

# Samverkan inom Ungdomsvården

Denna rapport förmedlar erfarenheter från processer om samverkan mellan myndigheter som ger vård åt en utsatt grupp ungdomar i behov av ett samlat stöd. Den visar att god samverkan är möjlig, men det är nödvändigt med en bärande struktur och ett aktivt ställningstagande från parterna för att den ska lyckas.

Sveriges Kommuner och Landsting och Statens institutionsstyrelse har gemensamt ansvarat för det projekt som beskrivs i rapporten. Projektet har haft fokus på samverkan mellan de särskilda ungdomshemmen, som Statens institutionsstyrelse ansvarar för, och landstingens barn- och ungdomspsykiatriska verksamhet. Kommunernas socialtjänst, som ansvarar för den övergripande vårdplaneringen i samband med en placering vid ett ungdomshem, är en central part i den totala samverkan som bedrivs och har varit med som en part i projektarbetet.

Rapporten är avsedd för personal samt ansvariga tjänstemän och politiker inom kommunernas socialtjänst, landstingens psykiatri och Statens institutionsstyrelse.

Rapporten kan beställas från:  
Förbundens trycksaksbeställning  
Tel: 020 – 31 32 30  
Fax: 020 – 31 32 40

Pris:  
1-9 ex. 80 kr/st  
10 ex. eller fler, 50 kr/st  
+ moms, porto och exp.avgift



**Om psykiatriska vårdinsatser för ungdomar  
vid särskilda ungdomshem**

Samverkan inom Ungdomsvården



# Samverkan inom Ungdomsvården

Håkan Aronsson

Om psykiatriska vårdinsatser för  
ungdomar vid särskilda ungdomshem

© Sveriges Kommuner och Landsting samt Statens institutionsstyrelse

I:a upplagan

Grafisk form: Rolf Hernegran

Tryck: Edita Norstedts Tryckeri, Stockholm 2005

Författare: Håkan Aronsson

Text- och språkgranskning, redigering och stilsättning:

Margareta Ericsson, *Scriptura*, Uppsala

# Innehåll

7	Förord
8	<i>I. Presentation av projektet Samverkan inom Ungdomsvården</i>
8	Bakgrund
8	Syfte med projektet
8	Rapportens uppläggning
10	<i>II. Möjligheter och hinder i vården av ungdomar med psykiska problem vid de särskilda ungdomshemmen</i>
10	Samverkan är inget självändamål
10	Hur ser målgruppen ut?
12	Vad menar vi med begreppen samverka och samarbeta?
14	Identifierade hinder i samverkan
17	Formella grunder, utredningar och några reflexioner från projektet
21	<i>III. Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag och en tänkbar samarbetsmodell</i>
21	Inledning
21	Svensk BUP-förenings kliniska riktlinjer rörande barn och ungdomar med antisocialt eller aggressivt utagerande
22	Samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten i Gällivare
23	Kommentarer
24	Ungdomarna ska i största möjliga utsträckning få psykiatrisk behandling där de befinner sig
26	<i>IV. Att utveckla samverkan – två landstingsområden och en region</i>
26	Inledning
26	Metodik i försöksområdena
26	Samverkan inom Uppsala läns landstingsområde
30	Utvärdering av samverkan i Uppsala
32	Utredarens kommentarer till utvärderingen i Uppsala
33	Samverkan inom Stockholms landstingsområde
33	Samverkan inom Västra Götalandsregionen
34	Sammanfattning och diskussion
37	<i>V. Slutsatser och förslag</i>
40	<i>VI. Projektarbetets fortsättning</i>
41	Referenser



# Förord

Sveriges Kommuner och Landsting och Statens institutionsstyrelse har gemensamt initierat det projekt som beskrivs i denna rapport. Projektet har haft fokus på samverkan mellan de särskilda ungdomshemmen, som Statens institutionsstyrelse ansvarar för, och landstingens barn- och ungdomspsykiatriska verksamhet. Kommunernas socialtjänst, som har ansvaret för den övergripande vårdplaneringen i samband med en placering vid ett ungdomshem, är en central part i den totala samverkan som bedrivs och har varit med som en part i projektarbetet.

Avsikten med rapporten är att förmedla erfarenheter från processer om samverkan mellan myndigheter som ger vård åt en utsatt grupp ungdomar i behov av ett samlat stöd. Den visar att god samverkan är möjlig, men det är nödvändigt med en bärande struktur och ett aktivt ställningstagande från parterna för att den ska lyckas.

Rapporten är avsedd för verksamhetspersonal samt ansvariga tjänstemän och politiker inom kommunernas socialtjänst, landstingens psykiatri och Statens institutionsstyrelse. Författare till skriften är projektledaren Håkan Aronsson.

Stockholm i december 2005

Ellen Hyttsten  
Sveriges Kommuner och Landsting

Maria Åberg  
Statens institutionsstyrelse



# I. Presentation av projektet

## *Samverkan inom Ungdomsvården*

### **Bakgrund**

Det projekt som presenteras i den här rapporten har genomförts av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Statens institutionsstyrelse (SiS) för att studera frågan om samverkan mellan de särskilda ungdomshemmen inom Statens institutionsstyrelsens verksamhetsområde och barn- och ungdomspsykiatri.

Innan projektet påbörjades hade ett antal seminarier behandlat en rad aspekter av denna fråga. En enkätundersökning bland verksamhetsansvariga vid ungdomshemmen och inom psykiatri hade också genomförts.

Seminarierna och resultatet av enkätundersökningen visade att det fanns stora svårigheter att få till stånd en god samverkan mellan de särskilda ungdomshemmen och barn- och ungdomspsykiatri samtidigt som det fanns en vilja hos parterna att försöka finna lösningar på de svårigheter som uppmärksammats. SKL och SiS enades därför om att studera och närmare belysa samverkansfrågorna mellan de särskilda ungdomshemmen inom Statens institutionsstyrelsens ansvarsområde och landstingens psykiatri, i huvudsak barn- och ungdomspsykiatri.

Projektet påbörjades i mars 2003 och avslutades i september 2005.

### **Syfte med projektet**

Syftet med projektet var att göra en genomlysning av de hinder som finns för samverkan mellan de särskilda ung-

domshemmen och landstingens barn- och ungdomspsykiatri i fråga om de ungdomar vid hemmen som har behov av psykiatrisk behandling samt att beskriva vilka strategier som kan bidra till att förbättra samverkan. Givetvis är socialtjänsten ur ett organisationsperspektiv också en intressant i denna fråga.

Den underliggande frågeställningen ur ett individperspektiv är vilken nytta målgruppen ungdomar kan ha av en förbättrad systematik i samverkan.

### **Rapportens uppläggning**

Rapporten är disponerad så att läsaren kan se på projektets tema ur olika perspektiv.

I kapitel I ges en kortfattad, allmän bakgrund till projektet.

