 32 granskade ärendena har barn och unga en fastställd neuropsykiatrisk diagnos och av dessa är 13 flickor. Det framgår även att vårdtiderna i enskildhet är längre för flickor än för pojkar. Väldigt långvariga vistelser i enskildhet (flera månader i sträck) förekommer i sex fall och av dessa är fem flickor. Så pass långa vårdtider motiveras av ungdomshemmen med att de individuella vårdbehoven kräver det. Det finns även exempel där det framgår av anteckningar från behandlingsteamsmöte att vård i enskildhet ska fortgå till dess att den unge skrivs ut, och att det inte är fråga om en tillfällig insats. I omprövningsbesluten görs därmed inte en förnyad bedömning om behovet av vård i enskildhet, utan endast en hänvisning till motiveringen i grundbeslutet.

Ärendegranskningen visar vidare att ungdomshemmen tar olika stor hänsyn till barnet eller den unges egen vilja att få vård i enskildhet. Det finns exempel på att barnet eller den unge har uppnått de behandlingsmål som var avsikten med vistelsen i enskildhet, men att deras vilja att fortsatt vårdas i enskildhet tillmätts avgörande betydelse vid omprövningen. Det bidrar i viss mån också till att vårdtiderna blir långa. Det förekommer även hot om att skapa "kaos" vid återgång till gemensamhet. I intervjuer uppges att det vid sådana situationer inte bedöms vara meningsfullt att låta ett barn eller ungdom återgå till gemensamhet om denne inte samtycker till det.

Det ska tilläggas att intervjumaterialet visar att det finns olika uppfattningar vid ungdomshemmen om hur vård i enskildhet ska tillämpas. Några av de intervjuade framhåller att de är restriktiva med att fatta beslut om vård i enskildhet och att det i så fall ska vara fråga om en mycket kortvarig insats, medan andra är mer benägna att fatta sådana beslut och att även låta insatsen pågå under lång tid. Skillnaden visar sig i ärendegranskningen där det framgår att vissa hem, i större utsträckning än andra, fattar flertalet kortvariga beslut om vård i enskildhet medan andra hem är mer benägna att ompröva besluten så att den sammanhängande vårdperioden blir längre. Att besluta om många korta perioder i enskildhet kan i vissa fall förklaras av brist på utrymmen för vård i enskildhet och ett behov av att prioritera vem som för stunden har störst behov av vård i enskildhet. Vidare kan skillnaderna i viss mån förklaras av att hemmen har olika målgrupper, men även olika inställning till vård i enskildhet som vårdform.

Även chefer på huvudkontoret ger uttryck för olika uppfattningar om hur bestämmelserna för vård i enskildhet bör tillämpas. Det finns exempel på att det ifrågasätts om vård i enskildhet alltid är en befogad insats och att ungdomshemmen ibland "målar in sig i ett Vie-hörn", samt att de inte vågar pröva andra former av behandling.

Även motsatt uppfattning framförs, att det är en nödvändig vårdform och att det behövs fler lokaler för vård i enskildhet på ungdomshemmen för att kunna tillgodose behoven hos den målgrupp som nu placeras på SiS ungdomshem.

Något som lyfts både i intervjuer vid ungdomshemmen och vid huvudkontoret är att det finns ett behov av en vård i mindre grupper för vissa barn och unga som inte nödvändigtvis innebär vård i enskildhet. Även JO beskriver detta behov av att kunna organisera verksamheten på ett sådant sätt att en intagen ges adekvat vård utan att som enda alternativ vårdas i enskildhet i beslut efter granskning av hur Statens institutionsstyrelse använder de särskilda befogenheterna avskiljande och vård i enskildhet.²⁸

Sammanfattningsvis går det att konstatera att nuvarande tillämpning av reglerna för vård i enskildhet leder till långvariga insatser. Samtidigt anger styrdokumentet att vård i enskildhet förutsätts gälla under en begränsad period och endast är avsedd att vara en tillfällig lösning. Tillämpningen följer således inte de riktlinjer som myndigheten utfärdat. Det framgår inte av styrdokumentet eller annan vägledning vad som avses med en tillfällig åtgärd eller om det finns någon borte gräns där vård i enskildhet måste upphöra. Av intervjumaterialet framgår att det finns en osäkerhet vid ungdomshemmen om de gör rätt vid tillämpningen av regelverket. Ungdomshemmen har dock inte någon upparbetad struktur för att eskalera frågor som rör tillämpning. Av intervjumaterialet framgår även att ungdomshemmen upplever att det är svårt att veta var de ska vända sig med sådana frågor och att det är otydligt vilken stöдавdelning de bör kontakta. Ingen har dock uppgivit att de skulle kontakta ungdomsvårdsavdelningens sektion för verksamhetsstöd, trots att de har till uppgift att samordna verksamhetsfrågor inom ungdomsvården.

Det framkommer att stöдавdelningar som normerar verksamheten inte följer upp att tillämpningen får avsedd effekt och utförs på korrekt sätt (se vidare avsnitt 5.3 Uppföljning). Sådan uppföljning är en förutsättning för att myndigheten själv ska kunna upptäcka brister i tillämpningen.

Ungdomsvårdsdirektören ansvarar vidare för att styrdokument, metoder och arbetssätt tillämpas och används som det är avsett. Det framkommer dock att det finns brister även i den uppföljningen (se vidare avsnitt 5.3 Uppföljning). Trots att uppföljningen brister förefaller det, mot bakgrund av vad som framkommit i intervjuer, att det är känt för myndigheten att vårdtiderna i enskildhet tenderar att bli långa. Ändå har inte myndigheten vidtagit några tydliga åtgärder för att vända utvecklingen. Det har exempelvis inte gått ut någon förtydligande vägledning i hur ungdomshemmen ska hantera de svårigheter som uppstår vid tillämpningen av reglerna avseende vård i enskildhet för de barn och unga som har svårt att vårdas tillsammans med andra.

²⁸ Justitieombudsmannen. Beslut, dnr 2802–2020.

När ingen förtydligande vägledning kommer från myndigheten blir det upp till de enskilda ungdomshemmen att göra egna bedömningar. Eftersom ungdomshemmen inte har forum för att löpande och systematiskt diskutera tillämpningsfrågor, vare sig lokalt vid ungdomshemmen eller nationellt, finns risk för att tillämpningen inte heller blir enhetlig, vilket ytterst utgör en fara för rättssäkerheten (se vidare avsnitt 5.2 Strukturer för implementering om bland annat rättstillämpningsforum).

Bedömning

Myndigheten behöver ge ungdomshemmen en tydlig viljeinriktning, eller förtydligande vägledning, för situationer där vård i enskildhet riskerar att bli längre än en kortvarig insats. Det finns flera vägar för myndigheten att gå – antingen verkar den för en förändring av tillämpningen, eller en förändring av regelverket, alternativt organiserar verksamheten på ett sådant sätt att den intagne ges adekvat vård utan att det medför långa vårdtider i enskildhet.

Nedan bedömningar återkommer på flera ställen i rapporten, bland annat i avsnitten 3.4 Ständig tillgång till personal och 4.3 Bemanning

Ungdomsavdelningen behöver skapa strukturer som möjliggör uppföljning av att styrdokument, metoder och arbetssätt tillämpas och används som det är avsett. Vidare behöver även stöдавdelningarna skapa strukturer för uppföljning av att tillämpningen av metoder och arbetssätt får avsedd effekt och utförs på korrekt sätt. Det skulle skapa förutsättningar för myndigheten att själv uppmärksamma när tillämpningen inte följer aktuellt regelverk.

Om myndigheten skapar en sådan struktur för implementering, eller tillämpningsforum, som beskrivs i avsnitt 5.2 Strukturer för implementering, kan dessa sannolikt även användas för den här typen av uppföljning. Vid sådana forum kan även ungdomshemmen lyfta svårigheter kring frågor om tillämpning, vilket gör att stöдавdelningar i ett tidigt skede kan ge en viljeinriktning eller förtydligande vägledning.

3.2 Vård i enskildhet vid särskilt förstärkta avdelningar, SFA

Bakgrund

Forsknings- och utvecklingsavdelningens sektion för forskning och utvärdering har utvecklat ett vårdkoncept kallat för särskilt förstärkt avdelning (SFA). I Programbeskrivning – särskilt förstärkta avdelningar ges en översikt av vad som avses med konceptet och hur vården på dessa avdelningar är utformad.²⁹ Bakgrunden till vårdkonceptet beskrivs vara behovet av anpassad vård för individer med omfattande psykiatrisk och neuropsykiatrisk problematik med en kombination av autism, intellektuell funktionsnedsättning, ADHD, PTSD, självskadebeteende samt kraftigt utagerande beteende. Vårdbehoven motsvarar delvis de som beskrivs inom Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), personkrets 1 och återfinns både inom ungdomsvården och missbruksvården, samt bland flickor och pojkar.

Av programbeskrivningen framgår att vården på SFA präglas av en förståelse för funktionsnedsatta individers förutsättningar och funktionsnivå för att möjliggöra förändring för målgruppen. Vidare framgår att såväl lokaler som vårdinnehåll ska vara anpassade efter dessa individers behov, bland annat ska egna rum, toalett, dusch och mindre vardagsrum och två gemensamhetsutrymmen erbjudas i den mån det är möjligt. Det är en fördel om det finns åtminstone två ingångar till avdelningen och att boenderummen är åtskilda från varandra. Avdelningen ska som mest ta emot fyra placerade ungdomar eller klienter samtidigt. Bemanning på avdelningarna ska vara utformad på ett sådant sätt att det all vaken tid ska finnas en behandlingsassistent per placerad klient eller ungdom.³⁰

I projektplanen inför uppstart av särskilt förstärkta avdelningar anges ett av effektmålen vara färre beslut om vård i enskildhet.³¹

Riktlinjer/juridik LVU

Om det uppstår en situation där ett barn eller en ungdom vistas ensam på en avdelning, exempelvis på en intagningsavdelning, kan det i praktiken innebära att hen får vård i enskildhet. Eftersom vård i enskildhet bara får beslutas om förutsättningarna för det är uppfyllda så måste hemmet omedelbart vidta åtgärder för att rätten till gemenskap ska tillgodoses. JO har betonat vikten av att vården inte bedrivs i en "gråzon" där det råder osäkerhet om åtgärderna står i överensstämmelse med lagstiftningen.

²⁹ Statens institutionsstyrelse. Programbeskrivning SFA, dnr 1.1.3-403-2021.

³⁰ Statens institutionsstyrelse. Programbeskrivning SFA, dnr 1.1.3-403-2021.

³¹ Statens institutionsstyrelse. Projektplan inför uppstart av särskilt förstärkta avdelningar, dnr 1.1.3-403-2021, version 1, sid 7.

Om en åtgärd i praktiken innebär att en ungdom är avskild eller vårdas i enskildhet genom en placering måste ledningen se till att det ordnas så att barnet eller ungdomen inte hindras från att ha kontakt med andra intagna.³²

Om en situation uppstår där ett barn eller en ungdom vistas ensam på en avdelning måste hemmet arbeta aktivt för att den tiden blir så kort som möjligt. Hemmet måste också vidta åtgärder för att minska den negativa påverkan det kan ha på barn och unga att vistas under sådana förhållanden. Hemmet behöver till exempel överväga om barnet eller den unge kan delta i aktiviteter eller gå i skolan med andra som vårdas vid hemmet, eller om barnet på något annat sätt kan vistas i gemenskap med andra barn och unga. De åtgärder som hemmet vidtar ska noggrant dokumenteras i myndighetens verksamhetssystem för bland annat journalföring, KAJ.³³

lakttagelser

Vården på särskilt förstärka avdelningar är utformad för att tillgodose målgruppens behov genom att bland annat erbjuda ett alternativ till boende och vård i gemenskap. Konceptet överlappar i viss mån utformningen av vård i enskildhet. Samtidigt saknas skriftlig vägledning i programbeskrivningen för SFA i frågan om beslut om vård i enskildhet är en förutsättning vid placering på särskilt förstärkt avdelning eller hur vård i enskildhet i övrigt ska tillämpas vid dessa avdelningar. Det framgår vidare av granskningen att åsikterna går isär inom myndigheten i denna fråga.

Av intervjumaterialet framgår att ett av de granskade ungdomshemmen som regel fattar beslut om vård i enskildhet, i samband med placering vid särskilt förstärkt avdelning, medan ett annat ungdomshem inte gör det. Eftersom det inte finns någon tydlig vägledning i programbeskrivningen för SFA om beslut om vård i enskildhet ska fattas för barn och unga på särskilt förstärkta avdelningar görs det olika.

JO har i OPCAT-inspektioner av ungdomshemmen Brättegården och Rebecka också uppehållit sig vid frågan och har ifrågasatt att tvångsåtgärder är en nödvändig förutsättning för verksamhet vid särskilt förstärkt avdelning, särskilt då det rör sig om åtgärder som varar under mycket lång tid, i många fall i över ett år.³⁴

³² Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.11.

³³ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.11.

³⁴ Justitieombudsmannen. Protokoll från Opcat-inspektion av Statens institutionsstyrelse, det särskilda ungdomshemmet Brättegården, den 3–5 juli 2023, dnr O-18-2023 och protokoll från Opcat-inspektion av Statens institutionsstyrelse, det särskilda ungdomshemmet Rebecka, den 13 september 2023, dnr O-20-2023.

Av den utvärdering av verksamheten vid särskilt förstärkta avdelningar som genomförts av forsknings- och utvecklingsavdelningens sektion för forskning och utvärdering framgår bland annat att effektmålet om minskad användning av vård i enskildhet för målgruppen har uppfyllts.³⁵ Samtidigt beskrivs i utvärderingens slutsatser att informationen om vård i enskildhet är svårtolkad, då just vård i enskildhet är en del av insatsen vid särskilt förstärkt avdelning, utifrån antagandet att individens behov är av sådan karaktär att vård i grupp kan verka menligt för individens hälsa och utveckling. Vidare anges att vård i gemenskap ska provas och erbjudas om den enskildes tillstånd tillåter och själv önskar, och informationen från KAJ tyder på att behandlingspersonalen i flera fall kunnat bryta enskildheten till förmån för vård i gemenskap.³⁶ Dessa iakttagelser i utvärderingen bidrar till uppfattningen att beslut om vård i enskildhet utgör en outtalad, om inte förutsättning, så en förväntad insats vid placering på särskilt förstärkt avdelning.

Myndighetens särskilt förstärkta avdelningar inom ungdomsvården har som regel plats för tre till fyra barn eller ungdomar. Det finns situationer där en intagen riskerar att få vård i enskildhet utan att något sådant beslut har fattats. Så blir till exempel fallet när tre av fyra intagna vårdas i enskildhet, eftersom det för den fjärde inte finns någon att ingå i gemenskap med.

Uttag från myndighetens verksamhetssystem för bland annat journalföring, KAJ, visar att den 11 oktober 2023 och den 11 april 2024 var tre respektive fyra barn och unga föremål för beslut om vård i enskildhet vid de totalt 19 platser som då fanns tillgängliga vid särskilt förstärkta avdelningar. På två av de fyra särskilt förstärkta avdelningarna hade ingen ett beslut om vård i enskildhet vid någon av tidpunkterna, vilket bidrar till bedömningen att tillämpningen av bestämmelserna för vård i enskildhet skiljer sig mellan hemmen. Det ska tilläggas att tillsynssektionen inte har kännedom om det vid tidpunkterna förelåg omständigheter såsom platsreduktion eller annat som påverkat det totala antalet platser.

I intervjuer med både medarbetare på ungdomshem med SFA och chefer på huvudkontoret framkommer att den handledning, kompetensbyggande och stöd som beskrivs i programbeskrivningen för SFA har stannat upp. Chefer på huvudkontoret uppger att SFA konceptet på grund av tidsbrist/arbetsbelastning inte har följts upp och utvecklats, och att stor personalomsättning har bidragit till att nyanställd personal inte heller hunnit få den handledning och kompetens som de enligt programbeskrivningen ska få. Under granskningen har det i intervju även framkommit att det finns ett muntligt uppdrag från ungdomsvårdsdirektören att utreda verksamheten vid särskilt förstärkta avdelningar och ta fram en plan för hur SFA ska övergå i förvaltning hos ungdomsvårdsavdelningen.

³⁵ Statens institutionsstyrelse. Utvärdering av de särskilt förstärkta avdelningarna, SFA, dnr 1.1.4-6462-2022.

³⁶ Statens institutionsstyrelse. Utvärdering av de särskilt förstärkta avdelningarna, SFA, dnr 1.1.4-6462-2022, sid 23.

Arbetet har dock, enligt uppgift från medarbetare vid ungdomsvårdsavdelningens sektion för verksamhetsstöd, pausats med anledning av annat som har högre prioritet. Vidare framgår att forsknings- och utvecklingsavdelningens sektion för verksamhetsutveckling har i uppdrag att föra in konceptet särskilt förstärkta avdelningar i myndighetens riktlinjer för behandling. Trots att både IVO och JO i sina granskningar påtalat brister i verksamheten som bedrivs vid särskilt förstärkta avdelningar har dock myndigheten inte prioriterat att tydliggöra hur SFA-konceptet ska tillämpas på de ungdomshem som har dessa avdelningar.³⁷

Bedömning

Myndigheten behöver ge ungdomshemmen en tydlig viljeinriktning, eller förtydligande vägledning, för hur reglerna om vård i enskildhet ska tillämpas vid särskilt förstärkta avdelningar (se även avsnitt 5.1 Kanalisering och prioritering av styrning).

3.3 Dokumentation av vård i enskildhet

Bakgrund

Riktlinjer LVU/juridik

Beslut om vård i enskildhet ska motiveras. Skälen för beslutet ska beskrivas på ett sådant sätt att barnet eller den unge förstår varför hen behöver vårdas i enskildhet. Ett sådant beslut ska alltid föregås av en proportionalitetsbedömning. Det innebär att andra mindre ingripande åtgärder alltid ska prövas eller övervägas innan vård i enskildhet blir aktuellt. Därutöver får ett beslut om vård i enskildhet bara fattas om det är till barnets eller den unges bästa (1 § femte stycket LVU). Det måste därför göras en bedömning av barnets eller den unges bästa innan ett beslut fattas.

Ett beslut om vård i enskildhet ska dokumenteras. Av beslutet ska det bland annat framgå vad som har beslutats, vilket lagrum som ligger till grund för beslutet, vilka mindre ingripande åtgärder som har övervägts eller prövats (proportionalitetsbedömning) och vad som bedömts vara till barnets eller den unges bästa samt vilka skäl som ligger till grund för beslutet.

Vård i enskildhet ska vara individuellt anpassad efter barnets eller den unges särskilda behov och ska ha ett tydligt syfte och innehåll. Detta behov bör finnas tydligt beskrivet i den individuella behandlingsplan som upprättats vid ungdomshemmet.

³⁷ Justitieombudsmannen. Protokoll från Opcat-inspektion av Statens institutionsstyrelse, det särskilda ungdomshemmet Brättegården, den 3–5 juli 2023, dnr O-18-2023 och protokoll från Opcat-inspektion av Statens institutionsstyrelse, det särskilda ungdomshemmet Rebecka, den 13 september 2023, dnr O-20-2023.