I kapitel II får läsaren möjlighet att se på frågeställningarna ur ett bredare perspektiv. Här redovisas de frågor och problem som gav upphov till projektet. Målgruppen ungdomar beskrivs med hänvisning till ett antal utredningar och undersökningar om psykiska besvär och psykiatriska diagnoser hos ungdomar vid ungdomshemmen. Eftersom de frågeställningar som skulle studeras i projektet var samverkan och samarbete mellan olika vårdgivare var det nödvändigt att försöka definiera dessa begrepp. Definitionerna samt en diskussion om dem återfinns i kapitel II. Där finns också några exempel på hinder i samverkan som identifierats av verksamhetsansvariga inom psykiatri och

institutionsvården samt ett avsnitt med referat ur olika utredningar som berör samverkan inom ungdomsvården.

I kapitel III diskuteras barn- och ungdomspsykiatriens arbete med målgruppen ungdomar utifrån frågan om prioritering samt tänkbara vinster av en utvecklad samverkan för både vårdgivarna och den enskilde vårdtagaren. Kapitel innehåller argument och underlag för nya former av en förtätad samverkan.

I kapitel IV görs en beskrivning av det projektarbete som genomförts i två landstingsområden samt projektets medverkan i arbetet i en region med en redovisning av de resultat som uppnåtts.

I kapitel V presenteras slutsatser och förslag i projektet och i kapitel VI ges en kort beskrivning av projektets fortsättning.

Den läsare som är väl insatt i frågan och endast vill ha en beskrivning av den metodik som använts i projektarbetet och hur samverkansformer växt fram i försöksområdena samt de resultat som uppnåtts kan med fördel gå direkt till kapitel IV och V.

Den som vill ha en mer allsidig belysning av den komplexa frågeställningen om samverkan, som diskuterats länge och i många sammanhang, bör läsa hela rapporten.

## II. Möjligheter och hinder i vården av ungdomar med psykiska problem vid de särskilda ungdomshemmen

### ***Samverkan är inget självändamål***

Innan projektet påbörjades och i diskussionsunderlaget som föregick det konstaterades att en god samverkan mellan berörda verksamheter – och mellan olika kompetenser – bidrar till bättre vård för ungdomarna vid de särskilda ungdomshemmen. Detta grundantagande har också styrt uppläggningsen av projektet.

Även om det är samverkan mellan ansvariga myndigheter som varit i fokus är det givetvis samarbetet med ungdomarna och deras familjer som är det centrala i ett socialt och psykiatriskt vård- och behandlingsarbete. En god samverkan mellan myndigheterna inom den offentliga sektorn är en förutsättning för att en total samverkan med ungdomarna och deras familjer ska komma till stånd. Det är ur detta perspektiv som den fortsatta diskussionen bör ses. Att samverka är inget självändamål utan har ett berättigande endast om man därigenom kan förbättra förutsättningarna för att nå målet med den beslutade vården.

### ***Hur ser målgruppen ut?***

#### *Definition*

I projektuppdraget definieras målgruppen ungdomar på följande sätt:

Ungdomar med psykiatriska vårdbehov som kan bli/är intagna på SiS' ungdomshem.

För att försöka ge en närmare beskrivning av den målgrupp som avses redovisas här uppgifter från ett antal källor i ämnet. Sammantaget ger de en bild av målgruppen ungdomar med olika sorters psykiska besvär, psykiatriska diagnoser och psykiatriska vårdbehov.

#### *Årsrapport ADAD 2004*

En av källorna för uppgifterna i det här avsnittet är *Årsrapport ADAD<sup>1</sup> 2004* (Allmän SiS rapport 2005:9). Uppgifterna i ADAD-rapporten om ungdomarnas psykiska besvär grundar sig dels på de intervjuer som genomförts med dem vid inskrivningstillfället, dels på de skattningar inom samma områden som gjorts av intervjuaren (personal vid institutionen). Det är således i huvudsak ungdomarnas egna utsagor om upplevda psykiska besvär som ligger till grund för nedanstående redovisning. I de fall det är intervjuarens uppfattning som är grunden för de redovisade uppgifterna framgår detta.

I det här sammanhanget kan nämnas att sedan ADAD-intervjuerna påbörjades år 1997 har resultaten inom de olika frågeområdena uppvisat en påfallande stabilitet mellan de olika åren. Detta gäller också för de uppgifter som handlar om psykiska besvär.

<sup>1</sup> Adolescent Drug Abuse Diagnosis.

I det följande redovisas vissa valda delar av rapporten. Underlaget utgörs av 645 ungdomar, vilket motsvarar 60 procent av dem som skrevs in vid de särskilda ungdomshemmen under år 2004.

Inom ett frågeområde intervjuas ungdomarna om olika typer av psykiska besvär under uppväxten. Knappt hälften (48 procent) av ungdomarna uppger att de har haft en svår depression medan 29 procent har haft självmordstankar och 21 procent har gjort självmordsförsök. Hälften (51 procent) av ungdomarna uppger att de lider av eller har lidit av svår oro eller spänning. Medicinering på grund av psykiska problem har förekommit bland 20 procent av ungdomarna, enligt deras egna uppgifter.

När ungdomarna tillfrågas om de haft olika typer av psykiska besvär under månaden närmast före inskrivningen vid ungdomshemmet uppger en fjärdedel att de känner en svår depression. Av flickorna säger 41 procent att de känner svår oro eller spänning och 15 procent har tagit medicin för sina psykiska besvär månaden före inskrivningen.

Ätstörningar finns också med i bilden bland de besvär som redovisas och 27 procent av flickorna uppger att de har haft ätstörningar någon gång i sitt liv.

På frågan om i vilken omfattning ungdomarna sökt och fått hjälp för sina psykiska problem svarar 38 procent att de har haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatrins öppenvård. Majoriteten av dessa är flickor. Femton procent av alla ungdomar uppger att de varit inlagda på en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Även här dominerar flickorna.

Ungdomarna tillfrågas också om de vill ha hjälp för sina psykiska problem. Sammanlagt har 27 procent besvarat frågan med ”ganska mycket” eller ”mycket”.

När den personal som genomför intervjun gör en skattning inom motsvarande område, med det som framkommit under intervjun som bakgrund, är bedömningen att psykiatrisk hjälp är nödvändig eller absolut nödvändig för 41 procent av ungdomarna. I 12 procent av samtliga fall anser intervjuarna att hjälp med en psykiatrisk problematik är absolut nödvändig.

## *Ungdomarna vid Fagareds ungdomshem och Nereby skolhem*

Fagareds ungdomshem och Nereby skolhem har avdelningar med särskild inriktning på neuropsykiatrisk problematik samt tillgång till specialistkompetens inom området. I *Årsberättelse för hälso- och sjukvårdsverksamheten vid Fagareds ungdomshem och Nereby skolhem 2002* (Söderström, H. m.fl. 2002) presenteras en fördjupad studie om det psykiatriska vårdbehovet tillsammans med neuropsykiatriska bedömningar av ungdomarna vid dessa hem. Samtliga ungdomar vid de två institutionerna har i denna studie bedömts ”multiprofessionellt” (citat ur utredningen) av de specialister inom barn- och ungdomspsykiatri som är direkt kopplade till ungdomshemmen.

Några uppgifter i denna redovisning kan komplettera bilden av målgruppens psykiatriska vårdbehov och förekomsten av neuropsykiatriska funktionshinder.

Vid Fagared fick 51 procent av ungdomarna någon form av neuropsykiatrisk diagnos. Tillsammans med övriga diagnosgrupper vid detta ungdomshem görs bedömningen att den sammanlagda andelen inskrivna ungdomar med en diagnos som kräver behandling i form av specialistpsykiatri uppgår till 61 procent.

Vid Nereby hade 43 procent av ungdomarna ett neuropsykiatriskt funktionshinder i någon form. Bland de övriga ungdomarna fanns flera fall av svag begåvning/uttalade inlärningsproblem. Man gör i denna studie bedömningen att 56 procent av eleverna hade behov av specialistpsykiatri för annat än missbruksproblem.

Man konstaterar också att andelen ungdomar som uppvisar någon form av psykiatrisk problematik är relativt konstant jämfört med tidigare år.

## *Socialtjänstens uppgifter vid intagningen till ungdomshemmen*

I KIA-systemet<sup>2</sup> hos SiS finns det uppgifter om vilken placeringorsak som uppgetts från socialtjänsten i samband med inskrivningen vid institutionen och som kan vara av

<sup>2</sup> Klient- och institutionsadministrativt system.

intresse i detta sammanhang. I genomsnitt hade 25 procent av de ungdomar som skrevs in under åren 2003 och 2004 psykiska problem som *en* orsak. Uppgifterna bygger dock inte på några diagnoser utan är en bedömning från placerande socialtjänst. Ett beslut om omhändertagande enligt 3 § LVU sker ”om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende”. De psykiska besvär som ungdomarna har ska således ses i ett sammanhang där det även förekommer andra problem hos den enskilde individen.

### *Samverkan i Uppsala läns landstingsområde*

Ett annat sätt att få en uppfattning om hur stor andel av det totala antalet ungdomar vid de särskilda ungdomshemmen som har psykiatriska vårdbehov är att beräkna den i de fall man lyckas utveckla en god samverkan. Vid de två ungdomshem i Uppsala läns landstingsområde som beskrivs i kap. IV har man samverkat med barn- och ungdomspsykiatrien om ungefär 25 procent av de ungdomar som varit inskrivna under ett år. Det bör noteras att dessa siffror avser den period då samverkan byggdes upp. Det behövs ett längre tidsperspektiv för att man ska se den faktiska andelen ungdomar med psykiska besvär.

Sammantaget visar ovan nämnda rapporter och projekt att en stor andel av de ungdomar som är inskrivna vid de särskilda ungdomshemmen har en psykiatrisk problematik i någon form. Förhållandena varierar mellan de olika ungdomshemmen utifrån den specialisering de har. Målgruppen har dock generellt sett i stor utsträckning haft kontakt med barn- och ungdomspsykiatrien före inskrivningen. Det är också tydligt att det i betydande omfattning handlar om en för psykiatri och socialtjänst gemensam målgrupp ungdomar som är placerade vid de särskilda ungdomshemmen.

## **Vad menar vi med begreppen samverka och samarbeta?**

### *Inledning*

Sådana begrepp som samordning, samverkan, samarbete, samsyn eller samgående används ofta vid diskussioner om utvecklingsbehov inom vårdsektorn. Ofta används flera av begreppen synonymt, men i olika rapporter och utredningar görs försök att definiera dem. Sammanfattningsvis kan man säga att de antas stå för olika nivåer av koordination av två eller flera organisationers verksamheter, och/eller ett gemensamt arbete mellan dessa, med hänsyn till enskilda individers behov av ett flertal olika vård- och stödinsatser. Detta gäller inte bara inom ungdomsvården utan en diskussion där begreppen återkommer förs ständigt inom stora delar av vårdsektorn.

En bättre samverkan eller ett bättre samarbete mellan myndigheter framhålls ofta i den politiska debatten och i olika utredningar som nyckeln till bättre förhållanden för den enskilde hjälpsökanden och ett bättre utnyttjande av tillgängliga resurser. Mycket talar också för att så är fallet. Personal inom organisationer som har genomgått en positiv utveckling inom samverkansområdena kan omvittna detta. (Se *Samverkan.nu* och *Man kan inte så noga veta*, Kjellberg, E. 2001.)

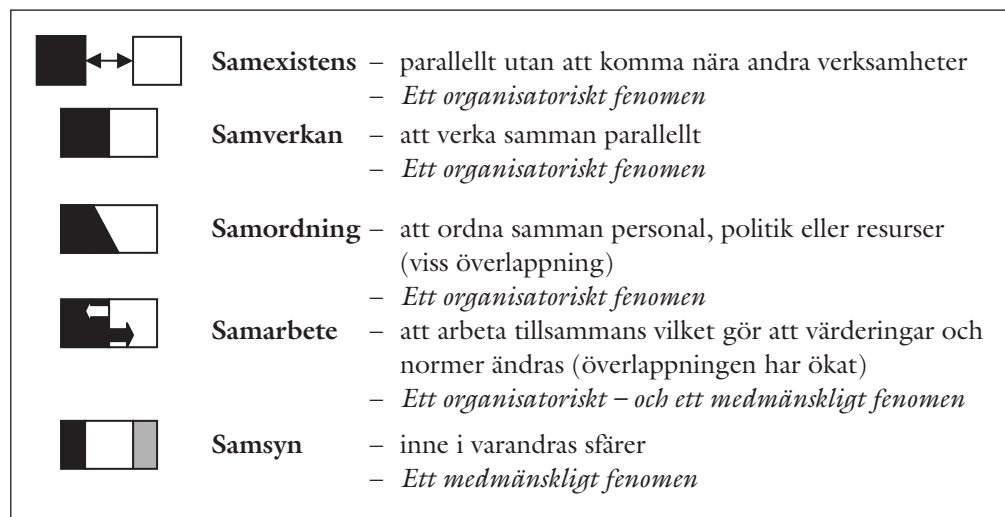
Som tidigare framhållits får samverkan eller samarbete inte vara något självändamål. Utgångspunkten måste naturligtvis vara att de parter som förväntas samarbeta har komplementära kunskaper, resurser och befogenheter inom sina respektive organisationer som sammantaget kan gynna en individ med en komplex problembild. Av detta följer att man inte kan anta att en utökad samverkan löser svåra problem inom vård- och behandlingsområdet om den förväntade samarbetsparten till exempel inte har de kunskaper inom ett område som man förväntat sig. Att man har felaktiga eller för höga förväntningar på en samarbetspartner kan många gånger vara en god grund för samverkansproblem och irritation mellan olika aktörer.

Att det inte är så enkelt att nå fram till en god samverkan är känt sedan länge och frågeställningar i anslutning till området har beskrivits i ett stort antal böcker, vägledningar och utredningar. I flera av dem görs också försök att definiera och problematisera sådana begrepp som används.