Barnet eller den unge ska informeras om hur vården ska bedrivas, vilka behandlingsmål som ska uppnås och på vilket sätt hen själva kan påverka sin situation. Hemmet ska aktivt arbeta för att vården i enskildhet kan avslutas när den inte längre behövs. Den planering som görs kan variera över tid och revideras när det behövs och i enlighet med frekvensen för rutinen för behandlingsplanering.

Vård i enskildhet får inte pågå längre tid än vad som krävs i det enskilda fallet. För att säkerställa rättssäkerheten ska därför ett beslut om sådan vård omprövas med jämna mellanrum. Ett beslut om vård i enskildhet ska alltid omprövas inom sju dagar efter föregående prövning. Det innebär att insatsen ska utvärderas kontinuerligt med utgångspunkten att vården ska återgå till att ges i gemensamhet så snart det är möjligt. Om vården i enskildhet ska fortsätta krävs att de skäl som ligger till grund för åtgärden att låta vården i enskildhet fortgå noggrant dokumenteras i omprövningsbeslutet.

Beslut om vård i enskildhet kan överklagas till förvaltningsrätten. Ett skriftligt beslut ska därför delges den unge som ska skriva under att hen har mottagit det. Delgivning bör ske snarast, om det inte finns särskilda hinder för det. Att delgivning har skett ska därefter dokumenteras i myndighetens journalsystem. Om den unge vägrar skriva under beslutet ska detta framgå.

Av den löpande dokumentationen ska det gå att följa hur behandlingsplanen genomförs. Det är viktigt att hemmet löpande dokumenterar i journalen vilka insatser och åtgärder som vidtas. Det är särskilt viktigt att dokumentera uppgifter i journalen om vilka åtgärder som har vidtagits för att motverka att barnet eller den unge isolerar sig, ex. vilka aktiviteter man motiverat barnet eller den unge till att delta i. Det är också viktigt att det dokumenteras vilka insatser eller åtgärder som vidtagits för att adressera vårdbehoven som föranlett vården i enskildhet.

I journalen ska det vidare bl.a. antecknas i vilken utsträckning den som vårdas i enskildhet har haft personal hos sig respektive har lämnats ensam, samt om ansvarig personal har gjort några särskilda iakttagelser när det gäller hur barnet eller den unge mår och beter sig. Anledningen till att barnet eller den unge lämnas ensam kortare stunder ska också framgå av journalen. I dokumentationen ska det även anges om personalen ska förhålla sig på något särskilt sätt under sådan tid som barnet eller den unge lämnas ensam, t.ex. hur tillsynen av barnet eller den unge då ska ordnas eller hur tillgången till personal ska tillgodoses. Det är institutionschefen som har det övergripande ansvaret för akt- och journalhanteringen.³⁸

³⁸ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.17 och 17.1.

Instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet

Oavsett skälen till vård i enskildhet ska det noga dokumenteras vilken vård och behandling som erbjuds, vad som behöver vara uppnått för att vård i enskildhet ska kunna avslutas, hur vården och behandlingen tagits emot och vilken utveckling som sker hos den unge. Det ska framgå av journalen när och på vilket sätt kommunikation har skett.

Journalanteckningar ska föras löpande så att det går att följa de bedömningar som görs, hur vården och planeringen fortgår och hur individen påverkas. För att kunna överväga behovet av vård i enskildhet behöver vården hela tiden utvärderas för att säkerställa att rätt vård och behandlingsaktiviteter görs. Övervägandena behöver göras dels utifrån den ungas uppfattning och inställning, dels utifrån berörda medarbetares bedömningar utifrån sin profession. Dessa bedömningar ska dokumenteras i myndighetens journalsystem.

Vid beslut att förlänga vård i enskildhet ska beslutsfattaren beskriva i beslutet vad utvärdering med den unge/klienten och behandlingsteam lett fram till och vad som motiverar att vården i enskildhet måste fortgå. Vid beslut att avsluta vård i enskildhet ska det antecknas på vilket sätt målen är uppnådda. Om det finns en behandlingsplan för tiden i vård i enskildhet görs detta genom uppföljning av planen, i annat fall ska detta tydligt beskrivas i journalen.³⁹

Arbets- och delegationsordning

Det ingår bland annat i varje chefs verksamhetsansvar att följa upp och utveckla verksamheten så att den bedrivs med rätt kvalitet. Det innebär vidare ansvar att säkerställa att arbetet bedrivs enligt gällande rätt och SiS styrdokument. Chefen ansvarar även för att bemanna verksamheten med rätt kompetens att utföra uppdraget.⁴⁰

Varje medarbetare inom SiS ska känna till och följa de lagar och förordningar, styrdokument och särskilda beslut som påverkar medarbetarens arbetsuppgifter. Medarbetaren ska även visa särskilt stor omsorg och noggrannhet vid handläggning och beslut som rör begränsning av den grundlagsskyddade fri- och rättigheten om rörelsefrihet.⁴¹

lakttagelser

Beslut

Av intervjuer framgår att den formella beslutsgången avseende vård i enskildhet i regel efterlevs och att besluten fattas av rätt beslutsfattare enligt bilaga till myndighetens arbets- och delegationsordning.

³⁹ Statens institutionsstyrelse. Instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet, dnr 1.4.2-1031-2023, version 1.

⁴⁰ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 5.1.1.

⁴¹ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 6.

I de flesta beslut anges även att vård i enskildhet bedömts vara till barnets eller den unges bästa utifrån en proportionalitetsbedömning. Ärendegranskningen visar dock att det inte alltid tydligt beskrivs vilket syfte och innehåll som vården ska ha och vad som barnet eller den unge behöver uppnå för att vården i enskildhet ska kunna avslutas. De behov som motiverar vård i enskildhet beskrivs ofta vara detsamma som själva innebörden av befogenheten, det vill säga att minska och/eller reglera kontakt och umgänge med andra. Det framstår därmed som att själva befogenheten utgör den insats som krävs. Vid intervjuer med unga som vårdas i enskildhet framkommer att det inte heller är tydligt för dem vilka insatser under vården i enskildhet som syftar till att de ska kunna återgå i gemenskap igen.

Ärendegranskningen visar även att det inte tydligt framgår av besluten vilka mindre ingripande åtgärder som har prövats innan beslut om vård i enskildhet fattas. Besluten kommuniceras dock med barnet eller den unge och denne informeras om möjlighet att överklaga. Besluten omprövas även var sjunde dag i enlighet med bestämmelserna. Eftersom vård i enskildhet många gånger är en långvarig insats omprövas besluten många gånger. Omprövningsbesluten innehåller dock inte alltid någon uppdaterad information och är i regel en upprepning av grundbeslutet. Medarbetare vid ungdomshemmen beskriver i intervjuer att det är svårt att både formulera och kommunicera beslut om fortsatt vård i enskildhet när insatsen inte avser att vara en sådan tillfällig åtgärd som myndighetens riktlinjer föreskriver. En annan omständighet som ärendegranskningen visar är att de beslutsskrivningar som finns i Riktlinje/Juridik LVU i regel används som "mallar" av ungdomshemmen. Beslutsskrivningarna i riktlinjen är dock formulerade utifrån att vården i enskildhet ska vara en tillfällig åtgärd. Vid en mer långvarig insats blir beslut med beslutsskrivningar från riktlinjen alltför kortfattade.

Journal

Av ärendegranskningen framgår vidare att det i myndighetens verksamhetssystem för bland annat journalföring, KAJ ofta saknas uppgifter om i vilken utsträckning den som vårdas i enskildhet har haft personal hos sig respektive har lämnats ensam (se vidare avsnitt 3.4 Ständig tillgång till personal). Däremot går det i viss mån att följa vad den unge har gjort under dagen och om det har inträffat några incidenter. Det finns även uppgifter om barnet eller den unges mående och beteende. Noteringarna saknar dock ofta en koppling till behandlingsplanen och det är därför svårt att följa ungdomens utveckling över tid. I intervjuer uppges att det försvårar arbetet för behandlingssamordnaren som ska följa upp att vård och behandling sker i enlighet med behandlingsplanen. När den löpande journalföringen inte innehåller noteringar som är kopplade till behandlingsplanen riskerar det att medföra att vård- och behandlingsinsatser inte kan följas upp samt utvärderas och därmed kan även nödvändiga insatser utebli. Därutöver handlar i regel noteringarna om vad som inte fungerat bra och det negativa som hänt under dagen.

Medarbetare vid ungdomshemmen uppger i intervjuer att även insatser och aktiviteter som har fungerat bra och bidragit till en positiv utveckling hos barnet eller den unge skulle behöva noteras i journalen, så att erfarenheterna kan användas i det fortsatta arbetet. Att det finns brister i dokumentationen beror, enligt de medarbetare som har intervjuats vid ungdomshemmen, till viss del på att det saknas kunskap om vad som ska dokumenteras och hur det ska göras, men även på att det inte finns tillräckligt med tid avsatt för journalföring.

Det kan konstateras att reglerna avseende dokumentation kräver stor omsorg och noggrannhet av varje medarbetare som bemannar vård i enskildhet. Verksamhetsansvarig chef ansvarar för att bemanna verksamheten med rätt kompetens att utföra uppdraget. Som framgår vidare i avsnitt 4.3 Bemanning, är det inte alltid enhetschefen som avgör vilken eller vilka medarbetare som ska bemanna vård i enskildhet.

Bedömning

Myndigheten behöver säkerställa att verksamheten dokumenteras enligt gällande rätt och SiS styrdokument. Att myndigheten dokumenterar sin verksamhet är av avgörande betydelse för den enskildes rättssäkerhet och en förutsättning för att kunna granska att lagen följs samt att besluten är sakliga och objektiva. Dokumentation är även en grundläggande förutsättning för att myndigheten ska kunna följa upp, utvärdera och i förlängningen utveckla verksamheten.

3.4 Ständig tillgång till personal under vård i enskildhet

Bakgrund

Riktlinjer/juridik LVU

Av riktlinjen framgår att när barnet eller den unge vårdas i enskildhet ska hen ha ständig tillgång till personal. Det innebär att personalen ska vara närvarande hela tiden. Personalens närvaro motverkar isolering och utgångspunkten är därför att barnet eller den unge alltid ska vistas tillsammans med personal, oavsett anledning till att hen vårdas i enskildhet. Dagtid ska personalen befinna sig i samma rum som barnet eller den unge eller i ett anslutande rum till hens boenderum. Barnet eller den unge ska kunna påkalla personalens uppmärksamhet utan att till exempel behöva knacka på en dörr eller använda tekniskt hjälpmedel.

Om barnet eller den unge vill vara ifred måste hänsyn tas till hens önskemål och rätt till integritet. Om en individuell bedömning gjorts av att barnet eller den unge får lämnas ensam, kan personalen lämna den del av avdelningen eller lokalen som avsedd för vård i enskildhet en kortare stund.

Vad som är en kortare stund måste bedömas utifrån omständigheterna i det enskilda fallet, men det får aldrig bli fråga om några längre perioder som verkar isolerande för barnet eller den unge. Om barnet eller den unge lämnas ensam måste det vara möjligt för hen att påkalla personalens uppmärksamhet, till exempel genom tekniskt hjälpmedel.

Det måste alltid finnas resurser avsatta för den som vårdas i enskildhet så att personalen inte är upptagen av annat när barnet eller den unge efterfrågar personalens närvaro.

Det finns anledning att framhålla att brist på personal eller olika prioriteringar som görs av hemmet aldrig får leda till att intagna som vårdas i enskildhet tvingas vara ensamma.⁴²

Instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet

I instruktionen förtydligas i viss mån vad som ska beaktas för det fall barnet eller den unge lämnas ensam kortare stunder. Den som vårdas i enskildhet har i många fall omfattande vårdbehov varför det alltid ska göras en individuell bedömning innan hen lämnas ensam utan tillgång till personal. I vissa fall, till exempel vid självskadebeteende eller stark ångest, är det ur vårdsynpunkt inte lämpligt att tillgodose önskemål om att få vara ensam. Om en ungdom/klient är påverkad av berusningsmedel, misstänks bära på sig narkotika eller något annat som kan utgöra fara, ska det också vägas in i bedömningen.

Beslutet att lämna den unge/klienten ensam ska dokumenteras noga. Detta kan göras i samlad logg under dagen för att sedan antecknas i journalen. I journalen ska framgå alla överväganden som gjorts, under vilken tid den unge/klienten lämnas ensam, varje tillsynstillfälle under tiden som den unge/klienten lämnas ensam samt hur tiden i ensamhet fortlöpte och hur vården har påverkats. Både eventuella förbättringar eller försämringar ska antecknas.

I instruktionen ges följande vägledning i vad som avses med en kortare stund. Detta ska bedömas utifrån individuella behov och förutsättningar. Någon exakt tid som ska gälla för alla unga och klienter går inte att fastställa. Det kan tänkas att någon tillåts vara ensam men att personal finns nära och i direkt anslutning och med korta, regelbundna intervaller knackar på för att titta till den som vårdas i enskildhet. Den som bedöms mer stabil kan av naturliga skäl lämnas ensam i större utsträckning än den med riskbeteende eller mer omfattande vårdbehov. Det får aldrig bli fråga om längre perioder som verkar isolerande. En kort stund ska vara just en kort stund och vård i enskildhet ska inte förväxlas med en avskiljning. Utifrån den vägledning som finns, bland annat i beslut från JO, kan konstateras att en eller flera timmar utan tillsyn och möjlighet till interaktion med personal inte är en kort stund.⁴³

⁴² Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.10.

⁴³ Statens institutionsstyrelse. Instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet, 1.4.2-1031-2023, version 1, avsnitt 5.2.

Vidare framgår att ständig tillgång till personal är en avgörande skillnad mellan vård i enskildhet och avskiljning.

Det är enhetschefens ansvar att se till att avdelningen bemannas för att möta kraven på ständig tillgång till personal, och att det under dygnets alla timmar finnas en utsedd medarbetare som ansvarar för barn och unga i vård i enskildhet.⁴⁴

Arbets- och delegationsordningen

Av myndighetens arbets- och delegationsordning framgår att stöдавdelningarna har i uppdrag att normera och styra tillämpningen av metoder och arbetssätt. Stöдавdelningarna har även i uppdrag att följa upp att tillämpningen får avsedd effekt och utförs på korrekt sätt.⁴⁵

Avseende vård i enskildhet har rättsavdelningen samt forsknings- och utvecklingsavdelningen utfärdat reglerande normering. Rättsavdelningen genom Riktlinjer/juridik LVU samt forsknings- och utvecklingsavdelningen genom Instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet.

Ungdomsvårdsdirektören ansvarar för ledning, styrning och stöd till institutionschefer. Direktören ansvarar också för ungdomshemmens resultat och att styrdokument, metoder och arbetssätt tillämpas och används som det är avsett, samt för att vidta åtgärder vid avvikelser.⁴⁶

lakttagelser

I intervjuer och ärendegranskning framkommer att det förekommer att barn och unga som vårdas i enskildhet lämnas ensamma, både utifrån att de själva bett om det men även för att personal lämnar utrymmet för vård i enskildhet en stund för att göra något annat. Det framkommer även att de överväganden som gjorts, det vill säga tiden då den unge lämnas ensam, tillsynstillfällen under den tiden, samt hur tiden i ensamhet fortlöpte sällan dokumenteras, vare sig på avsedd blankett eller i SiS verksamhetssystem för bland annat journalföring, KAJ. Det förekommer även exempel på att ungdomshem upprättat lokala anvisningar som medger undantag från dokumentationskraven i styrdokumentet för situationer där personalen lämnar utrymmet för vård i enskildhet endast två–tre minuter (se vidare avsnitt 5.4 Styrdokument).

⁴⁴ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.13.

⁴⁵ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.2.

⁴⁶ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.4.

Av intervjumaterial framgår att instruktionen för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet som gäller från och med den 1 juni 2023 inte är implementerad ute på hemmen. Dock framgår det redan av de tidigare upprättade Juridik/riktlinjer LVU att tillfällen då den unge lämnas ensam under vård i enskildhet ska dokumenteras.

Att instruktionen inte är tillräckligt implementerad är således inte hela svaret på bristande regelefterlevnad. Av intervjumaterialet framgår vidare att tolkningen av "kortare stund" varierar stort inom myndigheten. Den vanligaste tolkningen är tio till femton minuter men samtidigt framförs att det inte kan uteslutas att det förekommer betydligt längre perioder i praktiken. Det framkommer exempel på tillämpning av kortare stund där den unge lämnas ensam för att titta på film. Ett annat exempel framgår av en lex Sarah-utredning som genomfördes efter en fullbordad suicid av en ungdom som vårdades i enskildhet. Där framgår att hen lämnades ensam i en timme och femton minuter utan tillgång till personal.⁴⁷

Den unge kan lämnas ensam en "kortare stund" om hen själv ber om det, men det är inte reglerat i styrdokumentet vem som ska ansvara för bedömning av om det är lämpligt att lämna den som vårdas i enskildhet ensam. I intervjuer uppges att bedömningen i praktiken görs av den personal som får frågan. Det framgår även i avsnitt 4.2 Kompetens att det inte är reglerat vilken kompetens som behövs för att bemanna vård i enskildhet och att det förekommer att vikarier får utföra arbetsuppgiften. I kombination med de riskfaktorer, bland annat suicidrisk, som ofta finns kopplade till barn och unga som vårdas i enskildhet, är en iakttagelse att bedömningen av när den unge kan lämnas ensam bör tilldelas personal med särskild kompetens. En sådan ordning skulle även kunna bidra till mer enhetlig tillämpning av såväl "kortare stund" som av hur bedömningen av lämpligheten att tillåtas vara ensam i utrymmet för vård i enskildhet genomförs.

Av intervjuer framgår vidare att barn och unga som vårdas i enskildhet är inlåsta i utrymmet för vård i enskildhet under natten utan att personal befinner sig i boenderummet eller i direkt anslutande rum. Det skiljer sig även mellan ungdomshemmen var tjänstgörande personal befinner sig under natten och på vilket sätt de är nåbara för barn och unga som vårdas i enskildhet. I Juridik/riktlinjer LVU anges att personalen dagtid ska befinna sig i samma rum som barnet eller den unge eller i ett anslutande rum till hens boenderum. Däremot ger riktlinjerna ingen vägledning i vad som gäller för övrig tid. En iakttagelse är att även om det framgår av myndighetens styrdokument att det under dygnets alla timmar ska finnas en utsedd medarbetare som ansvarar för den unge som vårdas i enskildhet, ges inte tillräckligt stöd för vad detta ansvar innebär på annan tid än dagtid.

⁴⁷ Statens institutionsstyrelse. Utredning och beslut enligt lex Sarah om allvarligt självmordsförsök vid SiS ungdomshem Folåsa, dnr 2.10.3-5619-2023.

Det framgår av tillsynssektionens granskning av inrapporterade suicidförsök under perioden från och med den 1 juli 2023 till och med den 7 juli 2024 att drygt hälften av händelserna inträffat då barnet eller den unge vårdats i enskildhet. Bedömd suicidrisk utgör ibland skäl till att barn och unga vårdas i enskildhet och därför är det förväntat att barn och unga i den gruppen är överrepresenterade i statistiken över suicidförsök.