Som grund för den fortsatta diskussionen används definitioner av begreppen samverkan och samarbete i två av dessa skrifter.

## Olika definitioner

I rapporten *Samverkan för särskilt utsatta. Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM* (Socialstyrelsen 2001) beskrivs resultaten av samverkan mellan försäkringskassa, arbetsförmedling och socialtjänst inom rehabiliteringsområdet. Där definieras och problematiseras olika begrepp inom området på följande sätt:



*Figur 1.* Definitioner av olika begrepp (källa: Fridolf, M. i *Samverkan för särskilt utsatta*, Socialstyrelsen 2001. Originalen finns i Fridolf, M. 1999).

Samtliga begrepp i *Figur 1* torde ha någon form av positiv klang, utom möjligen begreppet *samexistens* som snarast kan antas spegla en förväntan hos minst en av parterna att någon förändring borde komma till stånd men att man inte kommit längre än att man känner till varandra. Det kan säkert finnas många orsaker till detta. En anledning kan vara att det inte finns någon person eller grupp som tagit initiativ till samverkan, eller också har en konflikt uppstått sedan man misslyckats med försöken.

Resonemangen om de olika begreppen kan fördjupas betydligt. Syftet med att ta upp dem här är i första hand

att ge en gemensam referensram för den fortsatta framställningen i rapporten. De kanske också kan vara användbara i samtal mellan barn- och ungdomspsykiatri och ett särskilt ungdomshem för att försöka definiera var parterna befinner sig i relation till varandra för tillfället och vad som vore önskvärt.

En annan utgångspunkt för diskussionen i detta avsnitt är Berth Danermarks bok *Samverkan – himmel eller helvete – en bok om den svåra konsten att samverka*. (Danermark. B. 2000). Den handlar om samverkan mellan organisationer som arbetar med människor. Just detta faktum sätter sin

specifika prägel på frågan om samverkan. Begreppet *samverkan* definieras som

...medvetna målinriktade handlingar som utförs tillsammans med andra i en klart avgränsad grupp avseende ett definierat problem och syfte (s. 15).

Danermark skriver också:

...det finns en uppsättning formella och informella regler som styr arbetet och som (ibland) kraftigt skiljer sig åt för de inblandade (s. 12).

En annan dimension som lyfts fram i frågan om samverkan mellan organisationer som arbetar med människor är att det kan finnas olika kunskaps- och förklaringsmodeller inom organisationerna som innebär att det ofta råder konkurrens om inflytandet över kunskapsdimensionen. Det finns också ett stort tolkningsutrymme då det gäller att beskriva resultaten av det arbete som utförs.

I ett centralt avsnitt i boken sammanfattas frågan om samverkan mellan ”människovårdande organisationer” på följande sätt:

I samverkan spelar olikheter i kunskaps- och förklaringsmodeller, i regelsystem och i organisation stor roll för hur den konkreta samverkan gestaltar sig. För att samverkan skall ha en förutsättning att bli framgångsrik fordras att dessa tre typer av faktorer identifieras, lyfts fram och diskuteras (s. 13).

Att samarbeta innebär enligt Berth Danermark följande:

Att samarbeta, en mellanmännisklig form, kan på sikt innebära att värderingar förändras. Samarbeta sker med varierande djup och intensitet. Det kan ske genom erfarenhetsutbyte men också mer organiserat t.ex. genom gemensam arbetsplanering. Det kan innebära att några aktörer remitterar en person till en annan. Ännu mer organiserat kan det betyda att de som samarbetar tillför sina kompetenser och resurser, dvs. arbetar tillsammans för att lösa en persons behov. I en förlängning kan ett väl utvecklat samarbete leda till ett gemensamt lärande. Det kan betraktas som olika nivåer av medvetenhet. På den första nivån finns enbart medvetenhet, på den andra utbyts erfarenheter, på den tredje koordineras arbete och

på den sista arbetar aktörerna ihop i team. Ett gemensamt lärande kräver att det finns gemensamma värderingar och en samsyn samt att aktörerna är överens om vad som ska åstadkommas. Det har ofta inneburit att åsikter stötts och blötts mot varandra och att aktörerna tillåtit ett ifrågasättande av varandras kompetenser (s. 19).

I de citerade böckerna framhålls också betydelsen av att se samverkan som en process.

I den här rapporten används i huvudsak begreppen *samverkan* och *samarbete*.

I enlighet med diskussionen ovan används begreppet *samverkan* genomgående för att beskriva de processer som leder till gemensamma, målinriktade handlingar. Dessa gemensamma handlingar kan i vårt fall handla om arbete med en enskild ungdom och dennes familj men även om en gemensam strävan på ett mer övergripande plan. Organisationerna behåller sina ursprungliga mål och har stämt av sina respektive mål och uppdrag med varandra. Parterna har ett parallellt agerande men arbetsformer och uppdrag är – i den omfattning de rör den gemensamma målgruppen – väl koordinerade. Om samverkan ska kunna utvecklas inom det område som är aktuellt här, måste det med andra ord vara klart att den ingår i parternas uppdrag.

Begreppet *samarbete* används i rapporten som en beteckning på ett i huvudsak mellanmänniskligt fenomen. Samarbetar gör vi som en naturlig del av vardagen. Att människor i olika sammanhang kan samarbeta med varandra är grundläggande för allt socialt liv. Naturligtvis innebär en samverkan mellan två organisationer då också att personalen i dessa organisationer kommer att samarbeta med varandra.

## **Identifierade hinder i samverkan**

### *Berättigat missnöje eller orealistiska förväntningar?*

Begreppet *hinder i samverkan* har kommit att spela en central roll i diskussionerna om relationerna mellan barn- och ungdomspsykiatri och ungdomshemmen. Vid de seminarier i denna fråga som föregick projektet och i den kart-

läggning som genomfördes i september 2001<sup>3</sup> beskrevs svårigheterna att få en samverkan till stånd. Det sammantagna intrycket var att parterna i många fall stod mycket långt ifrån varandra. Från institutionerna kunde ofta märkas en stor besvikelse över att man inte fått hjälp med en målgrupp ungdomar som man ansåg tillhörde psykiatri samt en uppgivenhet i frågan om samverkan med barn- och ungdomspsykiatri. Från barn- och ungdomspsykiatriens sida framkom att man ansåg att personalen vid institutionerna hade orealistiska förväntningar på vad BUP skulle kunna åstadkomma, både med hänsyn till befintliga resurser och den kunskap – eller snarare brist på kunskap – som finns inom barn- och ungdomspsykiatri om den aktuella målgruppen.

Följande redovisning av exempel på hinder i samverkan kan i korthet illustrera de områden som företrädare för de båda organisationerna räknar upp:

- Den målgrupp som vi anser vara deras anser de vara vår (företrädare för SiS).
- Stora egna kompetensbrister beträffande målgruppen (företrädare för BUP).
- Neuropsykiatriska utredningar och andra längre utredningar kan vi inte erbjuda (BUP).
- Ingen utomlänsvård kan erbjudas inom BUP.
- Företrädare för SiS uppger rent allmänt att det är svårt att komma i kontakt med verksamheterna vid BUP.
- BUP klarar inte av att erbjuda slutenvård till våldsamma och utagerande ungdomar (BUP).
- Rent allmänt ett mycket komplext område att samverka inom.
- Olika synsätt på behandling.
- Vem ska betala för den psykiatriska vården när ungdomarna är placerade på ett särskilt ungdomshem?
- Ansvarsfrågan; landstingen kan fransäga sig ansvaret för behandling därför att den unge ”inte är så sjuk” samtidigt som man vid institutionen anser raka motsatsen.
- Samverkan sker ensidigt på psykiatriens villkor.

- Vad gör vi med ungdomar över 18 år?
- Exempel på hur ungdomar måste avbryta placering vid ett särskilt ungdomshem för att läggas in på BUP på hemorten långt från ungdomshemmet. Ingen kontinuitet, ingen samverkan.
- Patientsäkerheten när man som konsult besöker ungdomshemmet två gånger per månad (konsultläkare).
- Det är stor brist på barn- och ungdomspsykiatriker. Det är den typen av kompetens vi efterfrågar. Den andra kompetensen har vi (företrädare för SiS).
- Vi har så stor efterfrågan på våra tjänster inom BUP från många andra målgrupper att vi inte kan prioritera denna fråga. Det finns ju redan konsultläkare och många andra resurser för dessa ungdomar vid de särskilda ungdomshemmen.
- Vi har inte uppdraget att arbeta med ungdomshem från våra beställare inom landstinget (företrädare för BUP).

Denna lista skulle kunna göras mycket längre, men ovanstående redovisning torde vara tillräcklig för att illustrera de svårigheter som fanns i samband med starten av projektet och som fortfarande finns i stor utsträckning. För att komplicera det hela ytterligare kan nämnas att om man, trots allt, skulle lyckas få till stånd en samverkan finns det en rädsla hos vissa inom SiS för att det blir fel med en ”psykiatisering” av SiS-institutionerna. Sammantaget blir då hela frågeställningen paradoxal och lösningarna ännu svårare att skönja.

I de uppräknade svårigheter och hinder som gjordes i samband med nämnda undersökning och seminarier gjordes inga försök att ”vikta” de olika frågeställningarna för att undersöka om det var möjligt att identifiera eventuella generella mönster. Sådana mönster skulle till exempel kunna bestå av vissa dominerande ”kluster” av hinder och svårigheter där man kunde ana att ett borttagande av hinder skulle vara förlösande för hela frågeställningen.

Var och en bidrog med sina erfarenheter utifrån lokala och sinsemellan olika förhållanden vid enskilda institutioner eller BUP-kliniker. Sammantaget är därför de svårig-

<sup>3</sup> *Ungdomar som finns på SiS ungdomshem och som har psykiatriska vårdbehov. Resultat från en kartläggning under september 2001 (Statens institutionsstyrelse 2001).*



heter och hinder som framfördes omfattande och har en mångskiftande karaktär.

Trots detta gjordes i början av projektet ett försök att ringa in vissa huvudområden i frågan om mötet mellan de båda organisationerna.

#### Resurser och fördelning av resurser

- Brist på barn- och ungdomspsykiatriker med den specialistkompetens som efterfrågades av institutionerna.
- Frågan om ett avdelande av resurser från landstingen till ungdomar vid institutioner – många ungdomar är placerade utanför det egna hemlandstinget – var lågt prioriterad i förhållande till andra behov som måste tillgodoses.

#### Befintlig samverkan mellan organisationerna

- I några fall fanns samverkan där ungdomshemmet köpte tjänster från en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik i form av läkartimmar vid institutionen.
- Samverkan beträffande vissa enskilda ungdomar förekom, men det fanns – med något undantag – egentligen inget bra exempel på en uppbyggd struktur för samverkan mellan de båda organisationerna.

#### Samarbetet mellan personalen vid de båda organisationerna

- Det saknades i stor utsträckning forum för diskussioner om samverkan på lokal nivå mellan BUP-kliniken och ungdomshemmet.
- Det fanns en uppgivenhet bland verksamhetsföreträdare att det var möjligt att lösa denna fråga.

#### Betalningsansvaret för den psykiatriska vården

- Representanterna för SiS ansåg att den psykiatriska vården för ungdomar vid de särskilda ungdomshemmen skulle bekostas av landstingen, inte av SiS och indirekt de placerande kommunerna. Frågan om kost-

naderna för vård av utomlänspatienter återkom ofta i diskussionerna.

Den direkta upplevelsen av diskussionerna om dessa frågor var att de faktiska förutsättningarna för en samverkan tycktes vara små. Trots detta fanns det hos båda organisationerna en insikt om att den aktuella målgruppen ungdomar egentligen borde vara gemensam.

Frågan är bara *hur* samverkan ska gå till med tanke på alla de svårigheter som radas upp i alla sammanhang när frågan kommer upp. Det rör sig om frågeställningar inom så vitt skilda områden som resurser och ekonomi till synen på behandling och 18-årsgränser inom BUP som inte motsvarar det åldersmässiga spannet för lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

#### *Hur ska samverkan utformas?*

Hur ska man praktiskt utforma den vård som gör att kvalitet och kontinuitet kan garanteras för en målgrupp som mycket lätt ”faller mellan stolarna”? Hur ska det gemensamma samhällliga ansvaret för dessa ungdomar kunna realiseras med hänsyn till det regelverk och alla de yttre ramar som finns för båda myndigheterna i dag? Hur ska man komma förbi de låsningar som finns för närvarande och där det också finns inslag av anklagelser mot varandra och en uppgivenhet om möjligheten att komma vidare?

En intressant fråga i sammanhanget blir också vilka av alla dessa hinder och svårigheter som faktiskt kommer att kvarstå om man med gemensamma ansträngningar försöker lösa problemen på den lokala nivån. Vilka kommer att visa sig vara fiktiva och i själva verket vara ”hjärnsnöken”? Kommer det att dyka upp nya hinder på vägen som man inte kan se i den teoretiska diskussionen? Vilka är de i så fall och hur kan de elimineras?

Detta är några av de frågor som väcktes i projektet när hinder i samverkan diskuterades. Som en följd av diskussionen blev inriktningen att försöka studera vilka *möjligheter* till samverkan som fanns.

## **Formella grunder, utredningar och några reflexioner från projektet**

### *Inledning*

I det här avsnittet redovisas först viss lagstiftning som är aktuell för området. Därefter refereras några utredningar om vård och behandling av ungdomar där frågan om samverkan mellan de särskilda ungdomshemmen och psykiatrin berörs. Till sist följer några reflexioner med utgångspunkt i erfarenheterna från projektet.