Mot den bakgrunden är det anmärkningsvärt att myndigheten inte varit tydligare i sin vägledning av vad som avses med kortare stund och att bedömningar om att göra avsteg från kravet om ständig tillgång till personal och närvaro av personal inte kan styrkas genom dokumentation i journal.

Även i detta avsnitt kan det konstateras att normerande stödavdelningarna inte har följt upp att tillämpningen får avsedd effekt och utförs på korrekt sätt. Inte heller förefaller inrapporterade avvikelser och kvalitetsbrister få till följd att förtydligande vägledning ges till verksamheten. Därutöver saknas forum där medarbetare, såväl inom de olika ungdomshemmen som på nationell nivå kan diskutera frågor som rör tillämpning och på så sätt verka för en ändamålsenlig enhetlighet (se vidare avsnitt 5.2 Strukturer för implementering).

Bedömning

Myndigheten behöver tillse att tiden då den unge lämnas ensam dokumenteras korrekt. Vidare behöver myndigheten ge förtydligande vägledning i vad som avses med ”kortare stund” och hur ansvaret för ett barn eller ungdom som vårdas i enskildhet ser ut på annan tid än dagtid.

Myndigheten bör överväga en ordning där bedömningen av när den unge kan lämnas ensam endast tilldelas personal med särskild kompetens. Myndighetens stödavdelningar behöver vidare, tillsammans med ungdomsvårdsavdelningen, hitta gemensamma och förutsägbara strukturer för hur arbetssätt, metoder och styrdokument ska implementeras i myndigheten. Vidare behöver myndighetens stödavdelningar skapa strukturer som möjliggör uppföljning av att tillämpning av exempelvis normering får avsedd effekt och utförs på korrekt sätt. Därutöver behövs en struktur för hur förtydligande vägledning kan nå ut till medarbetare som arbetar i verksamheten, exempel på hur så kallade tillämpningsforum skulle kunna utformas ges i avsnitt 5.2 Strukturer för implementering.

3.5 Isoleringsbrytande åtgärder under vård i enskildhet och så kallad "utsluss"

Bakgrund

Juridik/riktlinjer LVU

Det finns en risk för att vården i enskildhet leder till att barnet eller den unge isolerar sig. En sådan isolerande verkan av vården måste motverkas. Hemmet måste därför ibland frångå barnets eller den unges önskemål om att få lämnas i fred. Utöver ständig tillgång till personal ska hemmet även se till att barnet eller den unge aktiveras och motiveras att ha kontakt med andra barn och unga och se till att det skapas förutsättningar för detta, samt att hen i så stor utsträckning som möjligt deltar i gemensamma aktiviteter som ordnas. Utgångspunkten är att vården i enskildhet ska bedrivas så att barnet eller den unge så snart som möjligt kan återgå till att vårdas vid en avdelning tillsammans med andra som vårdas vid hemmet. Vården i enskildhet ska inte behöva pågå under längre tid än vad som krävs i det enskilda fallet.⁴⁸

Iakttagelser

I intervjuer och ärendegranskning framkommer att ungdomshemmen strävar efter att på olika sätt motverka den isoleringen som vård i enskildhet riskerar att medföra genom att bland annat erbjuda skola, utevistelser och fritidsaktiviteter i gemenskap.

Åtgärder som ska motverka isolering ser lite olika ut och erbjuds i varierande utsträckning. Barn och unga kan exempelvis få äta sin måltid tillsammans med övriga på avdelningen, delta i en pingisturnering eller andra liknande aktiviteter. I ett av de besökta ungdomshemmen har barn och unga som vårdas i enskildhet möjlighet att under kortare stunder ta emot besök av andra ungdomar i utrymmet för vård i enskildhet, vilket dock inte tillåts på något av de andra besökta ungdomshemmen.

Av intervjumaterialet framgår vidare att barn och unga som vårdats i enskildhet, kortare eller längre period, i varierande utsträckning tillåts delta mer i gemensamma aktiviteter för att vänja sig vid vistelse i gemenskap, så kallad "utsluss", innan vården i enskildhet avslutas. Metoden tillämpas vid alla de besökta ungdomshemmen och förefaller ha blivit en etablerad praxis, även om den inte finns beskriven i något av de reglerande styrdokument. Av tillsynssektionens ärendegranskning framgår att "utsluss" förekommer under en eller flera perioder i 19 av 32 granskade ärenden. Det framgår således att "utsluss" tillämpas som en isoleringsbrytande åtgärd oavsett om det finns någon plan för att barnet eller den unge ska återgå till vård i gemenskap eller inte.

⁴⁸ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.10.

JO har under flera år uppmärksammat att SiS använder en metod som innebär att myndigheten låter intagna, som är föremål för vård i enskildhet, vistas tillsammans med andra intagna utan att beslutet först upphävs. JO har i ett särskilt ärende utrett om det finns lagligt stöd för den metoden.⁴⁹ I sitt beslut konstaterar denne att en åtgärd som innebär att den intagne återgår till att vårdas tillsammans med andra intagna inte är tillåten om inte beslutet om vård i enskildhet först upphävs. JO bedömer alltså att SiS saknar lagstöd för den metod som myndigheten har skapat.⁵⁰

Bedömning

Med anledning av JO:s beslut av den 16 december 2024 behöver myndigheten ta ställning till om det arbetssätt som innebär att barn och unga som vårdas i enskildhet tillåts vistas tillsammans med andra intagna behöver förändras. Om myndigheten anser att metoden även i fortsättningen ska tillämpas bör den överväga att hemställa om en lagändring som ger uttryckligt stöd för denna metod.

3.6 Skola under vård i enskildhet

Bakgrund

Barn och unga som är placerade inom SiS har rätt till utbildning motsvarande den skolform ungdomen tillhör och SiS ansvarar för att tillgodose denna rättighet.⁵¹ Skolverksamheten inom SiS omfattas av samma regler som skolväsendet i övrigt, med ett fåtal nödvändiga undantag till följd av att ungdomen är placerad på ett ungdomshem.⁵² Inom SiS har placerade ungdomar rätt till att delta i undervisning motsvarande heltidsstudier och denna rättighet ska kvarstå under hela placeringstiden.⁵³

Av myndighetens arbets- och delegationsordning framgår att det vid ungdomsvårdsavdelningen finns en sektion för skola. Sektionen leds av en sektionschef som benämns skolchef. Skolchefens uppgift är att stödja huvudmannen så att SiS följer de författningar som reglerar skolan. Sektionens uppgift är vidare att utveckla, stödja, samordna och följa upp SiS skolverksamhet med fokus på alla barn- och ungas rätt till god utbildning som i omfattning, innehåll och kvalitet lever upp till krav enligt skolförfattningarna.⁵⁴

⁴⁹ Justitieombudsmannen. Beslut, dnr 1469–2023.

⁵⁰ Justitieombudsmannen. Beslut, dnr 1469–2023.

⁵¹ Artikel 28 barnkonventionen, 2 kap. 18 § regeringsformen (1974:152) och 3 kap 7 § socialtjänstförordningen (2001:937) samt 7 kap 2–3 §§ Skollagen (2010:800).

⁵² 24 kap. 8–9 §§ Skollagen (2010:800).

⁵³ 7 kap. 17 §, 16 kap. 17 § och 17 kap. 6 § samt 19 kap. 19 § Skollagen (2020:800).

⁵⁴ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.4.2.

Av instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet framgår att vård i enskildhet som regel inte ska påverka skolgången men beroende på skälen till vård i enskildhet kan skolplaneringen behöva anpassas. Om den unge inte kan delta i ordinarie verksamhet kan skolgången behöva anordnas vid avdelningen. Rektor, i nära samarbete med avdelningen, ansvarar för att bemanna på ett sådant sätt att den unge får sin rätt till skolgång tillgodosedd.⁵⁵

I Riktlinje för SiS ungdomsvård – Mottagning och behovsbedömning samt Behandling, betonas att skola och utbildning är en stark skydds- och friskfaktor för ett liv utan kriminalitet, missbruk och annat socialt nedbrytande beteende. En målsättning under hela placeringen ska därför vara att verka för att stärka ungdomarnas förutsättningar för vidare studier eller arbete. Miljön på avdelningarna vid ungdomshemmet ska vara lärande och skolfrämjande. Aktiviteter på avdelningarna ska planeras och samordnas i syfte att främja en lyckad skolgång och en positiv skolidentitet och under skoltid ska skola prioriteras framför annan verksamhet.⁵⁶

lakttagelser

De besökta ungdomshemmen tillhandahåller skola till unga som vårdas i enskildhet i olika utsträckning och på olika sätt. I något fall har ungdomshemmet som utgångspunkt att undervisning för barn och unga som vårdas i enskildhet ska ges tillsammans med andra i skolans lokaler, det vill säga inom ramen för ordinarie verksamhet, och i andra hand ges enskilt i skolans lokaler. Endast i undantagsfall genomförs då undervisning på avdelningen. På andra ungdomshem är det i regel enskild undervisning på avdelningen som erbjuds.

Skillnaderna beror i vissa fall på att förutsättningarna ser olika ut, genom att barn och ungas vårdbehov skiljer sig åt, men det kan även röra sig om andra omständigheter, som exempelvis lokalernas utformning. Det finns dock exempel på att medarbetares egen inställning till skolgång påverkar i vilken utsträckning de aktivt arbetar med att motivera barn och unga till att delta i undervisning. Intervjuade lärare beskriver att olika avdelningar jobbar olika mycket med skolfrämjande insatser och samarbetet med skolan. Det finns även olika uppfattningar bland lärarna om hur undervisning till barn och unga som vårdas i enskildhet bör ges.

Trots att det framgår av instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet att undervisning i första hand ska ges genom att barnet eller den unge deltar i ordinarie verksamhet visar intervjumaterialet att tillämpningen inte är enhetlig.

⁵⁵ Statens institutionsstyrelse. Instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet, 1.4.2-1031-2023, version 1, avsnitt 6.4.

⁵⁶ Statens institutionsstyrelse. Riktlinje för SiS ungdomsvård – Mottagning och behovsbedömning & Behandling, 2022-09-26, avsnitt 4.3 Skola, dnr. 1.1.4- 5833-2022.

Bedömning

Ungdomsvårdsdirektören behöver säkerställa att styrdokument, metoder och arbetssätt tillämpas och används som det är avsett. Det ankommer vidare på alla verksamhetsansvariga chefer att följa upp verksamheten så att den bedrivs med rätt kvalitet. Myndigheten behöver förbättra sin förmåga att genom uppföljning upptäcka när styrdokument inte följs eller när tillämpningen inte sker på ett enhetligt sätt (läs vidare i avsnitt 5.3 Uppföljning).

Vad avser undervisning behöver myndigheten säkerställa att miljön på avdelningarna är lärande och skolfrämjande och att ungdomshemmen erbjuder barn och unga, som vårdas i enskildhet, undervisning på ett sätt som skapar ändamålsenlig nationell enhetlighet.

Även den huvudregel som framgår i instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet, att barn och unga som vårdas i enskildhet som huvudregel ska delta i ordinarie skolverksamhet (det vill säga i gemensamhet), bör ses över med anledning av JO:s beslut av den 16 december 2024 (se tidigare avsnitt 3.5 Isoleringsbrytande åtgärder under vård i enskildhet).

4. FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR VÅRD I ENSKILDHET

4.1 Lokaler

Bakgrund

Krav på ändamålsenliga lokaler

Enligt 7 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende, HSLF-FS 2016:55, ska den som bedriver verksamhet i form av hem för vård eller boende se till att hemmets lokaler och utrustning är ändamålsenliga för den verksamhet som bedrivs i hemmet. Lokalerna ska vidare vara anpassade så att de möjliggör en trygg och säker vård.

Arbets- och delegationsordning

Sektionen för lokalförsörjning har till uppgift att tillgodose myndighetens behov av väl fungerande och verksamhetsanpassade lokaler på kort- och lång sikt, samt att normera lokaler, inklusive gemensamma funktioner.⁵⁷ Säkerhetsavdelningen ansvarar, genom ett

⁵⁷ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.7.1.

systematiskt säkerhetsarbete, för att SiS verksamhet, lokaler och organisation är väl anpassade till att bedriva trygg och säker tvångsvård.⁵⁸

Inom SiS finns två grupper av styrdokument – strategiska respektive reglerande. Strategiska styrdokument preciserar ledningens målsättningar och övergripande tillvägagångssätt för att nå målsättningarna. Det finns tre kategorier av strategiska styrdokument: policy, strategi och plan. Reglerande styrdokument anger vad som gäller inom ett visst område samt vad som ska göras eller hur någonting ska eller bör genomföras. De finns två kategorier av reglerande styrdokument – riktlinje och instruktion.⁵⁹

Myndighetens reglering av ändamålsenliga lokaler

SiS har tagit fram en lokalförsörjningsstrategi för perioden 2020–2030. Av den framgår att den verksamhet som SiS bedriver ställer särskilda krav på lokalerna.⁶⁰ Av lokalförsörjningsstrategin framgår vidare hur myndigheten ska prioritera mellan ny- och ombyggnation och vilka åtgärder som ska vidtas före andra i händelse av om myndigheten tvingas prioritera. Högst prioritet ges åtgärder som är kopplade till lag och myndighetskrav, exempelvis att säkerställa en god arbetsmiljö och att det finns ändamålsenliga avskiljningsrum, utrymmen för vård i enskildhet, goda möjligheter till utevistelser, motion och fritid samt ventilation och ett fullgott brandskydd. Därefter följer åtgärder för att säkerställa kapacitet och för att säkerställa kvalitén inom verksamhetens grunduppdrag.⁶¹

Av Instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet framgår att ändamålsenligheten kännetecknas av att lokalen för vård i enskildhet har separat sovrum och vardagsrum, tillgång till toalett och dusch, fönster med ljusinsläpp samt uteplats för utomhusvistelse. Vidare framgår att det ska finnas personalutrymme intill utrymmet för vård i enskildhet där personalen kan vistas om den unge/klienten har önskemål om och får vara ifred en stund.⁶² Forsknings- och utvecklingsavdelningen är dokumentägare till instruktionen.

Av både Riktlinjer/Juridik (avsnitt 7.6.10) och av Instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet (avsnitt 5.1.) framgår att det ska finnas möjlighet att påkalla personalens uppmärksamhet utan att använda något tekniskt hjälpmedel. Vidare framgår av båda styrdokumenterna att om den som vårdas i enskildhet lämnas ensam i måste det vara möjligt för hen att påkalla personalens uppmärksamhet, till exempel genom tekniskt

⁵⁸ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.12.

⁵⁹ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 2.2.

⁶⁰ Statens institutionsstyrelse. Lokalförsörjningsstrategi 2020–2023, dnr 2.1.1-4966-2023, version 2, sid 5.

⁶¹ Statens institutionsstyrelse. Lokalförsörjningsstrategi 2020–2023, dnr 2.1.1-4966-2023, version 2, sid 16.

⁶² Statens institutionsstyrelse. Instruktion för beslut, planering och genomförande av Vv, dnr 1.4.2-1031-2023, avsnitt 4, version 1.

hjälpmedel.⁶³ Forsknings- och utvecklingsavdelningen är dokumentägare till instruktionen och rättsavdelningen är dokumentägare till Riktlinje/Juridik LVU.

Av SiS interna kravställning avseende verksamhetslokaler – rumsfunktionsprogram för SiS standardhus framgår de tekniska förutsättningar som krävs för att myndighetens verksamhet ska kunna bedrivas på ett ändamålsenligt sätt.⁶⁴ Syftet med programmet är bland annat att det ska fungera som underlag för projektering i bygghandlingsskedet. Enligt uppgift från dokumentägaren, sektionen för lokalförsörjning, är kravspecifikationen utgångspunkt även vid ombyggnationer men beroende på lokalernas förutsättningar varierar det i vilken utsträckning de kan följas. I rumsfunktionsprogrammet ingår kravställning för vardagsrum och bostadsrum i utrymmet för vård i enskildhet och av den framgår att bostadsrum som används för vård i enskildhet ska vara utrustade med suicidförebyggande handtag med så kallad ”flip down-funktion”. Däremot framgår inga krav på påkallningsknapp. Rumsfunktionsprogrammet finns inte publicerat i myndighetens styrdokumentsbibliotek på myndighetens intranät Siw.

Normering av teknisk och fysisk säkerhet på SiS institutioner beskriver den tekniska och fysiska säkerheten vid SiS-hemmen och ska gälla då myndigheten bygger nya lokaler, renoverar befintliga lokaler eller vidtar säkerhetshöjande åtgärder vid SiS institutioner. Av normeringen framgår bland annat att lokaler för vård i enskildhet och avskiljningsrum ska vara ändamålsenliga och att utrymmen för vård i enskildhet ska ha möjlighet till påkallning med påkallningsknapp om behov uppstår.⁶⁵ Däremot framgår ingen specifik information om suicidsäkrade handtag. Dokumentet finns sedan den 24 oktober 2024 publicerat i myndighetens styrdokumentsbibliotek på Siw. Enligt uppgift från dokumentägaren, sektionen för strategisk och operativ säkerhet, likställs dokumentet med ett reglerande styrdokument samt att översyn av dokumentets innehåll pågår.

lakttagelser

Det framgår av medarbetare både från stöдавdelningar och kärnverksamhet att det finns olika uppfattningar om vad som utgör ändamålsenliga lokaler för vård i enskildhet. Medarbetare från kärnverksamheten upplever att det är svårt att veta vad som gäller och vart man ska vända sig när det gäller frågor om hur lokaler för vård i enskildhet ska vara utrustade och vem som ytterst ansvarar för frågan. Situationen leder till att förhandlingsliknande situationer uppstår och att det ibland upplevs svårt att få stöd och hjälp.

⁶³ Statens institutionsstyrelse. Instruktion för beslut, planering och genomförande av Vie, dnr 1.4.2-1031-2023, avsnitt 4, version 1 och Riktlinjer/Juridik LVU, version 2024-05-15, avsnitt 7.6.10.

⁶⁴ Statens institutionsstyrelse. Rumsfunktionsprogram SiS Standardhus, dnr 1.4.2-696-2017, reviderad 2018-09-18, sid 2.

⁶⁵ Statens institutionsstyrelse. Normering av teknisk och fysisk säkerhet på SiS institutioner, dnr 1.1.4-3313-2019, sid 9.

Tillsynssektionens ärendegranskning och inrapporterade klagomål visar att barn och unga ibland upplever det svårt att få kontakt med personalen från utrymmet där de vårdas i enskildhet.

Vidare redovisas i avsnitt 3.4 Ständig tillgång till personal att drygt hälften av alla rapporterade suicidförsök inom ungdomsvården (perioden 1 juli 2023 t.o.m. 7 juli 2024) genomförs av barn- och unga som vårdas i enskildhet. Tillsynssektionen har därför, i samband med verksamhetsbesöken undersökt förekomst av påkallningsknapp och handtag med så kallad "flip down-funktion" i de bostadsrum som ligger i de lokaler som är avsedda för vård i enskildhet. På ett av de tre besökta ungdomshemmen finns såväl påkallningsknapp som suicidsäkrade handtag i samtliga bostadsrum. På de andra två ungdomshemmen saknas sammantaget suicidsäkrade handtag i cirka var tredje bostadsrum, och fasta påkallningsknappar saknades i cirka var fjärde bostadsrum. Där det saknas fasta påkallningsknappar har ungdomshemmet ibland löst funktionen med en mobil batteridrivna påkallningsknapp.