### *Hälso- och sjukvårdslagen och kontinuiteten i den psykiatriska vården för ungdomar vid de särskilda ungdomshemmen*

Den lagmässiga grunden för ansvaret för den psykiatriska vården (och annan hälso- och sjukvård) finns beskriven i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget. Då frågan om vård utanför det egna landstingsområdet blir aktuell för många av de ungdomar som är placerade vid de särskilda ungdomshemmen, uppkommer omedelbart ett antal frågeställningar rörande kontinuiteten i den psykiatriska vården för den unge. Vården kan ha pågått länge både i öppna och slutna former vid hemlandstingets barn- och ungdomspsykiatriska klinik, och nu kan den unges totala situation ha medfört att en LVU-placering genomförts långt från det egna hemmet. Dessa ungdomar är placerade med tvång och även om närhetsprincipen ska råda vid ett placeringsbeslut, är det i stor utsträckning tillgången till platser vid de olika institutionerna och en matchning av den unges totala problembild – med därtill lämplig kompetens vid ett ungdomshem – som blir avgörande för placeringsbeslutet. Detta innebär att det kan uppstå ett avbräck i kontinuiteten i den psykiatriska vården. I de fall där en psykiatrisk problematik upptäcks och behandling påbörjas under placeringstiden måste sambandet med hemlandstinget upprättas för att vid behov trygga en fortsatt psykiatrisk kontakt efter

utskrivningen från ungdomshemmet. I båda fallen förutsätts att samverkan upprätthålls mellan institutionen och hemlandstingets psykiatri.

Den psykiatriska vård som bedrivs vid de särskilda ungdomshemmen – i huvudsak genom de konsultläkare man har kontrakterat – är att betrakta som öppenvård. Någon tvångsvård enligt Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), får inte bedrivas vid ett särskilt ungdomshem. Kontakten med läkaren vid ungdomshemmet är således frivillig för den unge.

### *Socialtjänstlagen och den psykiatriska vården av ungdomar vid de särskilda ungdomshemmen*

Frågan om ansvaret för hälso- och sjukvård (i vårt fall psykiatri) vid de särskilda ungdomshemmen kan även belysas ur socialtjänstens perspektiv. Enligt 2 kap. 2 § socialtjänstlagen har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Socialtjänsten har också det övergripande ansvaret för ungdomar som är omhändertagna enligt LVU och placerade vid de särskilda ungdomshemmen. Det framgår dock tydligt av lagen att detta ansvar inte innebär någon inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

I förarbetena (prop. 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.*) beskrivs denna fråga på följande sätt:

Den skiljelinje som måste dras är, enligt regeringens uppfattning, mot sådana insatser som är att hänföra till hälso- och sjukvård och som är sjukvårdshuvudmannens ansvar att tillgodose. Det kan inte vara rimligt att t.ex. kostnader för psykoterapi, alternativ medicinsk behandling eller andra sjukvårdande insatser skall bekostas av socialtjänsten. Det är viktigt att markera att kommunernas yttersta ansvar för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver inte skall omfatta insatser som åligger annan huvudman (s. 93).

Även om beskrivningen inte är applicerbar i alla avseenden på den frågeställning som belyses i denna rapport, framgår

hälso- och sjukvårdshuvudmannens ansvar tydligt av det principiella ställningstagandet. I den situation som råder för närvarande, det vill säga att de konsulterande läkarna anställs direkt av ungdomshemmet, faller åtminstone delar av kostnaden för dem på den vårdavgift som den placerande kommunen betalar.

### *Tvångsvård i socialtjänsten; utredningen om staten som huvudman*

I de förhandlingar mellan staten och de tidigare huvudmännen (landsting, kommunalförbund och kommuner) som föregick det statliga övertagandet av § 12-hemmen (avser 12 § i LVU och är synonymt med ett särskilt ungdomshem) berördes frågan om den psykiatriska vården utifrån förutsättningen att en samverkan skulle byggas upp mellan den nya huvudmannen och landstingens psykiatri. Frågan berörs i SOU 1992:18 *Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. Betänkande av IUM utredningen om tvångsinstitutioner inom socialtjänsten*. I avsnitt 3.4 beskrivs frågeställningen i avsnittet *Samverkan §12-hem – andra vårdformer*:

De klienter som stannar på §12-hemmet för vård och behandling kan under vårdtiden ha behov av vård- och behandlingsinsatser som inte kan ges på §12-hemmet. Det kan gälla t.ex. tandvård, annan somatisk vård och viss psykiatrisk vård. I sådana fall måste §12-hemmet tillse att erforderlig vård kommer till stånd och att samverkan med andra vårdgivare fungerar tillfredsställande. Komplikationer kan uppstå till följd av klienternas störande beteende men kan i de flesta fall bemästras. Samarbetet med barn- och ungdomspsykiatrien kompliceras av två faktorer. Dels är tillgången till denna kompetens mycket begränsad, dels har barn- och ungdomspsykiatrien svårigheter att hantera de kraftigt utagerande ungdomarna på sina behandlingsavdelningar som oftast är inriktade på en annan klientgrupp (s. 86).

Av avsnitt 3.7.6 *Samverkan med hälso- och sjukvården* framgår bland annat följande:

I avsnitt 3.4 beskrivs problemet med de psykiskt störda ungdomarna inom §12-vården och de svårigheter som

rapporteras när det gäller möjligheten att ge dessa adekvat vård. Utredningen finner det mycket angeläget att det snarast utarbetas modeller för att komma tillrätta med detta vårdproblem.

Problemet är allvarligt och det som framför allt tycks vara nödvändigt är att finna helt nya metoder och förhållningssätt i dessa fall. En väg som kan prövas för att bidra till lösningar för åtminstone en del av de här aktuella ungdomarna är att §12-hemmen som har erfarenhet av utagerande ungdomar, ges resurser och möjligheter att, inom ramen för §12-vården, på ett mer systematiskt sätt utveckla den behandling som krävs. Inom ramen för regionalt differentierad §12-vård bör särskilda enheter inrättas med uppgift att ge sådan vård. För detta krävs också metodutveckling i samverkan med barn- och ungdomspsykiatrien. Metodutveckling med detta syfte har redan igångsatts av några huvudmän. Frågan bör prioriteras i ett fortsatt utvecklingsarbete (s. 106).

I avsnitt 3.2 berörs frågan på följande sätt under rubriken *Aktuella problem*:

En annan grupp svårbehandlade ungdomar är de som har sådana psykiska störningar att deras problem kan sägas gränsa mot psykiatriens ansvarsområde. Dessa ungdomar är ofta svåra att hantera i gruppsituationer och är till följd av sina psykiska störningar oberäkneliga och ibland mycket aggressiva. Vården av dessa ungdomar ställer stora krav på personal och miljö samt behov av ett nära samarbete med barn- och ungdomspsykiatrien (s. 77).

I ovan citerade utredning framhålls också att det är angeläget att inrätta enheter för vård av de psykiskt störda ungdomarna i varje region, och att man för vården av dem skall utarbeta särskilda vårdprogram och inleda ett nära samarbete med barn- och ungdomspsykiatrien.