Som framgår av bakgrundsavsnittet har SiS upprättat fyra reglerande styrdokument som på olika sätt beskriver ändamålsenliga lokaler för vård i enskildhet. Dokumentet Normering av teknisk och fysisk säkerhet på SiS institutioner⁶⁶ har upprättats av säkerhetsavdelningen, som enligt SiS arbets- och delegationsordning har ansvar för att SiS verksamhet, lokaler och organisation är väl anpassade till att bedriva en trygg och säker tvångsvård. Av normeringen framgår att lokaler för vård i enskildhet ska vara utrustade med påkallningsknapp. Eftersom dokumentet Normering av teknisk och fysisk säkerhet på SiS institutioner är upprättat före dess att riktlinjen för styrdokument⁶⁷ började gälla är den inte kategoriserad i enlighet med SiS arbetsordning. Sedan den 24 oktober 2024 har normeringen funnits tillgängligt i myndighetens styrdokumentsbibliotek på Siw.

Sektionen för lokalförsörjning har till uppgift att normera lokaler, arbetar enligt rumsfunktionsprogrammet. Rumsfunktionsprogrammet finns dock inte tillgängligt i styrdokumentsbiblioteket och programmet innehåller inga krav på påkallningsknapp. Det framgår av intervjuer med medarbetare på sektionen att sektionen för lokalförsörjning har budgetansvar för påkallningsknapp och liknande funktioner men att de saknar kännedom om säkerhetsavdelningens normering om att påkallningsknapp ska finnas i de bostadsrum som används för vård i enskildhet. Vidare framgår att tilldelning av medel i första hand ska användas till normerade "ska" funktioner och därefter till sådant som snarare bedöms som "önskvärt".

De övriga två styrdokumenterna – Riktlinjer/juridik LVU och Instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet – anger att det ska vara möjligt för barn och unga att

⁶⁶ Statens institutionsstyrelse. Normering av teknisk och fysisk säkerhet på SiS institutioner, dnr 1.1.4-3313-2019

⁶⁷ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer för styrdokument, dnr 1.4.2-3565-2023, version 1.

påkalla personalens uppmärksamhet, till exempel genom tekniska hjälpmedel, om de lämnas ensamma. Dessa styrdokument är kategoriserade som reglerande styrdokument och finns publicerade i myndighetens styrdokumentsbibliotek på Siw, men har upprättats av avdelningar som enligt arbets- och delegationsordningen saknar normerande ansvar för lokaler.

Sammanfattningsvis är ett av styrdokumentet inte tillgängligt via myndighetens styrdokumentsbibliotek, och det är i övrigt svårt att bedöma vilken status de olika styrdokumentet har eftersom de inte är kategoriserade som reglerande styrdokument på det sätt som anges i myndighetens arbets- och delegationsordning. Det leder i sin tur till att det svårt att avgöra vad som utgör ändamålsenliga lokaler för vård i enskildhet.

Genomförd granskning har även visat att det förekommer att vård i enskildhet genomförs i andra lokaler än de som är avsedda för ändamålet. I instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet framgår att vid avsaknad av lokaler som lever upp till samtliga av de kriterier som kännetecknar ändamålsenliga lokaler, enligt punktlistan i instruktionen, ska det mest lämpliga utrymmet väljas. I normering av teknisk och fysisk säkerhet på SiS institutioner och i rumsfunktionsprogrammet anges ingen motsvarande vägledning.

Utöver att myndigheten behöver bidra med tydlig och tillgänglig reglering av vad som krävs för att lokaler för vård i enskildhet ska anses vara ändamålsenliga, bör myndigheten också ta ställning till vad som ska gälla i det fall vård i enskildhet behöver genomföras i lokaler som inte är avsedda för ändamålet, det vill säga om det ska finnas någon form av dispensmöjlighet. Det kan röra sig om situationer där styrdokument börjat att gälla innan nödvändiga anpassningar hunnit genomföras, eller när planerade åtgärder tar längre tid än beräknat och regelefterlevnad inte är möjlig under viss tid. Om sådana undantag ska vara möjliga bör de föregås av en riskbedömning och sedan dokumenteras.

Det framgår av verksamhetsbesök och intervjumaterial att ungdomshemmens utrymmen för vård i enskildhet i praktiken betraktas och används som lokala resurser, det vill säga att när behov av vård i enskildhet uppstår på ett ungdomshem, är det respektive ungdomshems lokala resurser som avgör förutsättningarna för genomförandet. I vilken utsträckning utrymmen för vård i enskildhet är belagda med barn och unga som har beslut om vård i enskildhet varierar mellan de besökta hemmen. På något hem står lokalerna för vård i enskildhet oanvända och/eller används till annat, och andra hem beskriver att bristen på ändamålsenliga lokaler för vård i enskildhet kan leda till konsekvenser. Exempelvis kan de behöva prioritera vissa barn och unga med behov av vård i enskildhet framför andra med motsvarande behov. Det förekommer även att kapacitet för vård i enskildhet frigörs genom att tillfälligt platsreducera på ett hem, samtidigt som kapacitet för vård i enskildhet kan

finnas tillgänglig på andra ungdomshem. Det kan därför övervägas om utrymmen för vård i enskildhet kan användas som en nationell resurs.

Bedömning

Reglering avseende utrymmen för vård i enskildhet återfinns i flera olika styrdokument, med delvis oklar status som styrdokument, olika dokumentägare och varierande tillgänglighet. Myndigheten behöver tydliggöra hur lokaler för vård i enskildhet ska vara utformade för att anses som ändamålsenliga. Myndigheten bör vidare överväga att lägga all normering avseende lokaler för vård i enskildhet i ett och samma styrdokument eller, om det inte är möjligt, att tillse att tydliga hänvisningar finns mellan de olika styrdokumenterna (se vidare avsnitt 5.4 Styrdokument).

Myndigheten bör även överväga att införa ett förfarande för undantag i de fall vård i enskildhet behöver ges i lokaler som inte är anpassade för ändamålet, (se vidare avsnitt 5.2 Strukturer för implementering). Sådana undantag bör riskbedömas och dokumenteras. Ett sådant förfarande borde även kunna bidra till en nationellt samlad bild av var eventuella brister finns och därigenom underlätta prioritering av åtgärder.

Myndigheten kan vidare överväga att betrakta utrymmen för vård i enskildhet som en nationell resurs för att i så stor utsträckning som möjligt bedriva vård i enskildhet i anpassade lokaler.

4.2 Kompetens

Bakgrund

Enligt socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård och boende (HSLF-FS 2016:55) framgår att personalen i ett hem för vård eller boende ska ha den utbildning, den erfarenhet och den personliga lämplighet som behövs för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Personalens sammantagna kompetens vad gäller utbildning och erfarenhet ska ge förutsättningar för att möta de behov av vård som målgruppen har, och säkerställa en trygg och säker vård. Av allmänna råd framgår att personalen bör ha minst en 2-årig eftergymnasial utbildning och att flertalet bör ha en utbildning med inriktning mot socialt arbete, socialpedagogik eller beteendevetenskap. Vidare framgår av 3 § att den som bedriver verksamhet i form av hem för vård eller boende ska se till att personalen får den introduktion, handledning och kompetensutveckling som de behöver för att kunna utföra sina arbetsuppgifter.⁶⁸

⁶⁸ Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård och boende (HSLF-FS 2016:55), kapitel 5, sid 4.

Av SiS riktlinjer om kompetenskrav för uppgifter inom vård och behandling från 2016 framgår att utbildningskravet för omvårdande och motiverande behandlingsarbete är minst examen från 2-årig eftergymnasial utbildning vid folkhögskola eller yrkeshögskola (KY/YH) med inriktning mot socialt/pedagogiskt behandlingsarbete eller examen från högskola med motsvarande inriktning.⁶⁹ SiS riktlinjer om kompetenskrav för uppgifter inom vård och behandling finns publicerade i styrdokumentsbiblioteket på myndighetens intranät Siw. Dokumentägare är sektionen för kompetensförsörjning och arbetsmiljö.

Generaldirektören fattade den 1 juli 2021 beslut om att dåvarande befattningen som behandlingsassistent skulle delas upp i tre befattningar för klientnära arbete, behandlingsassistent, behandlingspedagog och behandlingssamordnare.⁷⁰ Införandet av de nya befattningsbenämningarna har medfört differentierade utbildningskrav utifrån respektive befattning. För befattningen behandlingsassistent är idag utbildningskravet gymnasieutbildning, vilket innebär att myndigheten avviker från socialstyrelsens allmänna råd gällande utbildningskrav. Fördelningen av de tre befattningarna i gruppen tillsvidareanställda rekommenderades att vara minst cirka 70 procent behandlingspedagoger, högst 20 procent behandlingsassistenter och minst 10 procent behandlingssamordnare. Sedan den 21 november 2024 finns även information om befattningsbeskrivningar för de tre klientnära befattningarna publicerade på myndighetens intranät Siw, under stöd och service/HR.

HR-avdelningens sektion för kompetensutveckling har, enligt SiS arbetsordning, nationellt ansvar för kompetensutveckling inom myndigheten. Sektionen har också i uppgift att systematiskt arbeta med behovsanalyser, prioriteringar tillsammans med övriga avdelningar, omhänderta identifierade behov av kompetensutveckling, utformning, planering, genomförande, förvaltning och uppföljning av myndighetens kompetensutveckling. Sektionen ska avropa resurser och experter från andra avdelningar och institutioner och gemensamt planera inför framtagande och genomförande av kompetensutvecklingsinsatser.⁷¹

Under fliken "min anställning" på Siw finns information om SiS grundutbildning. Där framgår att det är obligatoriskt för alla nya tillsvidareanställda att genomgå den första modulen av grundutbildningens totalt tre moduler. Syftet med grundutbildningen är att säkra att alla nya tillsvidareanställda får grundläggande kunskap om myndighetens

⁶⁹ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer om kompetenskrav för uppgifter inom vård och behandling, dnr 1.4.1-4151-2016, sid 4.

⁷⁰ Statens institutionsstyrelse. Beslut om revidering av nya befattningar och roller inom SiS, dnr 1.4.2-2521-2020.

⁷¹ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.8.3.

uppdrag, verksamhet och arbete i klientnära roller. Alla nya tillsvidareanställda som ska arbeta i klientnära roller, såsom behandlingsassistent, behandlingspedagog och behandlingssamordnare ska genomföra Modul 2. I denna modul ingår vård i enskildhet som en del i utbildningsavsnittet om särskilda befogenheter. Modul 3 är obligatorisk för övriga tillsvidareanställda i klientnära roller, såsom lärare, sjuksköterskor, psykologer och behandlingssekreterare.

Av arbets- och delegationsordningen framgår att det ingår i chefers verksamhetsansvar att bemanna verksamheten med rätt kompetens för att utföra uppdraget.⁷²

lakttagelser

Det finns delvis motstridiga uppgifter gällande utbildningskrav för klientnära befattningar publicerade på myndighetens intranät Siw. De utbildningskrav som blev resultatet av generaldirektörens beslut 2021, om uppdelning av klientnära befattningar, finns återgivna i de befattningsbeskrivningar som finns under HR-stöd på myndighetens intranät SIW. Generaldirektörens beslut medför att SiS riktlinjer om kompetenskrav för uppgifter inom vård och behandling⁷³ delvis blir inaktuella. Riktlinjerna återfinns dock fortfarande under styrdokumentbiblioteket som riktlinjer. Av generaldirektörens beslut framgår att befattningskatalog med dnr 2.9.3-2989-2020 upphör att gälla men inte hur riktlinjerna från 2016 påverkas. Det blir otydligt vad som gäller när information publiceras på olika platser, innehåller delvis motstridiga uppgifter och på så sätt får oklar status. Det ska dock tilläggas att den uppdelning av klientnära befattningar som generaldirektören beslutade om 2021 har fått genomslag i verksamheten.

Det finns flera regler kring hur vård i enskildhet ska bedrivas och arbetsuppgiften kräver kunskap och noggrannhet. Arbetsuppgiften utförs därutöver ofta som ensamarbete med barn och unga som har stora vårdbehov, exempelvis är barn och unga som vårdas i enskildhet överrepresenterade i statistiken över suicidförsök (se vidare avsnitt 3.4 Ständig tillgång till personal). Trots det finns det inte beskrivet vilken kompetens medarbetaren som ska bemanna vård i enskildhet behöver ha.

Kompetenshöjande insatser når inte ut till alla

Av intervjumaterialet framgår att de besökta ungdomshemmen i möjligaste mån försöker bemanna vård i enskildhet med tillsvidareanställd personal, men att det inte alltid är möjligt. Bemanningen sker i dagsläget av medarbetare med samtliga anställningsformer. Det framgår av statistik från HR-avdelningen, gällande ungdomsvården, att grupperna visstidsanställda och timvikarier tillsammans utgjorde mellan 40–42 procent av samtliga anställda i de

⁷² Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 5.1.1.

⁷³ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer om kompetenskrav för uppgifter inom vård och behandling, dnr 1.4.1-4151-2016.

klientnära befattningarna under åren 2021–2023. Enligt uppgift från HR-avdelningen genomgår visstids- och timanställda sällan grundutbildningen. Det medför att en stor andel av medarbetarna som i dag ansvarar för barn och unga inte har tagit del av det befintliga utbildningsavsnittet avseende vård i enskildhet som ingår i grundutbildningens modul 2.

Enligt information på myndighetens intranät Siw ska dock alla anställda, oavsett anställningsgrund, genomgå de så kallade obligatoriska utbildningarna, såsom grundläggande brandskydd, suicidprevention, konflikthantering och hjärt- och lungräddning. Dessa utbildningar ska, enligt informationen på Siw, ges inom modul 2 på grundutbildningen eller lokalt. Av intervjuunderlaget framgår att kompetensen hos timvikarier inte följs upp, vilket innebär att kunskap saknas om timvikarier faktiskt genomgår de obligatoriska utbildningarna.

Vidare visar statistik från HR-avdelningen att när samtliga anställningsformer slås ihop utgör gruppen anställda med befattningen behandlingsassistent mellan 48–52 procent av medarbetarna med klientnära befattningar under perioden 2021–2023. För år 2024 var andelen 51 procent. Det är således sannolikt att många av medarbetarna som bemannar vård i enskildhet återfinns i befattningsgruppen med lägst utbildning och/eller är vikarier. I de fall de är vikarier tar de inte heller del av grundutbildningen och det inslag om vård i enskildhet som ingår i den.

Förslag om utbildningsinsats för medarbetare som bemannar vård i enskildhet

Forsknings- och utvecklingsavdelningens sektion för verksamhetsutveckling har konstaterat att det finns ett gap mellan befintlig kompetens och önskad kompetens hos medarbetare som bemannar vård i enskildhet. Sektionen för verksamhetsutveckling beskriver att det finns en bristande kännedom och kunskap i alla led om hur vård i enskildhet ska bedrivas. Sektionen har därför lämnat ett förslag till HR-avdelningen om att en digital utbildningsinsats tas fram för att ge medarbetare och chefer en heltäckande utbildning inom området vård i enskildhet.

Av det inlämnade förslaget framgår att avsnittet om vård i enskildhet i grundutbildningens modul 2 inte bedöms vara tillräckligt för att säkerställa att kunskap finns för att utföra vård i enskildhet i enlighet med lagar och SiS styrdokument. De huvudområden som enligt underlaget ska ingå i utbildningen är rättslig reglering, lokaler och vårdmiljö, planering och genomförande samt journalföring. Enligt uppgift från HR-avdelningen är framtagandet av kompetensutvecklingsinsatsen påbörjat, men fördröjs på grund av att sakkunniga på berörda stöдавdelningar behöver prioritera andra arbetsuppgifter.

Tillsynssektionen håller det för sannolikt att viss vård i enskildhet även i fortsättningen kommer att behöva bemannas med visstids- och timanställda medarbetare, som inte kommer att ta del av grundutbildningen eller vars kompetens inte kontrolleras eller följs upp.

För att den kommande digitala utbildningsinsatsen ska få effekt på rättssäkerheten för den som vårdas i enskildhet, krävs att den når ut till samtliga medarbetare som genomför arbetsuppgiften. Det kan antingen ske genom att begränsa arbetsuppgiften till vissa medarbetare eller genom att säkerställa att alla medarbetare tar del av den kompetenshöjande insatsen.

Ansvar för att identifiera och omhänderta behov av särskild kompetens

Det framgår av myndighetens arbets- och delegationsordning att samtliga stödavdelningar har ett nationellt och myndighetsövergripande uppdrag att normera och styra tillämpningen av metoder och arbetssätt inom sitt ansvarsområde.⁷⁴ Det anges dock inte något tydligt ansvar för att beskriva vilka resurser som behövs, exempelvis en särskild kompetens, för att metoder och arbetssätt ska kunna utföras i enlighet med SiS styrdokument. Detta medför en risk att det bli svårt att avgöra om befintlig personalresurs har den kompetens som behövs och, i förlängningen, identifiera vilka eventuella kompetensutvecklande insatser som behövs.

HR-avdelningens sektion för kompetensutveckling har bland annat till uppgift att systematiskt arbeta med behovsanalyser, prioriteringar tillsammans med övriga avdelningar och omhänderta identifierade behov av kompetensutveckling.⁷⁵ Det saknas dock ett utpekat ansvar för övriga avdelningar att identifiera de behov av särskild kompetens som finns, det vill säga konkreta förmågor som medarbetaren måste ha för att kunna utföra arbetsuppgiften på önskvärt sätt. Dagens arbetssätt präglas snarare av att efterfråga utbildningsinsatser än att beskriva kompetens. Skillnaden framstår tydligt i hur de olika delarna följs upp, utbildningsinsats är klar när den är genomförd medan kompetens syftar till att följa upp den faktiska förmågan och är nära kopplat till det systematiska kvalitetsarbetet. Ett sådant motsvarande ansvar skulle sannolikt underlätta arbetet med behovsinventering.

Bedömning

Myndigheten behöver antingen upphäva SiS riktlinjer om kompetenskrav för uppgifter inom vård och behandling och ta bort dokumentet från styrdokumentsbiblioteket, alternativt uppdatera riktlinjerna i enlighet med generaldirektörens beslut från 2021.

Vidare behöver de avdelningar som normerat metoder och arbetssätt för vård i enskildhet beskriva vilken kompetens som behövs för att kunna utföra arbetet på korrekt sätt.

⁷⁴ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.2.

⁷⁵ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.8.3.

Det skulle möjliggöra för verksamhetsansvariga att bemanna verksamheten med rätt kompetens och i förlängningen även beskriva vilka eventuella kompetensutvecklingsinsatser som behövs.

Myndigheten bör även överväga att förtydliga normerande avdelningars ansvar att beskriva vilka resurser som behövs, exempelvis en särskild kompetens, för att tillämpningen av metoder och arbetssätt ska kunna utföras på ett korrekt sätt.

Vidare bör myndigheten överväga att förtydliga avdelningarnas ansvar att identifiera behov av kompetensutveckling, som ett komplement till sektionen för kompetensutvecklings uppgift att behovsinventera och att omhänderta identifierade behov av kompetensutveckling.

4.3 Bemanning

Bakgrund

Den som bedriver verksamhet i form av hem för vård eller boende ska anpassa bemanningen i hemmet så att den ger förutsättningar för att tillgodose de behov av vård som de placerade personerna har, och säkerställa en trygg och säker vård.⁷⁶

Av SiS arbets- och delegationsordning framgår att chefens verksamhetsansvar bland annat innebär att bemanna verksamheten med rätt kompetens för att utföra uppdraget.⁷⁷

I myndighetens instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet anges att ungdomshemmen särskilt ska tänka på att upprätta arbetsschema där det framgår vilken medarbetare och under vilken tidpunkt som den ska vistas med barn och ungdomar som vårdas i enskildhet. Bemanningen ska även anpassas utifrån risk för hot, våld och avvikning. Det framgår också att dagliga rutiner och schema ska vara tillgängliga för barnet/den unge i som vårdas i enskildhet, schemat ska bl.a. innehålla uppgifter om vem i personalen som ska vistas med barnet eller den unge som vårdas i enskildhet.⁷⁸

Riskfyllt ensamarbete

Det finns, utöver bemanning av vård i enskildhet, andra styrdokument som ställer krav på ungdomshemmens förmåga att anpassa bemanningen.

⁷⁶ Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende (HSLF-FS 2016:55), 6 kap. 1 §.

⁷⁷ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 5.1.1.

⁷⁸ Statens institutionsstyrelse. Instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet, dnr 1.4.2-1031-2023, version 1, sid 16–17.

Av SiS Riktlinje för bedömning av riskfyllt ensamarbete framgår att dessa bedömningar ska genomföras dagligen och uppdateras löpande vid förändringar. En arbetsuppgift som innebär en påtaglig risk för våld eller hot om våld får inte utföras som ensamarbete.⁷⁹

Säkerhetsbedömning

En säkerhetsbedömning ska upprättas för alla barn och unga på SiS i syfte att underlätta bedömningen av vilka åtgärder som behövs för att reducera riskerna i verksamheten. Säkerhetsbedömningen ska användas som ett underlag och stöd inför aktiviteter som kräver riskbedömningar, till exempel utevistelser, förflyttningar eller ensamarbete. Säkerhetsbedömningen ska revideras varannan månad eller så snart nya omständigheter tillkommit som kan föranleda ny bedömning.⁸⁰

Vidare kan misstanke om suicidrisk medföra att beslut om extra tillsyn (ständig eller periodisk) behöva fattas. Sådan tillsyn ska utföras av medarbetare med kunskaper om bemötande av självmordsnära personer i den omfattning som behövs och ha tydliga instruktioner om vad som ska observeras och ha tillgång till stöd av medarbetare med särskild kunskap om suicidalitet.⁸¹

Slutligen framgår det av myndighetens instruktion för att förebygga, upptäcka och agera vid sexuella övergrepp⁸², att övergrepp, där den misstänkte är en medarbetare, oftast sker när denne arbetar ensam med placerade barn och unga. I samma stycke framgår att hemmen "alltid bör ta hänsyn till de förutsättningar som respektive hem har kring utevistelser, vård i enskildhet, vård utanför institutionen och övrigt ensamarbete utifrån institutionens utformning och miljö".⁸³

Ekonomiska förutsättningar

Ungdomshemmens budget för bemanning fördelas utifrån antal platser och typ av tjänst. Indirekt tar fördelningsmodellen hänsyn till vårdinnehållets komplexitet genom att personaltätthet modifieras efter den tjänst som erbjuds på de olika avdelningarna. Till detta kommer ersättning för bemanningsposter kopplade till specifika satsningar såsom operativa ledare, klass 1 och så vidare.

⁷⁹ Statens institutionsstyrelse. Riktlinje för bedömning av riskfyllt ensamarbete, reviderad 2022-12-19, dnr 1.4.2-8364-2022.

⁸⁰ Statens institutionsstyrelse. Riktlinje för säkerhetsbedömning, dnr 1.4.2-6841-2023, version 2, avsnitt 3.4.

⁸¹ Statens institutionsstyrelse. Riktlinjer för självmordsprevention och hantering av allvarliga självmordsförsök och självmord inom SiS, dnr 1.4.2-1945-2015, sid 6.

⁸² Statens institutionsstyrelse. Instruktion för att förebygga, upptäcka och agera vid sexuella övergrepp, dnr 1.4.2-2415-2023, version 1.

⁸³ Statens institutionsstyrelse. Instruktion för att förebygga, upptäcka och agera vid sexuella övergrepp, dnr 1.4.2-2415-2023, version 1, avsnitt 3, sid 8.

Under budgetprocessen 2024 har hemmen även kunnat äska om tillägg för bland annat vård i enskildhet och säkerhetsbedömningar. Utifrån avvägda prioriteringar och myndighetens finansiella förutsättningar har 91 miljoner kronor tilldelats särskilt under äskandeprocessen.

lakttagelser

Av intervjumaterialet framgår att ungdomshemmen har svårt att bemanna vård i enskildhet inom ramen för befintlig personalresurs. De avdelningar som har utrymmen för vård i enskildhet har ingen högre bemanning. Det betyder att när ett beslut fattas om att ett barn eller en ungdom ska vårdas i enskildhet måste en medarbetare avdelas för att bemanna den vården. Det uppstår då en "vakans" på avdelningen som måste täckas på annat sätt, oftast genom timvikarie eller av övertid.

Inför år 2025 har förändringar i budgettilldelning genomförts, bland annat för att förstärka bemanningen för vård i enskildhet. Enligt verksamhetsplan 2025–2027 ska bemanningen förstärkas genom att platser för vård i enskildhet finansieras utifrån samma premisser som ordinarie platser.⁸⁴ Enligt uppgift från ekonomi- och planeringsavdelningen innebär det att en avdelning med sex ordinarie vårdplatser och ett utrymme för vård i enskildhet, får budgetmedel för sju vårdplatser, oavsett om det sjunde rummet utnyttjas eller inte. Ändringen syftar till att ge hemmen bättre ekonomiska förutsättningar för att bemanna verksamheten om det uppstår ett behov av vård i enskildhet. Samtidigt framgår av verksamhetsplan 2025–2027 att särskilda medel har avsatts för att använda platser för vård i enskildhet som ordinarie platser inom ungdomsvården för att skyndsamt tillskapa platser på befintliga avdelningar.⁸⁵ Det förefaller därför som att samma medel har avsatts både för att öka bemanningen, men också för att öka antalet platser, samtidigt som detta inte går att genomföra samtidigt. Det utgör ett exempel på att myndigheten ger olika styrsignaler i samma fråga.

Styrdokument som i första hand inte avser vård i enskildhet kan påverka vilken bemanning som behövs vid genomförandet av sådan vård. Exempelvis kan barnets eller den unges säkerhetsbedömning visa på förhöjd risk för exempelvis våld eller avvikning. En arbetsuppgift som innebär en påtaglig risk för våld eller hot om våld får inte utföras som ensamarbete. För dessa fall bemannar ungdomshemmen i regel vård i enskildhet med två medarbetare.

Även myndighetens instruktion för att förebygga, upptäcka och agera vid sexuella övergrepp kan påverka bemanningen av vård i enskildhet. Av intervjuer framgår att ungdomshemmen gör olika tolkning av i vilken utsträckning det är möjligt för manliga medarbetare att bemanna vård i enskildhet och genomföra utresor med flickor.

⁸⁴ Statens institutionsstyrelse. Verksamhetsplan 2025–2027, sid 31.

⁸⁵ Statens institutionsstyrelse. Verksamhetsplan 2025–2027, sid 34.

Uppfattningen att manlig personal inte får/bör åka ut eller vistas ensam med flickor som har vård i enskildhet genomsyrar bemanningsplaneringen på vissa hem medan andra hem endast försöker att anpassa bemanningen utifrån kön när särskilda skäl föranleder det.

Användning av timvikarier och övertid

Det framgår således att det krävs omfattande användning av timvikarier och övertid för att matcha bemanningsbehovet till följd av bland annat vård i enskildhet, som utgör cirka en tiondel av ungdomsvårdens producerade vårdtyg. I syfte att bromsa kostnadsutvecklingen för dessa poster fattade ungdomsvårdsdirektören den 29 april 2024 beslut om att införa åtgärder gällande övertid och timtid.⁸⁶ Beslutet innehåller delvis olika åtgärder för olika ungdomshem. Gemensamma åtgärder för samtliga ungdomshem är att minska nyttjandet av övertid och timtid samt stopp för planerad övertid. Genom beslutet lämnas hemmen med en målkonflikt mellan att anpassa bemanningen i hemmet så att den ger förutsättningar för att tillgodose de behov av vård som de placerade personerna har, eller att bromsa kostnadsutvecklingen för vikarie- och övertidsposterna.

Det som framgår av ovanstående stycken utgör ett exempel på när myndigheten ger styrsignaler som delvis pekar i olika riktning. Olika avdelningar ger styrning utan att myndigheten lämnar vägledning kring hur de sammantaget ska tillämpas. Det blir då upp till varje enskilt ungdomshem att tolka styrningen med risk för att tillämpningen brister i enhetlighet. De som intervjuats vid ungdomshemmen uppger att det därutöver är svårt att veta var de ska vända sig för att få vägledning.

Det har under tillsynen framkommit att det saknas en grundläggande analys av vilken bemanning som faktiskt krävs för att genomföra ungdomsvården uppdrag. För att komma till rätta med situationen har myndigheten initierat ett projekt för bemanning och schema som organisatoriskt sorterar under HR-avdelningen, sektionen för arbetsgivarpolitik. Det finns ingen skriftlig uppdragsbeskrivning som tillsynssektionen har kunnat ta del av för att kunna beskriva vilket syfte och mål som projektet har. Av intervju med projektgruppen framgår att projektet bland annat ska undersöka vilken grundbemanning som krävs för att bedriva verksamheten i enlighet med gällande rätt och interna styrdokument samt utforma förslag till en enhetlig schemamodell att införa i myndigheten. Projektgruppen ska särskilt beakta faktorer såsom vakanstälighet, möjligheter till dygnsvila och att minska övertid vid utformandet av schemamodell och förslag till grundbemanning.

Bemanningsplanering för vård i enskildhet

Det framgår av intervjuer att uppgiften att bemanna vård i enskildhet och att upprätta arbetsschema där det framgår vem som ska vistas med barn eller ungdomar som vårdas i enskildhet under vilken tid i viss utsträckning vilar på medarbetare med befattningar utan

⁸⁶ Statens institutionsstyrelse. Beslut om att införa åtgärder gällande övertid och timtid, dnr 2.9.6-3912-2024.

arbetsledande ansvar, såsom samordnare eller dagansvarig. Att bemanningsplanering vilar på medarbetare utan säkerställd kompetens för arbetsuppgiften ökar risken för att medarbetare tilldelas arbetsuppgifter de saknar kompetens för och i värsta fall att de därmed genomförs i strid med gällande rätt och interna styrdokument. Det framgår också att arbetsschemat emellanåt inte delges den unge som vårdas i enskildhet med hänvisning till säkerhetsskäl. Tillsynssektionen menar att sådan tillämpning kan vara motiverad men att den bedömningen i sådant fall bör framgå av ungdomens journal. Reglerande styrdokument behöver även ändras så att det framgår att denna anpassning kan göras.

Bedömning

För att undvika att olika stöдавdelningar ger styrsignaler som delvis pekar i olika riktning, utan att myndigheten lämnar vägledning i hur styrningen sammantaget ska tillämpas, behöver ungdomsvårdsavdelningens sektion för verksamhetsstöd ansvara för att kanalisera och prioritera styrning från den strategiska nivån till institutionerna.

För det fall en situation med olika styrsignaler ändå uppstår, behöver sektionen för verksamhetsstöd vara den kontaktpunkt som ungdomshemmen kan vända sig till för vägledning. Sektionen bör sedan, i samarbete med stöдавdelningarna, ta fram den vägledning som behövs och kanalisera svaren till alla berörda ungdomshem. Om sektionen på så sätt kunde fungera som en "midja" mellan avdelningarna och ungdomshemmen skulle det i förlängningen bidra till en mer ändamålsenlig nationell enhetlighet i tillämpningen (se vidare avsnitt 5.1 Kanalisering och prioritering av styrning).

Ungdomsvårdsavdelningen bör även överväga att erbjuda tillämpningsforum där det ges möjlighet att lyfta och diskutera tillämpningsfrågor och nå ut med förtydligande vägledning, även det i syfte att åstadkomma en nationellt ändamålsenlig enhetlighet vid tillämpningen. Exempelvis behöver vägledning ges till hemmen om användning av manlig personal när en flicka vårdas i enskildhet. Det behöver vidare säkerställas att arbetsschema för vården i enskildhet upprättas av en chef vars verksamhetsansvar bland annat innebär att bemanna verksamheten med rätt kompetens för att utföra uppdraget.

Myndigheten behöver analysera vilken grundbemanning som krävs för att bedriva verksamheten i enlighet med gällande rätt och interna styrdokument och därmed skapa bättre förutsättningar för ungdomshemmen att bemanna vård i enskildhet. Det pågående projektet avseende bemanning och schema bör därför vara prioriterat för myndigheten och den behöver tillse att projektet får avsedd effekt.

5. LEDNING OCH STYRNING

5.1 Kanalisering och prioritering av styrning

Bakgrund

Ungdomsvårdsavdelningen

Den vård i enskildhet som omfattas av den här tillsynen genomförs av ungdomsvårdsavdelningen vid ungdomshemmens vårdavdelningar. Vårdavdelningarna leds av enhetschefer som bland annat har det övergripande behandlingsansvaret för de unga som vistas på den egna vårdavdelningen. Enhetschefer på varje ungdomshem är underställda institutionschefen. Institutionscheferna har bland annat ett särskilt ansvar för att vård och behandling vid ett ungdomshem bedrivs på ett etiskt och rättssäkert sätt samt i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Institutionschefen för varje ungdomshem är underställd avdelningsdirektören för ungdomsvårdsavdelningen, som benämns ungdomsvårdsdirektör.⁸⁷

Ungdomsvårdsdirektören ansvarar i sin tur för ledning, styrning och stöd till institutionschefer. Vidare ansvarar direktören för ungdomshemmens resultat och att styrdokument, metoder och arbetssätt tillämpas och används som det är avsett, samt för att vidta åtgärder vid avvikelser.

Ungdomsvårdsavdelningen ansvarar för att nationellt utveckla, leda och styra, planera, operativt stödja och samordna ungdomshemmens dagliga arbete med SiS uppdrag att bedriva individuellt anpassad tvångsvård av barn och unga och sluten ungdomsvård.

Ungdomsvårdsavdelningen består, utöver ungdomshemmen, av två sektioner som leds av varsin sektionschef. En av dessa sektioner utgörs av sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård. Sektionens uppdrag är att stödja avdelningsdirektören i dennes ledning och styrning av ungdomshemmen. En av sektionens uppgifter är bland annat att samordna verksamhetsfrågorna inom ungdomsvården. Därutöver ska sektionen vara avdelningsdirektörens resurs och ungdomshemmens stöd i arbetet med att driva, stödja samt koordinera implementeringsarbetet på ungdomshemmen tillsammans med stödavdelningarnas medarbetare i tvärprofessionella team.⁸⁸

⁸⁷ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 8.

⁸⁸ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.4.

Forsknings- och utvecklingsavdelningen

Forsknings- och utvecklingsavdelningen ansvarar bland annat för utvecklingen av ett kvalitativt vårdinnehåll avseende ungdomsvård. Avdelningens nationella ansvar och övergripande uppdrag är vidare att genom kunskapsstyrning bidra till myndighetens uppdrag att ge barn, unga och klienter en likvärdig, effektiv och rättssäker vård och behandling samt en hälso- och sjukvård som är patientsäker och håller hög kvalitet.

Kunskapsstyrning består bland annat av kunskapsbildning och kunskapsutveckling genom omvärldsbevakning, kunskapsvärdering, forskning och utvärdering utveckling/avveckling och förbättring av befintliga metoder och arbetssätt, samt att ta fram styrdokument som stöd för likvärdiga behandlingsmetoder och kunskapsspridning.

Avdelningen består av tre sektioner som leds av varsin sektionschef. En av sektionerna utgörs av sektionen för verksamhetsutveckling. Den ansvarar bland annat för att utveckla kunskapsbaserade arbetssätt och metoder till stöd för SiS vård- och behandling. Sektionen ansvarar för behovsinventering, verksamhetsutveckling och normering inom vård och behandling och har befogenhet att besluta om vilken kunskapsbaserad vård och behandling som SiS ska använda. Till sektionens uppgifter hör bland annat att utveckla nya, eller revidera befintliga, arbetsmetoder och processer för att förbättra innehållet i vård- och behandling och säkerställa att implementering och tillämpning av insatser planeras i samråd med ungdomsvårdsavdelningen. Därutöver ska sektionen ta fram och förvalta styrdokument inom sektionens ansvarsområde. Sektionen ska vidare säkerställa att implementering och tillämpning av insatser planeras i samråd med ungdomsvårdsavdelningen.

Sektionen är dokumentägare för instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet.⁸⁹

Rättsavdelningen

Rättsavdelningen ansvarar bland annat för den rättsliga styrningen och det juridiska stödet till myndighetens samtliga nivåer. Ansvaret innebär att utveckla och följa upp att myndigheten har enhetliga arbetssätt och likvärdig rättstillämpning.⁹⁰

Avdelningen består av tre sektioner som leds av varsin sektionschef. Sektionen för verksamhetsjuridik ansvarar för rättslig styrning av, stöd till och uppföljning av ungdomshem inom sektionens ansvarsområde samt stöd till ungdomsvårdsavdelningen inom sektionens ansvarsområde. Några av sektionens uppgifter är att ge juridiskt stöd till

⁸⁹ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.6.

⁹⁰ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.10.

ungdomshem i det vardagliga arbetet inom sektionens ansvarsområde och att ta fram och förvalta styrdokument inom sektionens ansvarsområde.⁹¹

Rättsavdelningen har tagit fram och är dokumentägare till riktlinje/juridik LVU som bland annat innehåller regler om vård i enskildhet. Det finns inte beskrivet något implementeringsansvar specifikt för rättsavdelningen i arbets- och delegationsordningen. Däremot regleras att samtliga stöдавdelningar har ett nationellt och myndighetsövergripande ansvar att bland annat implementera de metoder, arbetssätt och styrdokument som avdelningen har utvecklat eller förbättrat genom att samråda och samplanera med de avdelningar som berörs. Inför förändringar i verksamheten ska behovet av implementeringsinsatser identifieras redan i ett tidigt skede.⁹²

lakttagelser

Det framgår av intervjuer vid ungdomshemmen att den styrning som avser ungdomsvården uppfattas som spretig och att det kommer riktlinjer och beslut från olika håll i myndigheten. Det uppges vidare finnas målkonflikter i styrsignalerna, att olika avdelningar säger olika saker och att avdelningarna inte förefaller prata med varandra. Det uppges även vara svårt att veta vart man ska vända sig med frågor avseende tillämpningen. Framför allt förefaller det vara otydligt vilken avdelning som ger styrning avseende vård och behandling (se dock vidare nedan).