### *Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande*

I SOU 1998:31, *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén*, avsnitt 9.3 skriver man bland annat följande om utagerande ungdomar med missbruksproblem och psykiska problem:

Utagerande ungdomar har i många fall en sammansatt problematik där bl.a. missbruk, kriminalitet och psykiatriska problem förekommer i någon kombination. Vi finner det oacceptabelt att ungdomar, som idag vårdas i särskilda ungdomshem eller i andra hem för vård eller boende, inte alltid erhåller adekvat psykiatrisk hjälp för sina psykiska problem genom hälso- och sjukvårdens försorg. Utgångspunkten bör vara att placerade ungdomar, oberoende av hur ungdomarnas problem i första hand definieras, har lika stor rätt och tillgång till psykiatriska resurser som den övriga befolkningen. Ansvaret för att tillgodose ungdomarnas psykiatriska vårdbehov ligger på hälso- och sjukvården och utgör följaktligen hälso- och sjukvårdens vård- och kostnadsansvar (se SOU 1998:31, s. 329).

Barnpsykiatrikommittén föreslog att man skulle inrätta behandlingsråd, där företrädare för BUP, socialtjänsten och särskilda ungdomshem eller andra hem för vård eller boende tillsammans skulle medverka i utredningen om den unges vårdbehov. Man föreslog också att varje landsting skulle utse en patientansvarig (legitimerad) behandlare med barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens som skulle etablera kontakt med de särskilda ungdomshemmen och andra HVB-hem inom landstingsområdet. Dessa förslag – som utgör ett försök att beskriva en struktur för att bedriva samverkan mellan psykiatri och de särskilda ungdomshemmen – har inte förverkligats.

### *Betänkande av LVU-utredningen*

Även i SOU 2000:77, *Ombändertagen. Samhällets ansvar för utsatta barn och unga. Betänkande av LVU-utredningen*, beskrivs svårigheterna kring behandlingen av ungdomar med en sammansatt problembild och stora behov av psykiatriska behandlingsinsatser. I avsnitt 10.1 under rubriken *Unga som har psykiska problem behöver vuxna som kan samverka, inte ett utvidgat tvång* konstateras att barn- och ungdomspsykiatrien måste ta sitt ansvar för ungdomar med psykiska problem, även om de är utagerande och aggressiva. Dessutom konstateras i utredningen att man från barn- och ungdomspsykiatriens sida inte ska kunna

...avhända sig ansvaret och hänvisa till brist på resurser och metoder som man ibland gör. Det här är barn- och ungdomspsykiatriens patienter. De som är sjukast skall först få behandling (SOU 2000:77, s. 174).

### *Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén*

I det nyligen publicerade betänkandet från den sociala barn- och ungdomsvårdskommittén (SOU 2005:81, *Källan till en chans, Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. Betänkande av sociala barn- och ungdomsvårdskommittén*) berörs också frågan om psykiatriens ansvar för institutionsplacerade ungdomar. I avsnitt 9.4.2 skriver man följande:

När vi analyserar situationen för målgruppen med samtida sociala och psykiatriska problem finner vi att dessa ungdomar, istället för att vårdas inom barn- och ungdomspsykiatrien som numera har ett starkt begränsat antal slutenvårdsplatser, ofta får sin vård på hem för vård eller boende eller SiS särskilda ungdomshem eftersom de uppenbart behöver någon form av sluten vård. Institutionerna som är angelägna att ge ungdomarna en så god vård som möjligt har löst problemet genom att anställa egna läkare – konsultläkare. Dessa läkare som kan antas vilja arbeta där patienterna finns, "plockas bort" från landstingens psykiatriska vård eller primärvård och ger i stället vård på de institutioner där flickorna och pojkarna finns, Kommunerna får i vårdavgiften till institutionerna betala den psykiatriska vården och landstingsverksamheten står med icke tillsatta läkartjänster. Förskjutningen av ansvaret för vården är ett faktum som dock inte är formaliserat och flickorna och pojkarna med samtida sociala och psykiatriska problem riskerar att utsättas för godtycke då det gäller att få dessa sina behov tillgodosedda (s. 262).

### *Råd och riktlinjer från Statens institutionsstyrelse*

Statens institutionsstyrelse har utformat riktlinjer för den hälso- och sjukvård som bedrivs vid organisationens institutioner (*Råd och Riktlinjer/juridik 2005:1*). I denna så kallade sjukvårdshandbok skriver man följande angå-

ende Statens institutionsstyrelsens ansvar för hälso- och sjukvården.

Landstingen har skyldighet att erbjuda nödvändig hälso- och sjukvård även till SiS patienter. Skulle landstingen vägra att ställa upp med nödvändig hjälp, kan institutionen kontakta Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet (...), som skall se till att landstinget uppfyller sina skyldigheter.

Någon lagstadgad skyldighet för SiS att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet vid institutionerna finns däremot inte. I 3 kap. 6 § socialtjänstförordningen (2001:937) SoF, anges emellertid att de särskilda ungdomshemmen skall ha tillgång till läkare. En sådan läkare bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri. Innebörden av att ha tillgång till har inte preciserats, men det får antas att syftet är att det skall finnas ett utvecklat samarbete med specialist eller klinik vilken kan anlitas vid behov (se avsnitt 2 s. 2).

### *Kommentarer*

Frågan om den psykiatriska vården vid de särskilda ungdomshemmen kan sammanfattningsvis beskrivas som att det förutsätts att samverkan ska utvecklas mellan huvudmännen. I den utredning som låg till grund för det statliga övertagandet av de så kallade § 12-hemmen berördes dock inte hur denna samverkan skulle utformas. Detta bekräftas också vid samtal med personal som medverkade i förhandlingarna inför det statliga övertagandet.

Det framgår emellertid att ramarna för omhändertagandet i huvudsak ska finnas vid institutionen även om det finns psykiatriska inslag i problembilden. Detta faktum fråntar dock inte hälso- och sjukvården dess ansvar för, som i detta fall, den psykiatriska vården. Man förutsätter – eller kanske snarare har en förhoppning om – att parterna kan samverka och finna lösningar både i de enskilda fallen och beträffande metodutveckling.

Det är emellertid ofta svårt att utforma en god samverkan för ”människovårdande” verksamheter. Samverkan uteblir i allmänhet om en systematik i denna fråga saknas. Grunderna för samverkan blir inte heller lättare att ut-

forma då en stor grupp ungdomar placeras utanför det egna landstingsområdet.

Hänvisning till bristande resurser, andra prioriteringar och dylikt medför att hela frågan om samverkan lämnas mer eller mindre åt slumpen. Finns det ett stort intresse hos båda parter kan samverkan komma till stånd, finns engagemanget bara hos en part uteblir den. För SiS del har bristen på samverkan med psykiatrin medfört att institutionerna byggt upp egna resurser inom området i en betydligt större omfattning än man egentligen haft för avsikt att göra. Personalen vid institutionerna har haft en reell situation att hantera där tillgång till psykiatrisk kompetens varit nödvändig, och man har tvingats bygga upp egen kompetens inom området. Kravet på samverkan med psykiatrin och att psykiatrin måste ta ett större ansvar i denna fråga har dock hela tiden kvarstått. Dessutom framgår av Socialtjänstförordningen att de särskilda ungdomshemmen ska ha tillgång till läkare som bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri.