Som framgår i bakgrundsavsnittet anger arbets- och delegationsordningen att stöдавdelningarna är normerande inom sina arbetsområden och att de har ansvar för att bland annat implementera de metoder, arbetssätt och styrdokument som avdelningen har utvecklat genom att samråda och samplanera med exempelvis ungdomsvårdsavdelningen. Därefter är det ungdomsvårdens uppdrag, genom sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård, att tillsammans med ungdomshemmen planera vad, var och när något ska föras in eller genomföras. Ungdomsvårdsavdelningens sektion för verksamhetsstöd ska vara ungdomshemmens stöd i arbetet med att driva, stödja samt koordinera implementeringsarbetet på ungdomshemmen, tillsammans med stöдавdelningarnas medarbetare i tvärprofessionella team.

Det finns därför stöd för tolkningen att ungdomsvårdsavdelningens sektion för verksamhetsstöd ska utgöra en form av midja för myndighetens styrning av ungdomshemmens verksamhet och där implementering av styrsignaler bland annat ska planeras och koordineras.

⁹¹ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.10.3.

⁹² Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.2.

Det framgår dock i intervjuer med medarbetare vid ungdomsvårdsavdelningen att sektionen i dagsläget inte hinner med att arbeta på det sätt som arbets- och delegationsordningen föreskriver. Sektionens medarbetare är istället upptagna med övriga arbetsuppgifter som ingår i sektionens arbetsområde, såsom exempelvis lex Sarah-utredningar, samordning av IVO-ärenden och utlämnandeärenden.

Det här har även konstaterats i projektet SiS nya organisation för organisationernas slutrapport.⁹³ Även myndighetens andra stöдавdelningar uppger att det är svårt att få till ett samarbete med ungdomsvårdsavdelningen i exempelvis implementeringsarbete, vilket leder till att de själva får genomföra det arbetet. Konsekvensen blir därmed att styrningen inte alltid samordnas och koordineras innan den når ungdomshemmen. Därutöver riskerar implementering av styrning att bli olika från gång till gång beroende av vilken stöдавdelning som initierat den. Därav är det inte konstigt att styrningen uppfattas som otydlig och att den kommer från olika håll.

Konsekvensen av att myndighetens styrning inte kanaliseras och prioriteras via ungdomsvårdsavdelningens sektion för verksamhetsstöd är att det blir upp till varje ungdomshem att själva göra den prioriteringen. Det förstärker vidare att institutioner gör olika prioriteringar vilket i sin tur leder till att tillämpningen brister i enhetlighet. Konsekvens kan bli att den strategiska ledningen och prioriteringen inte sätts i ett sammanhang och ansvaret för tolkningar och tillämpning lämnas över direkt till den lokala nivån.

För att återknyta till det första stycket om att medarbetare på ungdomshemmen upplever att det saknas en tydlig ägare av behandlingsverksamheten, finns ingen tvekan i intervjuer med chefer på huvudkontoret om att det är forsknings- och utvecklingsavdelningen som ansvarar för utvecklingen av ett kvalitativt vårdinnehåll avseende ungdomsvård. Det är den avdelningen som normerar vård och behandling och har befogenhet att besluta om vilken kunskapsbaserad vård och behandling som SiS ungdomshem ska ge. Ungdomsvårdsdirektören ansvarar dock för den samlade ledningen och styrningen av till institutionscheferna. Därav är det inte otydligt vilken avdelning som ansvarar för styrningen avseende vård och behandling. Det verkar istället bli otydligt för att det inte finns en fungerande styrkedja.

På samma sätt som styrningen blir otydlig när den inte kanaliseras via sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård framgår av intervjumaterialet att det även är oklart var ungdomshemmen ska vända sig om de har frågor kring exempelvis tillämpning av ett styrdokument. En logisk lösning skulle vara att sektionen för verksamhetsstöd utgjorde samma midja som beskrivs ovan, även när det avser att besvara frågor från verksamheten.

⁹³ Statens institutionsstyrelse. SiS nya organisation för institutionerna, slutrapport, dnr 1.1.4-1836-2023, sid 24.

Stöd för den tolkningen framgår dock inte lika tydligt av arbetsordningen. I dagsläget försöker ungdomshemmen nå rätt stöдавdelning med rätt fråga, vilket beskrivs som en utmaning (se även avsnitt 5.2 Strukturer för implementering)

Även om sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård bör besvara frågor från verksamheten finns det i vissa fall behov från ungdomshemmen av stöd från någon av stöдавdelningarna. Det kan röra sig om frågor i det vardagliga arbetet där det framstår som onödigt att gå via sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård. För detta ändamål finns det behov av tydliga kontaktvägar.

Det pågår för närvarande ett arbete vid myndigheten att etablera närstöd från stöдавdelningarna till kärnverksamheten. Det behöver dock vara tydligt för båda parter att det är fråga om stöd och inte styrning. Stöдавdelningarna ska ge styrning till ungdomsvårdsavdelningen, men inte direkt till ungdomshemmen. Om stöдавdelningar ger direkt styrning till ungdomshemmen riskerar det att komma styrsignaler från olika håll och dessutom utan att de prioriterats och koordinerats med övrig styrning. Dessutom riskerar ungdomsvårdsdirektören att så att säga kortslutas från sitt ansvar för ledning, styrning och stöd till ungdomshemmen. Det är även viktigt att verksamheten förstår skillnaderna mellan dessa begrepp och vad det är som saknas och därmed efterfrågas, det vill säga om det är ledning, styrning eller stöd.

I arbets- och delegationsordningen finns i dagsläget ett exempel avseende rättsavdelningens sektion för verksamhetsjuridik, där den bland annat ges ansvar för rättslig styrning av, stöd till och uppföljning av ungdomshem inom sektionens ansvarsområde.⁹⁴ Sådana skrivningar i arbets- och delegationsordningen riskerar att bidra till otydlig styrning inom myndigheten.

Bedömning

Myndigheten behöver tydliggöra att sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård ska ansvara för att kanalisera och prioritera styrning från avdelningarna till ungdomshemmen. På samma sätt bör de kanalisera exempelvis tillämpningsfrågor från ungdomshemmen till stöдавdelningarna, sedan samla samt kanalisera svaren och på det sättet bidra till en mer ändamålsenlig nationell enhetlighet. Sektionen skulle på så sätt utgöra en midja för styrning respektive tillämpningsfrågor mellan avdelningarna och den operativa verksamheten.

För det fall närstödsfunktioner etableras mellan ungdomshem och stöдавdelningar bör det tydliggöras att stöдавdelningarnas uppdrag är att ge stöd och inte styrning direkt till ungdomshemmen och även vad skillnaden däremellan består i.

⁹⁴ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.10.3.

Myndigheten bör vidare se över skrivningen i arbetsordningen om att rättsavdelningens sektion för verksamhetsjuridik ansvarar för rättslig styrning av ungdomshem.

5.2 Strukturer för implementering

Bakgrund

Varje stöдавdelning har i uppdrag att implementera de metoder, arbetssätt och styrdokument som avdelningen har utvecklat eller förbättrat genom att samråda och samplanera med de avdelningar som berörs, exempelvis ungdomsvårdsavdelningen.⁹⁵ Sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård ska vara avdelningsdirektörens resurs och ungdomshemmens stöd i arbetet med att driva, stödja samt koordinera implementeringsarbetet på ungdomshemmen tillsammans med stöдавdelningarnas medarbetare i tvärprofessionella team.⁹⁶

En av ungdomshemmens huvudsakliga uppgifter är att implementera metoder och arbetssätt.⁹⁷

Iakttagelser

Av intervjumaterialet framgår att det inte finns några framtagna myndighetsgemensamma strukturer för implementering. Från ungdomshemmens håll beskrivs vanligtvis att implementering av exempelvis ett styrdokument vanligtvis går till så att det omnämns vid ungdomsvårdsavdelningens ledningsgrupp. Varje institutionschef tar sedan upp det som ska implementeras vid sin ledningsgrupp, sedan ansvarar varje enhetschef för att implementeringen sker vid sina respektive enheter. Implementeringen går så att säga i "chefsörret". Vid dessa ledningsforum finns begränsade möjligheter att prata om tillämpningsfrågor. Om det sedan uppstår frågor som rör tillämpningen ute på enheterna vänder sig medarbetare vanligen till sin närmaste chef, som i sin tur vänder sig till sin chef. Det betyder att även tillämpningsfrågor i verksamheten lyfts till det så kallade "chefsörret". Det finns även exempel på att medarbetare försöker vända sig till stöдавdelningarna för vägledning. Det är däremot sällsynt att medarbetare vänder sig till sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård.

Intervjumaterialet visar även att ungdomshemmen generellt sett inte känner till hur andra ungdomshem arbetar.

⁹⁵ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.2.

⁹⁶ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.4.2.

⁹⁷ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 8.1.

Det finns inga forum där möjlighet ges att diskutera tillämpningsfrågor, vilket gör det svårt för institutionschefer att ta ansvar för att verksamheten bedrivs enhetligt. Några institutionschefer har framhållit ungdomsvårdsavdelningens klusterindelning och de möten som hålls inom ramen för dessa, som en möjlig yta för tillämpningsfrågor. Samtidigt ger intervjumaterialet en bild av att verksamheten inte bedrivs enhetligt inom institutionerna. En medarbetare uttryckte att det är svårt att prata om *ett SiS*, när vi inte alltid jobbar som *en institution*.

Även JO har konstaterat att SiS inte har hittat de former för rättslig styrning och stöd som krävs för att tillämpningen av regelverket ska vara rättssäker. JO framhåller att det inte är tillräckligt att centralt besluta om olika styrdokument för att uppnå en korrekt och enhetlig tillämpning. För att åstadkomma det krävs enligt JO att SiS arbetar mer strukturerat och aktivt för att få personalen att ta del av och agera i enlighet med dessa dokument.⁹⁸

Rättsavdelningen har under våren 2024 infört ett tillämpningsforum för frågor som rör de särskilda befogenheterna. Syftet med arbetssättet är att skapa en kanal för direkt stöd från rättsavdelningen till företrädare för ungdomshemmen. Varje ungdomshem utser en representant som medverkar vid rättstillämpningsforumet. Representanten får ett särskilt ansvar för att sprida information från rättstillämpningsforumet och även tillhörande dokumentation, till berörda medarbetare vid hemmet. Forumet underlättar samordning vid implementeringen av nya regler, riktlinjer och andra styrdokument för de särskilda befogenheterna. Utgångspunkten är att skapa ett helhetsperspektiv och att motverka lokala skillnader i tillämpningen. Arbetssättet ger representanter från ungdomshemmen möjlighet att lyfta frågor, behov och utmaningar med tillämpningen på en mer övergripande nivå. Det finns dock ingen representation från sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård och det finns inte heller någon vägledning för vilken personalkategori som ska representera institutionerna. Vidare saknas det struktur för hur ungdomshemmets representant ska föra vidare information inom sitt ungdomshem.

En tänkbar struktur för implementering av styrning som träffar behandlingspersonalen skulle kunna vara att sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård regelbundet håller tillämpningsforum dit exempelvis institutionernas kvalitetschefer bjuds in. Till dessa kan då stöдавdelningar som har ett implementeringsbehov bjudas in. Kvalitetscheferna kan i sin tur regelbundet ha tillämpningsforum vid respektive institution dit exempelvis behandlingssekreterare bjuds in. Behandlingssekreterarna kan sedan, tillsammans med respektive enhetschef, arbeta med implementeringen vid enheten. Om det sedan uppstår frågor kring tillämpningen i verksamheten, som inte en behandlingssekreterare kan svara på, lyfts frågan till ungdomshemmets tillämpningsforum.

⁹⁸ Justitieombudsmannen. JO:s beslut dnr 2802–2020.

Om frågan inte kan lösas ut där lyfts till det nationella tillämpningsforumet. Först om frågan inte kan lösas ut där, bör den eventuellt dömas av i det så kallade "chefsröret".

Beskrivningen syftar endast till att tjäna som ett exempel på hur en struktur för implementering kan se ut. Fördelen med en sådan struktur är att implementering blir förutsebar för både stöдавdelningar och institutioner.

Vidare bidrar en sådan struktur till att styrning implementeras med en större nationell enhetlighet oavsett var styrningen kommer ifrån. Att det därutöver finns tydliga vägar att eskalera tillämpningsfrågor bidrar i förlängningen också till en större nationell enhetlighet. Att ungdomsvårdsavdelningens sektion för verksamhetsstöd ansvarar för innehållet i detta forum och finns representerade vid mötet, bör bidra dels till att det i praktiken blir ungdomsvårdsavdelningen som prioriterar implementeringsinsatserna, dels som stöd till ungdomsvårdsdirektören, som kan verka för att det lämnas stöd och inte styrning vid mötestillfällena.

Även den ordning att frågor från verksamheten i första hand ställs till sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård bidrar till att sektionen får en överblick över de frågor som finns i verksamheten och den ges möjlighet att lämna samlade svar som alla ungdomshem kan ta del av, vilket även det skulle bidra till större nationell enhetlighet.

En synpunkt rörande implementering som i övrigt framkommer i intervjumaterialet är att vissa styrdokument innehåller regleringar som är omöjliga att leva upp till. Även Riksrevisionen konstaterar i sin rapport att stöдавdelningarna på huvudkontoret inte alltid har full förståelse för ungdomshemmens verksamheter, vilket kan leda till att det är svårt för ungdomshemmen att implementera nya normeringar.⁹⁹ Tillsynssektionen konstaterar att det i första hand inte utgör en implementeringsfråga utan snarare en beredningsfråga.

Det framgår av SiS riktlinje för styrdokument att en konsekvensanalys alltid ska genomföras innan ett nytt styrdokument eller en större revidering av ett befintligt styrdokument beslutas. Det är viktigt att konsekvensanalysen inte stannar vid att konstatera att styrdokumentet kommer att få konsekvenser, utan att också identifiera och föreslå eventuella behov av anpassningar och förändringar som behöver göras för att de kommande förändringarna ska kunna omsättas i praktiken.

I Riktlinje/juridik för SiS ärendehandläggning framgår även att syftet med att bereda och utreda ett ärende är att handläggaren ska få fram ett korrekt och komplett beslutsunderlag där berörda har fått möjlighet att ge sina synpunkter och där konsekvenserna av beslutet är väl belysta.

⁹⁹ Riksrevisionen. Rapport 2024:7, SiS särskilda ungdomshem – brister i statens tvångsvård av barn och unga.

Se även tillsynssektionens tidigare tillsyn, utredningsrapport avseende ärenden om säkerhetsskyddsanalys och hemställan till regeringen, där det konstaterades brister i myndighetens beredning av ärenden.¹⁰⁰

Av intervjumaterialet har det framgått att det i vissa fall är lagstiftning som gör att skrivningar tas med i styrdokument som delar av verksamheten till exempel inte har lokalmässiga förutsättningar att leva upp till. Det finns i dagsläget ingen rutin för att dessa institutioner ansöker om dispens från regleringar i styrdokument under den tid som åtgärder vidtas för att omhänderta bristerna. Det gör det svårt att få en överblick över hur vanligt det är att ungdomshem inte har förutsättningar att uppnå regelefterlevnad och orsakerna bakom detta.

Bedömning

Myndigheten behöver skapa en struktur för implementering av styrning. Myndigheten behöver vidare skapa forum där det ges möjlighet att lyfta och diskutera tillämpningsfrågor i syfte att åstadkomma en nationellt ändamålsenlig enhetlighet vid tillämpningen.

Myndigheten bör överväga att införa en rutin där ungdomshem som av olika anledningar inte kan leva upp till styrdokument får ansöka om dispens från viss reglering, alternativt upphöra med viss verksamhet, till dess bristerna är åtgärdade (se exempel i avsnitt 4.1 Lokaler). Det skulle ge myndigheten en dokumenterad överblick av vilka brister som finns i verksamheten och därigenom ett underlag för bedömning av vilka åtgärder som behöver vidtas.

5.3 Uppföljning

Bakgrund

Generaldirektören ansvarar, i samverkan med avdelningsdirektörerna, för utveckling av myndighetens långsiktiga och strategiska inriktning, för strategisk analys, planering och för uppföljning av SiS i sin helhet.¹⁰¹

Avdelningarnas ansvar

Ekonomi- och planeringsavdelningens uppdrag är bland annat att ge förutsättningar för god planering av verksamhet och ekonomi och ansvara för en kvalitativ och samordnad uppföljning och analys av hela myndighetens resultat.

¹⁰⁰ Statens institutionsstyrelse. Utredningsrapport avseende ärenden om säkerhetsskyddsanalys och hemställan till regeringen, dnr 1.1.3-6552-2023.

¹⁰¹ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6 avsnitt 4.1.

Planering och uppföljning omfattar att på en taktisk nivå och utifrån ett längre perspektiv stödja styrningen och uppföljningen av SiS långsiktiga uppdrag, strategiska mål och kvalitetsdefinitioner.¹⁰²

Avdelningens sektion för verksamhetsanalys har bland annat till uppgift att driva och utveckla myndighetens verksamhetsplanering och uppföljning med utgångspunkt i SiS styr- och uppföljningsmodell. Sektionen har vidare det samlade ansvaret för SiS kvalitetsledningssystem, i samarbete med ungdomsvårds- och missbruksvårdsavdelningen samt att utveckla myndighetens styr- och uppföljningsmodell, inklusive det systematiska kvalitetsarbetet.¹⁰³

Rättsavdelningens sektion för myndighetsjuridik ansvarar bland annat för rättslig styrning, stöd och uppföljning när det gäller juridiska frågor som är myndighetsövergripande. Den ska även handlägga ärenden i fråga om lex Sarah när missförhållandet rör huvudkontoret eller när det rör flera verksamhetsområden, inklusive anmälan till IVO i sådana ärenden.¹⁰⁴ Vidare har sektionen för verksamhetsjuridik ansvar för uppföljning av ungdomshem inom sektionens ansvarsområde. Den ska även utreda och besluta om åtgärder (handlingsplan) efter tillsyn av JO eller IVO i samråd med ungdomsvårdsavdelningen och berört ungdomshem.¹⁰⁵

Ungdomsvårdsavdelningens uppgift är att följa upp att arbetssätt och metoder används på de sätt de var avsedda. Detta ska ske i samarbete mellan ungdomsvården och de stöдавdelningar som berörs. Avdelningen ska även stödja ungdomshemmen i genomförandet av det systematiska kvalitetsarbetet samt bidra i de nationella uppföljningsprocesserna.¹⁰⁶ Sektionen för verksamhetsstöd ungdomsvård ska vidare säkerställa att ungdomshemmen följer de externa och interna krav som gäller inom verksamheten och stödja samt följa upp avvikelser och andra kvalitetsbrister inom verksamhetsområdet. Sektionen ska även handlägga ärenden i fråga om lex Sarah när missförhållandet rör ungdomshem, inklusive anmälan till IVO i sådana ärenden.¹⁰⁷

En av ungdomshemmens huvudsakliga uppgifter är att ansvara för det systematiska kvalitetsarbetet enligt gällande styrdokument genom att utföra egenkontroll, följa upp

¹⁰² Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.7.

¹⁰³ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.7.4.

¹⁰⁴ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.10.2.

¹⁰⁵ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.10.3.

¹⁰⁶ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.4.

¹⁰⁷ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.4.1.

enskilda avvikelser, klagomål och synpunkter som rör ungdomshemmet samt sammanställa och analysera klagomål och synpunkter som rör hemmet. De ska även sammanställa och analysera rapporter enligt lex Sarah som rör hemmet.¹⁰⁸ Institutionschefer har ett särskilt ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet.¹⁰⁹

Säkerhetsavdelningens sektion för strategisk och operativ säkerhet ska bland annat stödja verksamheten inom området säkerhet avseende ISAP förvaltning. ISAP är myndighetens händelserapporteringssystem som omfattar t.ex. säkerhetsincidenter, arbetsmiljöincidenter samt klagomål och synpunkter på vården. Sektionen ska vidare stödja verksamheten med utredning av incidenter.¹¹⁰

Varje stöдавdelning har vidare i uppdrag, utöver att normera och styra tillämpningen av metoder och arbetssätt inom avdelningens ansvarsområde, att följa upp att tillämpningen får avsedd effekt och utförs på ett korrekt sätt.¹¹¹

Vidare ansvarar forsknings- och utvecklingsavdelningen för uppföljning av att metoder och arbetssätt ger de resultat/effekter som förväntas för placerade barn, unga och klienter.¹¹²

SiS ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

I socialtjänst inkluderas sådan verksamhet som bedrivs enligt LVU. Enligt 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) ska insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. SiS har därför en skyldighet att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Att ha ett ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att arbeta utifrån ett systemperspektiv där fokus läggs på att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning samt på att bedriva ett kontinuerligt förbättringsarbete av dessa strukturer.¹¹³

SiS styrdokument avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

I SiS styrdokumentsbibliotek finns flera dokument som rör det systematiska kvalitetsarbetet.

¹⁰⁸ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 8.1.

¹⁰⁹ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 8.2.

¹¹⁰ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.12.1.

¹¹¹ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.2.

¹¹² Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 7.6.

¹¹³ Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, s. 9.

I ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom SiS¹¹⁴ beskrivs hur kvalitetsledningssystemet ska vara uppbyggt. Dessa riktlinjer beslutades 2016 och är inte uppdaterade efter SiS organisationsförändring som genomfördes 2023.

I styrdokumentsbiblioteket finns även flera rutiner som hör till kvalitetsledningssystemet. Dessa utgörs av Rutin för SiS egenkontroll avseende trygghet, rättssäkerhet, delaktighet och bemötande inom ungdomsvården¹¹⁵, Rutin för hantering av klagomål och synpunkter inom SiS¹¹⁶, Rutin för sammanställning och analys av brister i verksamhetens kvalitet inom SiS¹¹⁷ och Rutin för hantering av lex Sarah inom SiS¹¹⁸. Inte något av dessa dokument är uppdaterade i enlighet med SiS nya organisation.

Det finns vidare ett beslut om interimslösning för alla delar av SiS systematiska kvalitetsarbete¹¹⁹. Beslutshandlingen går att finna på SiS intranät Siw. Den bilaga som utgör interimslösningen, vilken utgörs av en excelfil, går dock inte att hitta på Siw, utan den har tillsynssektionen fått begära ut via registrator. Interimslösningen finns således inte upptagen i myndighetens styrdokumentsbibliotek och där finns inte heller någon hänvisning till beslutet. Excelfilen beskriver vilka funktioner som interimistiskt ansvarar för olika delar av kvalitetsledningssystemet men ändrar i viss mån även de rutiner som beskrivs i styrdokumenten. Det gör att det är väldigt svårt att avgöra vad det är som egentligen gäller.

Mot bakgrund av styrdokumenten inte är uppdaterade och att det därutöver är oklart vilket eller vilka som ska anses vara gällande finner tillsynssektionen att det inte är meningsfullt att i det här bakgrundsavsnittet beskriva innehållet i dem. I stället ges nedan en kortfattad och översiktlig beskrivning av hur ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är tänkt att vara uppbyggt enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

I januari 2023 beslutades om ett projekt avseende utveckling av SiS ledningssystem. I juni 2024 beslutades ett projektdirektiv avseende utveckling av SiS ledningssystem för verksamhetsstyrning. Av direktivet framgår att SiS ledningssystem för verksamhetsstyrning även behöver omfatta ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Syftet med projektet är att utveckla och tydliggöra de strukturer och processer som myndighetsledningen använder för att myndigheten ska fullgöra sina uppgifter och nå verksamhetens mål. Systemet ska bidra till att myndighetsledningen kan ta väl underbyggda beslut och även

¹¹⁴ Statens institutionsstyrelse. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom SiS, dnr 1.4.2-2263-2016.

¹¹⁵ Statens institutionsstyrelse. Rutin för SiS egenkontroll avseende trygghet, rättssäkerhet, delaktighet och bemötande inom ungdomsvården (LVU, LSU, SoL), dnr 1.4.2-2681-2020.

¹¹⁶ Statens institutionsstyrelse. Rutin för hantering av klagomål och synpunkter inom SiS, dnr 1.4.2-3207-2019.

¹¹⁷ Statens institutionsstyrelse. Rutin för sammanställning och analys av brister i verksamhetens kvalitet inom SiS, dnr 1.4.2-2265-2016.

¹¹⁸ Statens institutionsstyrelse. Rutin för hantering av lex Sarah inom SiS, dnr 1.4.2-2264-2016.

¹¹⁹ Statens institutionsstyrelse. Beslut om interimslösning för alla delar av SiS systematiska kvalitetsarbete, dnr 1.1.3-7533-2022.

utgöra ett stöd för myndighetens medarbetare i deras dagliga arbete. Under slutfasen av denna tillsyn arbetade ekonomi- och planeringsavdelningens sektion för verksamhetsanalys med en sammanställning av befintliga styrdokument till en instruktion för systematiskt kvalitetsarbete.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med SOSFS 2011:9

Nedan beskrivs ledningssystemets grundläggande delar som framför allt består av processer och rutiner. För att säkerställa att ledningssystemet är ändamålsenligt uppbyggt för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete. I förbättringsarbetet läggs vikt vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser för att kunna förhindra vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Även egenkontroller betonas där den som bedriver verksamhet ska undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten.

Därutöver ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter tas emot, utredas, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten. Om en verksamhet inte når upp till krav och mål i föreskrifter och beslut föreligger en avvikelse som verksamheten måste hantera. Identifierade avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen.¹²⁰

Processkartläggning

En grundläggande förutsättning för ett ledningssystem är att den som exempelvis bedriver socialtjänst har identifierat, beskrivit och fastställt de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Med kvalitet avses att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om socialtjänst och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Den som bedriver socialtjänst ska i varje process identifiera de aktiviteter som ingår och bestämma aktiviteternas inbördes ordning. För varje aktivitet ska den som bedriver socialtjänst vidare utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten.¹²¹

Risikanalys

Enligt 5 kap. 1 § SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst fortlöpande bedöma om det

¹²⁰ Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, s. 25.

¹²¹ Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, s. 20–22.

finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet (riskanalys). Därutöver ska den som bedriver socialtjänst utöva egenkontroll.

Egenkontroll

Enligt 2 kap. 1 § SOSFS 2011:9 är egenkontroll systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.

Utredning av avvikelser

Enligt 5 kap. 3 § SOSFS 2011:9 ska den som bedriver socialtjänst ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från bland annat vård- och omsorgstagare och deras närstående. Utöver det ska den som bedriver socialtjänst utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande (lex Sarah).¹²²

Sammanställning och analys

Enligt 5 kap. 6 § SOSFS 2011:9 ska inkomna rapporter, klagomål och synpunkter sammanställas och analyseras för att den som bedriver socialtjänst ska kunna se mönster eller trender som indikerar brister i verksamhetens kvalitet.

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Enligt 5 kap. 7 § SOSFS 2011:9 ska, på grundval av resultaten av ovan beskrivna aktiviteter, de åtgärder vidtas som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet.

Förbättring av processerna och rutinerna

Om resultaten av de aktiviteter som anges ovan visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.¹²³

lakttagelser

Ekonomi- och planeringsavdelningen genomför uppföljning på myndighetsnivå av hur våra verksamheter ligger till i förhållande till verksamhetsplanen och det ekonomiska läget.

Uppföljningen av SiS verksamhetsplan inkluderar regeringsuppdrag, utvecklingsmål, prioriterade kvalitetsarbeten i kärnverksamheten, åtgärdsplaner efter intern och extern granskning, samt enskilda GD-beslutade uppdrag. Uppföljningen går att följa löpande över

¹²² Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, s. 29.

¹²³ Socialstyrelsen. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, s. 30.

året genom delårsrapporter, så kallade tertialrapporter, som omfattar en fyramånadersperiod. Dessa publiceras på myndighetens intranät.

Syftet med tertialrapporten är att stämma av hur våra verksamheter ligger till i förhållande till verksamhetsplanen och få en samlad kontroll på det ekonomiska läget. Tertialrapporteringen och dialog i ledningsgruppen ger även underlag till den myndighetsövergripande riskanalys som inkluderas i rapporten. Resultaten följs upp genom dialoger, bland annat i nationella ledningsgruppen samt i tematiska dialoger mellan generaldirektören och berörda avdelningsdirektörer, så kallade GD-dialoger. Resultaten kan leda till att åtgärder vidtas inom de områden där det behövs genom att generaldirektören fattar beslut om reviderad verksamhetsplan. Sedan 2024 ingår även en dialog med ungdomshemmens ledning kring utvalda indikatorer från löpande verksamhet i tertialrapporteringen. Dessa indikatorer utgår från den månadsrapport som beskrivs nedan. Vidare ingår en dialog med SiS nystartade nätverk mot oegentligheter. Dessa dialoger ger underlag till slutsatser i tertialrapporten och den inkluderade riskanalysen.

Den ovan beskrivna uppföljningen är samtidigt på myndighetsnivå och innehåller inte någon aggregerad bild av regelefterlevnaden i kärnverksamhetens operativa arbete, exempelvis av hur myndigheten tillämpar vård i enskildhet.

Ekonomi- och planeringsavdelningens sektion för verksamhetsanalys tar även fram en månadsrapport för verksamhet inom SiS. Dokumentet utgör underlag till diskussion i nationell ledningsgrupp. Syftet med rapporten är att fånga tidiga signaler för analys och uppföljning. Den innehåller information på aggregerad nivå och beskriver utvecklingen inom valda indikatorer för föregående månad. De indikatorer som beskrivs är bland annat hot och våld mellan ungdomar, hot och våld mot medarbetare, avskiljningar, övriga fysiska ingripande och avvikningar samt avvikningstyper. Rapporten innehåller endast begränsade analyser och innehåller inga upplysningar om vård i enskildhet. Däremot finns antalet vård dygn i vård i enskildhet med som indikator i underlaget till månadsrapporten, men den siffran presenteras inte i den slutliga rapporten. Uppföljningen av den operativa verksamheten på myndighetsnivå utgörs således endast av dessa indikatorer.

Utöver myndighetsuppföljningen framgår av arbets- och delegationsordningen att även stödavdelningarna har ansvar för uppföljning. I och med att rättsavdelningen och forsknings- och utvecklingsavdelningen har utfärdat normering på området vård i enskildhet ska de också följa upp att tillämpningen får avsedd effekt och utförs på ett korrekt sätt. Av genomförda intervjuer framgår att den uppföljningen inte genomförs. Förklaringen uppges främst vara resursbrist. Utöver det saknas upparbetade rutiner för den typen av uppföljning.

Ungdomsvårdsavdelningen har till uppgift att följa upp att arbetssätt och metoder används på de sätt de var avsedda, det vill säga att verksamheten bedrivs i enlighet med styrdokumentet. Av intervjumaterialet framgår att inte heller den här typen av uppföljning genomförs på ett systematiskt sätt. Istället koncentreras uppföljningen till det som avser verksamhetsplanen. Det har även framkommit att det upplevs som otydligt vad som ska följas upp, av vem och när.

Vad gäller uppföljning vid ungdomshemmen framgår att ärenden om vård i enskildhet följs upp individuellt under tiden de pågår, bland annat i de behandlingsteam som genomförs. Det sker dock ingen strukturerad uppföljning på lokal nivå, förutom det som avser egenkontrollen, men den innehåller inte några frågor om vård i enskildhet. Det sker heller inte någon strukturerad uppföljning på nationell nivå.

Av intervjumaterialet från ungdomshemmen framgår att det efterfrågas mer uppföljning kopplat till vård och behandling, det vill säga verksamhetsuppföljning. En av cheferna uttryckte att "så länge vi inte har haft någon rymning, något upplopp eller suicid så är myndigheten nöjd". Uppfattningen är att ekonomi är lätt att följa upp, likaså avvikelser, upplopp och avskiljningar och "så länge du har kontroll på det är du duktig", men att det inte ställs lika många frågor angående vårdens kvalitet.

Så långt går det av iakttagelserna att konstatera att det inte finns någon egentlig uppföljning av vård i enskildhet. Det återstår dock att se om ledningssystemet för det systematiska kvalitetsarbetet omhändertar frågan.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Processkartläggning

SiS har inte genomfört någon sådan kartläggning av verksamhetens processer. I riktlinjerna om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom SiS från 2016 anges att det i SiS interna föreskrifter beskrivs hur SiS verksamhet ska bedrivas. SiS styrdokument är således inte utformade efter verksamhetsprocesser. Istället för att kartlägga processer och utforma styrdokument utifrån dessa, verkar SiS ha en omvänd ordning – att processerna utgörs av innehållet i styrdokumentet.

Risikanalys

Några riskanalyser som bedömer om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet görs inte inom ungdomsvården.

I riktlinjer för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom SiS hänvisas, när det gäller riskanalys, till policy och riktlinjer för intern styrning och kontroll. Riskanalyser inom ramen för intern styrning och kontroll syftar dock till att identifiera omständigheter som

utgör en väsentlig risk för att myndigheten inte ska kunna fullgöra sina uppgifter, uppnå verksamhetens mål och uppfylla kraven i 3 § myndighetsförordningen (2007:515).

Egenkontroll

Myndighetens egenkontroll utgörs av att ungdomshemmen månadsvis fyller i en sammanställningsrapport med indikatorer. Den består av tio indikatorer som har valts ut för att kunna mäta och följa kvaliteten i verksamheten. De första fem indikatorerna är uppgifter hämtade från ett enkätunderlag där ungdomarna själva får uppge om de exempelvis har varit med i planeringen av sin behandling, om de har kunnat påverka den dagliga verksamheten och om de har haft en behandlingsplan. En av indikatorerna handlar om andelen beslut som har delgivits inom tre dagar och en annan om alla ungdomar har en trygghetsplan.

I övrigt ska ungdomshemmet redovisa situationer där det finns indikationer på att ungdomar inte har bemötts med respekt, omtanke och tydlighet eller situationer där ungdomar inte har känt sig trygga. Under en indikator ska ungdomshemmet redovisa övriga indikatorer och eller omständigheter som kan påverka verksamheten, exempelvis konflikter i arbetsgrupp, personalärenden eller andra sociala eller organisatoriska arbetsmiljöproblem.

Vidare ska ungdomshemmets ledningsgrupp inom ramen för egenkontrollen granska alla beslut om avskiljning. Egenkontrollen innehåller således inga upplysningar om tillämpningen av vård i enskildhet. Eftersom myndigheten inte har gjort någon processkartläggning är det svårt att skapa en egenkontroll som utgör en kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem. Egenkontrollen ska vara en granskning av att den egna verksamheten uppnår ställda krav och mål. Att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter är enligt SOFS 2011:9 definitionen av kvalitet. Myndighetens nuvarande egenkontroll, i form av tio indikatorer, kan inte sägas leva upp till detta.

Ungdomshemmens ledningsgrupp diskuterar resultatet från egenkontrollen. Om det har identifierats brister kan handlingsplaner beslutas och åtgärder vidtas för att förbättra verksamheten. Resultatet av ungdomshemmens egenkontroll sammanställs vid ungdomsvårdsavdelningen och diskuteras kortfattat vid avdelningens ledningsgrupp. Resultatet av egenkontrollen lämnade tills nyligen inte ungdomsvårdsavdelningen. Sedan oktober 2024 utgör den en föredragningspunkt vid operativ nationell ledningsgrupp. Det publiceras dock ingen skriftlig redovisning, likt tertialrapporter, som det går att ta del av.

Utredning av avvikelser

Inom SiS hanteras synpunkter och klagomål från ungdomar/klienter, deras närstående, andra vårdgivare, socialtjänst och SiS medarbetare. Utredningarna genomförs bland annat vid ungdomshemmen och registreras i myndighetens händelserapporteringssystem, ISAP.

För att utredningarna ska framgå i kvalitetsledningssystemet krävs att ungdomshemmen sammanställer resultatet i egenkontrollen och i excelfilen för sammanställning och analys, se nedan. I intervjuer uppges att detta görs i allt mindre omfattning sedan klagomål och synpunkter börjat hanteras i myndighetens händelserapporteringssystem ISAP.

Lex Sarah-utredningar genomförs vid ungdomsvårdsavdelningens sektion för verksamhetsstöd. Efter att en sådan utredning har genomförts får berört ungdomshem en återkoppling. Det finns dock inget upparbetat arbetssätt vid ungdomsvårdsavdelningen att sammanställa utredningarna och dra slutsatser på myndighetsnivå. För att utredningarna ska komma att ingå i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete krävs att ungdomshemmen sammanställer resultatet av utredningarna i egenkontrollen och i excelfilen för sammanställning och analys.

Samma sak gäller för extern tillsyn. Rättsavdelningen ska utreda och besluta om åtgärder (handlingsplan) efter tillsyn av JO eller IVO i samråd med ungdomsvårdsavdelningen och berört ungdomshem. Sådana handlingsplaner tas alltid fram efter tillsyn av JO:s Opcat-enhet men inte alltid för övrig tillsyn. Resultatet från den externa tillsynen kommer berört ungdomshem till del, men inte nödvändigtvis övriga ungdomshem. Det finns en ambition vid rättsavdelning att på årsbasis ta fram en samlad analys av vad som kommit fram i extern tillsyn, men det finns inte idag. För att resultatet av extern tillsyn ska komma in i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete krävs att ungdomshemmet dokumenterar det i egenkontrollen eller i excelfilen för sammanställning av indikerade brister i verksamheten.

I Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom SiS framgår att även allvarliga personskador och tillbud ska ingå i utredning av avvikelser inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.¹²⁴ Det framgår dock inte av myndighetens rutin för sammanställning och analys av indikationer på brister i verksamhetens kvalitet inom SiS¹²⁵ och inte heller av interimslösning för alla delar av SiS systematiska kvalitetsarbete¹²⁶. Incidentutredningar genomförs men utgör i dagsläget inte en del av det systematiska kvalitetsarbetet.

Sammanställning och analys

Ungdomshemmen ska föra in de indikationer på brister som gäller ungdomshemmet i en excelfil som benämns sammanställning av indikerade brister i verksamheten. De indikerade bristerna kan exempelvis utgöras av lex Sarah, klagomål och synpunkter samt extern tillsyn. Ungdomshemmen kategoriserar bristerna och registrerar bakomliggande orsaker och vidtagna åtgärder. De ska även uppges om de bakomliggande orsakerna är sådana de kan

¹²⁴ Statens institutionsstyrelse. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom SiS, dnr 1.4.2-2263-2016.

¹²⁵ Statens institutionsstyrelse. Rutin för sammanställning och analys av brister i verksamhetens kvalitet inom SiS, dnr 1.4.2-2265-2016.

¹²⁶ Statens institutionsstyrelse. Beslut om interimslösning för alla delar av SiS systematiska kvalitetsarbete, dnr 1.1.3-7533-2022.

påverka eller om de inte kan påverka dem. Den sammanställda excelfilen är omfattande och svarsfrekvensen och kvalitén varierar. Resultatet sammanställs av ungdomsvårdsavdelningen och ges därefter in till ekonomi- och planeringsavdelningens sektion för verksamhetsanalys. Där sammanställs resultatet från både ungdomsvårdsavdelningen och missbruksvårdsavdelningen och den utgör då myndighetens sammanställning och analys av indikationer på brister i verksamhetens kvalitet. Denna sammanställning görs en gång om året.

I årsrapporten för sammanställning och analys för 2023¹²⁷ framkommer tre områden där bristerna sammantaget visar på ett mönster och en möjlig trend. Dessa områden utgörs av brister i bemötande från medarbetare i verksamheten och brister i hantering av läkemedel samt brister i uppföljning och inrapportering av klagomål och synpunkter. I årsrapporten framgår även att de flesta lex Sarah-rapporter inom ungdomsvården rörde kategorin rättssäkerhet. Den näst största underkategorin rörde vård på läsbar enhet och vård i enskildhet. Det framgår dock inte vad bristerna bestod i.

Under mönster och trender framkommer bland annat att platsbristen orsakar att fler ungdomar med behov av vård i enskildhet inte kan tillgodoses då utrymmen för vård i enskildhet inte räcker till. Även placeringen av lokaler för vård i enskildhet bedömdes vara en bakomliggande orsak. Det framkommer ingenting i årsrapporten om vad som framkommit av extern tillsyn och inte heller av incidentutredningar. I slutet av rapporten görs en redovisning av mönster och trender, bakomliggande orsaker samt vidtagna åtgärder, vilket mer framstår som en sammanställning av det som ungdomsvårdsavdelningen och missbruksvårdsavdelningen har rapporterat in. Därefter följer planerade åtgärder för 2024. Huvudsakliga planerade åtgärder rör brister i bemötande från medarbetare i verksamheten och brister i uppföljning och inrapportering av klagomål och synpunkter.

Av Rutin för sammanställning och analys av indikationer på brister i verksamhetens kvalitet¹²⁸ framgår att om det i resultatet av analysen framkommer information som tyder på att det finns brister i verksamheten ska huvudkontoret ta fram en tidplan för de åtgärder som ska vidtas samt följa upp åtgärderna för att se om de gett förväntat resultat. Om brister/delar av bristerna kvarstår ska huvudkontoret vidta ytterligare åtgärder. Det finns inte angivet vilken organisatorisk enhet som har det ansvaret och av intervjumaterialet framgår att det i dagsläget är oklart om det sker någon sådan uppföljning.

Av rutinen framgår vidare att institutionerna och verksamhetskontoren¹²⁹ ska göra en avstämning av innevarande år. Resultatet av avstämningen presenteras för centrala

¹²⁷ Statens institutionsstyrelse. Årsrapport för sammanställning och analys 2023, dnr 1.1.3-4246-2024.

¹²⁸ Statens institutionsstyrelse. Rutin för sammanställning och analys av brister i verksamhetens kvalitet inom SiS, dnr 1.4.2-2265-2016.

¹²⁹ Rutinen är inte reviderad efter att verksamhetskontoren upphörde i samband med SiS omorganisation av huvudkontoret.

ledningsgruppen och ingår som underlag till verksamhetsplanering för det kommande året. Av intervjumaterialet framgår dock att något material från arbetet med sammanställning och analys inte används vid arbetet med myndighetens verksamhetsplan.

Av interimslösning för alla delar av SiS systematiska kvalitetsarbete¹³⁰ framgår att en samordningsgrupp sammanställer och analyserar underlag från egenkontrollen, sammanställning och analys och information från institutionsgenomgångarna vid arbetsmöten. Detta görs inte idag. Egenkontrollen och institutionsgenomgångarna finns inte med i underlaget och sammanställningen och analysen görs av en utredare vid sektionen för verksamhetsanalys.

Årsrapporten sammanställning och analys av indikationer på brister i verksamhetens kvalitet publiceras vid myndigheten, men det framgår av intervjumaterialet att den inte, i någon större omfattning, används till att se över så att verksamheten har ändamålsenliga processer och rutiner för att kunna säkra sin kvalitet.

Förbättrande åtgärder i verksamheten

Det går att konstatera att exempelvis resultatet från utredningar av avvikelser och egenkontroll i viss mån leder till förbättrande åtgärder i verksamheten lokalt vid ungdomshemmen.

Förbättring av processerna och rutinerna

Vid myndigheten genomförs en stor mängd utredningar av olika typer av avvikelser vid olika organisatoriska enheter. En analys av det sammanställda resultatet når dock inte myndighetens ledning som på grundval av detta fortlöpande kan förbättra myndighetens styrning så att liknande avvikelser inte återupprepas. Eftersom att resultatet av egenkontrollen inte når stöдавdelningarna, som är normerande, finns risk att egenkontrollen inte leder till förbättring av processer och rutiner i verksamheten, såsom det är avsett.

Bedömning

Den månadsrapport för verksamhet inom SiS, som syftar till att fånga tidiga signaler för analys och uppföljning, behöver innehålla fler indikatorer från den operativa verksamheten för att ge myndigheten möjlighet att tidigt identifiera problem eller avvikelser och vidta åtgärder. Genom att följa upp resultat och processer skickas en signal till verksamheten om vad som är viktigt och prioriterat. Vad som mäts och följs upp visar vad ledningen anser vara centralt för verksamheten. Därför är uppföljning även en viktig styrsignal. Myndigheten behöver därför utöka verksamhetsuppföljningen på myndighetsnivå till att

¹³⁰ Statens institutionsstyrelse. Beslut om interimslösning för alla delar av SiS systematiska kvalitetsarbete, dnr 1.1.3-7533-2022.

omfatta fler indikatorer, framför allt till att även omfatta sådana som rör vård och behandling.

Det systematiska kvalitetsarbetet innehåller så många brister att det inte kan anses säkerställa att verksamheten uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten eller säkerställer att verksamheten kontinuerligt förbättras. Det genomförs viss egenkontroll och utredningar av avvikelser men resultatet kommer inte myndighetsledningen till del på samma sätt som gäller för myndighetsuppföljningen. Det systematiska kvalitetsarbetet ligger så att säga helt vid sidan av den ordinarie styrnings- och uppföljningsprocessen. Därav saknas även möjligheten att fatta välgrundade beslut om förändringar. Det är därför angeläget att projektet om utveckling av SiS ledningssystem för verksamhetsstyrning, som omfattar ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, prioriteras och ges rätt förutsättningar att slutföra sitt arbete med avsett resultat.

Ungdomsvårdsavdelningen följer i dagsläget inte upp att styrdokument, metoder och arbetssätt tillämpas och används som det är avsett och stöдавdelningarna följer inte upp att tillämpningen av metoder och arbetssätt får avsedd effekt och utförs på korrekt sätt. Om myndigheten skapar en sådan struktur för implementering som beskrivs i avsnitt 5.3 Strukturer för implementering, kan denna sannolikt och i viss mån även användas för den här typen av uppföljning.

5.4 Styrdokument

Bakgrund

Som komplement till arbets- och delegationsordningen har SiS andra styrdokument som anger vad som gäller för att SiS, utifrån sitt uppdrag, ska kunna bedriva verksamheten enligt gällande rätt och på ett effektivt, tryggt och säkert sätt. Styrdokumenten kan rikta sig till samtliga medarbetare, till en viss del av organisationen eller till medarbetare med en viss typ av arbetsuppgifter.

Inom SiS finns två grupper av styrdokument – strategiska respektive reglerande. Reglerande styrdokument anger vad som gäller inom ett visst område samt vad som ska göras eller hur någonting ska eller bör genomföras. Det finns två kategorier av reglerande styrdokument inom SiS – riktlinje och instruktion.¹³¹

SiS genomför för närvarande ett projekt för att förbättra ledningens förutsättningar att styra, normera och stödja verksamheten genom styrdokument. Projektet har pågått sedan 2021 och

¹³¹ Statens institutionsstyrelse. Arbets- och delegationsordning för Statens institutionsstyrelse, dnr 1.1.2-6925-2024, version 6, avsnitt 2.2 och 2.2.1 samt 2.2.2.

avslutas 30 juni 2025. Projektet har som syfte att skapa ordning och reda bland SiS styrdokument och har bland annat tagit fram en riktlinje för styrdokument¹³², som reglerar processen för framtagande och revidering, samt ett bibliotek för styrdokument som finns publicerat på myndighetens intranät Siw.

Av Riktlinje för styrdokument framgår att stödmaterial kan tas fram som komplement till styrdokument för att vägleda och stödja medarbetarna i olika situationer i det dagliga arbetet.

lakttagelser

När det gäller vård i enskildhet finns det två reglerande styrdokument inom myndigheten. Rättsavdelningen har tagit fram och är dokumentägare till Riktlinje/juridik LVU som bland annat innehåller regler om vård i enskildhet. Forsknings- och utvecklingsavdelningen har tillsammans med rättsavdelningen tagit fram instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet och forsknings- och utvecklingsavdelningen är dokumentägare för denna. Behandlingspersonal ute på ett ungdomshem måste således läsa två dokument parallellt för att veta vad som gäller för utförandet av vård i enskildhet.

Materialet är därutöver förhållandevis omfattande. I Riktlinje/juridik LVU är avsnittet om den särskilda befogenheten vård i enskildhet tio sidor, därutöver tillkommer ett allmänt avsnitt som avser de särskilda befogenheterna och ett avsnitt som rör dokumentation. Sammantaget är riktlinjen 333 sidor. Instruktion för beslut, planering och genomförande av vård i enskildhet omfattar 22 sidor, därutöver finns stödmaterial. Den behandlingsmedarbetare som ska ta del av styrningen har ganska begränsade möjligheter att sitta vid en dator eller på annat sätt ägna sig åt inläsning.

Av intervjumaterialet framgår att en majoritet anser att styrdokumenten avseende vård i enskildhet är tydliga, men att de innehåller väldigt mycket information. En synpunkt som har framförts är att de inte alltid är så användarvänliga. Det har framkommit önskemål om att nuvarande styrdokument finns kvar, men att det också finns en variant som behandlar det mest centrala. Något som är lättanvänt men också fungerar rent operativt.

Sis har enligt arbets- och delegationsordningen endast strategiska och reglerande styrdokument. Den ger därför inte utrymme för att komplettera ett reglerande styrdokument med stödjande styrdokument som exempelvis en handbok. Myndighetens riktlinje för styrdokument anger dock att stödmaterial kan tas fram som komplement till styrdokument för att vägleda och stödja medarbetarna i olika situationer i det dagliga arbetet. De exempel på stödmaterial som ges i riktlinjen är lathund, checklista, blankett, mall och samtalsstöd.

¹³² Statens institutionsstyrelse. Riktlinje för styrdokument, dnr 1.1.3-4246-2024.

Mot bakgrund av hur omfattande myndighetens styrdokument är framstår det som att myndigheten blandar reglerande och stödjande text i sina nuvarande reglerande styrdokument. Riktlinjerna framstår därför mer som handböcker än riktlinjer. En ordning som skulle kunna göra riktlinjer mer användarvänliga för den operativa verksamheten är om den reglerande texten hölls kortfattad i en riktlinje, som eventuellt kompletteras med en handbok i ämnet. En handbok kan innehålla mer stödjande upplysningar och rekommendationer om hur arbetet bör bedrivas, såsom tillvägagångssätt och metodval. Det framgår förvisso av den relativt nya riktlinjen för styrdokument att riktlinjer innehåller bindande regler i sin helhet om det inte tydligt framgår av texten att ett visst avsnitt utgör en rekommendation. Skrivningen verkar dock inte ha fått genomslag i myndighetens befintliga riktlinjer.

Stödavdelningarna har alla ett normerande ansvar inom sitt område. I praktiken kan dock flera stödavdelningar behöva bidra med normering inom ett och samma sakområde. Det finns inget angivet i arbets- och delegationsordningen som tydligt anger att stödavdelningars samlade normering i ett sakområde ska finnas i ett och samma styrdokument. Det finns inte heller någon avdelning som har det samlade ansvaret för myndighetens styrdokument och som därigenom kan avgöra vilka styrdokument som ska finnas. Det har sannolikt bidragit till att stödavdelningarna har kunnat upprätta reglerande styrdokument per avdelning och inte per sakfråga.

Det framgår av riktlinjen för styrdokument att det ska genomföras en behovsanalys inför framtagandet av ett nytt styrdokument. Behovsanalysen ska ringa in varför ytterligare styrning behövs och hur styrningen lämpligast bör ske. Om analysen resulterar i att ytterligare reglering behövs, ska det alltid övervägas om något befintligt styrdokument kan kompletteras med den nya informationen istället för att ta fram ett nytt. Det har således skapats förutsättningar för att stödavdelningar tar aktiv ställning till om ett nytt styrdokument ska tas fram eller ett befintligt styrdokument ska kompletteras, alternativt att styrdokumentet kan kompletteras med stöddokument. Däremot finns det, som tidigare nämnts ovan, ingen organisatorisk enhet som har möjlighet att ge vägledning alternativt döma av i dessa frågor.

En annan möjlighet som myndigheten kan överväga är att skapa en struktur för styrdokument som är kopplad till de processer som finns i verksamheten. Det vill säga, om myndigheten gör en sådan processkartläggning som beskrivs i avsnitt 5.2 Uppföljning, kan styrdokumentet utformas efter de processer som beskrivs där. Då skulle det bli logiskt för stödavdelningarna att infoga normering i styrdokumentet för den process som normeringen tillhör istället för att skapa nya styrdokument.

Det förekommer även att ungdomshemmen utfärdar egna styrdokument. Som framgår av avsnitt 3.2 Ständig tillgång till personal finns även exempel på att dessa strider mot de

nationella styrdokument. I arbetsordningen finns ingen reglering om framtagande av styrdokument vid ungdomshemmen. Det framgår dock av delegationsordningen att reglerande styrdokument som lägst får beslutas av avdelningsdirektör. Av riktlinjen för styrdokument framgår, gällande stödmaterial, att dessa ska innehålla uppgifter om ägarskap och till vilket styrdokument materialet hör. Ägarskapet för stödmaterialet ska vara samma som för styrdokumentet det tillhör samt publiceras på samma sida som styrdokumentet på intranätet.

I övrigt saknar även riktlinjen för styrdokument en reglering för framtagande av styrdokument på lokal nivå. Därav kan det konstateras att det i dagsläget saknas möjlighet för ungdomshemmen att utfärda lokala styrdokument eller annat stödmaterial.

Bedömning

Myndigheten bör överväga att lägga till stödjande styrdokument i myndighetens arbets- och delegationsordning, utöver grupperna strategiska och reglerande styrdokument. Det skulle möjliggöra att reglerande styrdokument hålls kortfattade och koncisa och endast innehåller bindande regler. Dessa kan sedan kompletteras med exempelvis en handbok som innehåller upplysningar och rekommendationer om hur arbetet bör bedrivas.

Vidare behöver myndigheten tydliggöra att all reglering inom ett sakområde bör samlas i ett styrdokument. Därutöver behöver en avdelning ges det samlade ansvaret över myndighetens styrdokument. Avdelningen kan då ge ledning i styrdokumentsfrågor och förvalta den struktur som byggs upp. Sammantaget bedöms dessa åtgärder skapa större tydlighet i styrningen och att styrdokumentet görs mer användarvänliga för den operativa verksamheten.

I dagsläget saknas möjlighet för ungdomshemmen att ta fram lokala styr- eller stöddokument. Om myndigheten menar att en sådan möjlighet ska finnas bör även framtagande av styr/stöddokument för lokal nivå regleras.

6. REKOMMENDATIONER

Myndigheten lämnas följande rekommendationer.

Tillämpning av vård i enskildhet

- I syfte att förhindra långa vårdvistelser i enskildhet behöver myndigheten antingen verka för en förändring av tillämpningen av regelverket för vård i enskildhet, en förändring av regelverket alternativt organiserar verksamheten på ett sådant sätt att den intagne ges adekvat vård utan att det medför långa vårdtider i enskildhet.
- Myndigheten behöver ge ungdomshemmen förtydligande vägledning i hur vård i enskildhet ska tillämpas vid de särskilt förstärkta avdelningarna.
- Myndigheten behöver säkerställa att verksamheten dokumenteras enligt gällande rätt och SiS styrdokument.

Förutsättningar för att ge vård i enskildhet

- Myndigheten behöver tydliggöra hur lokalerna för vård i enskildhet ska vara utrustade för att anses som ändamålsenliga.
- Myndigheten bör överväga att ge normerande avdelningar ansvar att beskriva vilka resurser som behövs, exempelvis kompetens, för att tillämpningen av metoder och arbetssätt ska kunna utföras på ett korrekt sätt.

Ledning och styrning

- Myndigheten behöver se till att ungdomsvårdsavdelningens sektion för verksamhetsstöd kanaliserar och prioriterar styrning från den strategiska nivån till ungdomshemmen. På samma sätt bör sektionen kanalisera exempelvis tillämpningsfrågor från ungdomshemmen till stöдавdelningarna och sedan samlat kanalisera svar för att bidra till en ändamålsenlig nationell enhetlighet vid tillämpningen av regelverk, metoder och arbetssätt.
- Myndigheten behöver skapa en struktur för implementering av styrning.
- Myndigheten bör överväga att skapa forum, både på lokal och nationell nivå, där det ges möjlighet att diskutera tillämpningsfrågor i syfte att åstadkomma ändamålsenlig nationell enhetlighet vid tillämpning av regelverk, metoder och arbetssätt.

Uppföljning

- Myndigheten behöver utöka verksamhetsuppföljningen på myndighetsnivå till att omfatta fler indikatorer, framför allt till att även omfatta sådana som rör vård och behandling.
- Myndigheten behöver utforma ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete så att det kan användas för att systematiskt och fortlöpande säkra verksamhetens kvalitet. Därför bör projektet om utveckling av SiS ledningssystem för verksamhetsstyrning prioriteras och ges rätt förutsättningar att slutföra arbetet med avsett resultat.

Styrdokument

- Myndigheten bör överväga att lägga till stödjande styrdokument i myndighetens arbets- och delegationsordning, utöver grupperna strategiska och reglerande styrdokument, i syfte att möjliggöra att reglerande styrdokument hålls kortfattade och koncisa och endast innehåller bindande regler.
- Myndigheter bör även överväga att ge en avdelning det samlade ansvaret över myndighetens styrdokument för att ge ledning i styrdokumentsfrågor och förvalta den struktur som byggs upp.