I de fall den unge placeras vid ett särskilt ungdomshem beläget inom det egna landstingsområdet eller i ett angränsande landsting borde förutsättningarna för samverkan mellan ungdomshemmet och landstingets psykiatri vara större än vid placeringar långt hemifrån. Enligt erfarenheterna i projektet finns det emellertid ingen entydig bild som visar att så är fallet, även om undantag finns. Bristen på struktur då det gäller att bedriva samverkan medför att den många gånger uteblir även i dessa fall.

Brist på struktur och avtal om hur samverkan ska bedrivas kan i en del fall uppvägas av personliga kontakter mellan personal vid de olika myndigheterna eller av en tydligt utarbetad övergripande vårdplan från den placerande socialtjänsten.

Det finns således exempel på att samverkan fungerar, vid placeringar såväl inom som utom hemlandstinget. Det obligatoriska samband, som borde upprättas, saknas emellertid. Vid verkställandet av en övergripande vårdplan från socialtjänstens sida skulle existensen av samverkansavtal mellan barn- och ungdomspsykiatrin och ungdomshemmet utgöra ett tydligt stöd.

# III. Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag och en tänkbar samarbetsmodell

## **Inledning**

Hur ser man då från barn- och ungdomspsykiatrins håll på frågan om samverkan med de särskilda ungdomshemmen? Bilden är givetvis inte enhetlig utan återigen framträder en mångfasetterad bild från en organisation som har stora krav på sig från många håll och som är hårt belastad.

I arbetet med projektet har det emellertid varit önskvärt att i ett mer övergripande perspektiv få ytterligare belysning av barn- och ungdomspsykiatrins syn på sin egen roll och sitt ansvar för behandling när det gäller målgruppen ungdomar med en utagerande problematik. Därför har projektet tagit del av skrifter från företrädare för barn- och ungdomspsykiatri som belyser denna fråga på ett sätt som pekar framåt mot ett samordnat synsätt mellan olika samhällsaktörer.

## **Svensk BUP-förenings kliniska riktlinjer rörande barn och ungdomar med antisocialt eller aggressivt utagerande**

Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP-föreningen) har tagit fram ett dokument som i flera avseenden har anknytning till de frågor som projektet arbetat med och som berörs i denna rapport. Dokumentets titel är *Barn och ungdomar med antisocialt eller aggressivt utagerande – Kliniska riktlinjer för bedömning och handläggning inom barn- och ungdomspsykiatri* (2003). Avsikten med dokumentet är att utforma riktlinjer för bedöm-

ning och behandling för barn och ungdomar mellan 0 och 18 år (och deras nätverk), vilka aktualiseras vid BUP på grund av aggressivt eller antisocialt beteende. Syftet är att tillförsäkra dessa barn och ungdomar och deras familjer så god vård som möjligt.

I detta dokument förs även en diskussion om samverkan och ansvar för de ungdomar som utgör målgruppen för socialtjänstens ungdomsvård och för de särskilda ungdomshemmen.

Under rubriken Barn- och ungdomspsykiatrins uppdrag skriver man:

Inom barn- och ungdomspsykiatri har vi länge ägnat oss åt problem och arbetssätt vars handläggning respektive tillämpning ställt höga krav på föräldrars och barns motivation och förmåga att delta i utredning och behandling. Behandlingsarbetet har på ett dominerande sätt varit förlagt till mottagningar och kliniker vilket förutsatt att föräldrar kunnat och velat ta sitt barn till behandlingen. Psykoanalytiskt baserade behandlingsmetoder har vidare krävt att barnen har frustrationstolerans och viss uttrycksförmåga. Fokuseringen på den egna verksamheten har hindrat en öppen och aktiv samverkan med förskola, skola, socialtjänst och ungdomsvård. Slutligen har granskningen av de egna arbetssättens effektivitet på olika typer av problem varit nästan obefintlig. Alla dessa förhållanden har samverkat till att BUP har svikit de utagerande barn som inte varit motiverade till att leka och prata på våra mottagningar. Det krävs därför att vi inför-

livar nya förhållningssätt och arbetsmetoder för att ändra på detta (s. 9).

I dokumentet betonar BUP-föreningen också att personalen vid de barnpsykiatriska klinikerna bör lära sig de nya forskningsbaserade arbetssätt som finns för den målgrupp barn och ungdomar och deras familjer som av tradition inte söker sig till BUP. Man understryker dessutom vikten av att samverka med det professionella nätverket både i utbildningar och i arbetet med familjerna. Detta gäller även samverkan med SiS. För att en framgångsrik samverkan ska komma till stånd uppnås det bästa resultatet – i nuvarande kunskapsläge – om insatserna är koordinerade och familj, skola, socialtjänst, BUP, och i enskilda fall dessutom familjehem, HVB-hem eller SiS-institutioner, har en nära samverkan med varandra.

Under rubriken *Samverkan mellan vårdgivare och myndigheter* skriver man:

Barn- och ungdomspsykiatri är hårt belastad. Utökning av budgetramar kan trots detta inte väntas. Lösningar måste därför utgå från de resurser som finns. Barn och ungdomar med antisocialt utagerande engagerar redan idag många samhällsaktörer. Uppdrag kan emellertid behöva förändras i ljuset av växande kunskap (s. 49).

Svensk BUP-förening går i detta dokument så långt att man skriver:

Det är vår uppfattning att det är etiskt mycket tveksamt att hävda att antisocialt och aggressivt utagerande barn och ungdomar inte faller inom BUP:s uppdrag (s. 9).

I diskussioner med företrädare för BUP har det ofta framkommit att de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna inte har metoder för de utagerande ungdomarna och att andra aktörer har för stora förväntningar på vad de kan bidra med. I dokumentet från Svensk BUP-förening pekar man på aktuell kunskap för arbete med denna målgrupp som de barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna kan tillägna sig och att arbetet kan utvecklas tillsammans med andra samhällsaktörer. BUP har vissa specifika möjligheter att medverka i utredning och behandling som ingen annan av aktörerna har.

De ställningstaganden och den kunskapsmanfatt-

ning, som presenteras av BUP-föreningen i detta dokument är ett klart stöd för samverkanstanken. Dokumentet visar också att barn- och ungdomspsykiatri är beredd att ta ett större ansvar för den målgrupp ungdomar som av tradition är socialtjänstens och som därmed också kan vara placerade vid ett särskilt ungdomshem.

## ***Samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten i Gällivare***

I en annan skrift som berör frågan om samverkan mellan BUP och socialtjänsten förs ett liknande resonemang som det ovan refererade beträffande psykiatrians ansvar för barn och ungdomar i så kallade multiproblemfamiljer. I boken *Man kan inte så noga veta. Barnpsykiatriska utredningar tillsammans med socialtjänsten* (red. Eva Kjellberg 2001) beskrivs det arbete med barn och ungdomar som BUP-mottagningen i Gällivare gjort i samverkan med socialtjänsten. Man har även bedrivit forskning om sitt arbete.

I boken framhålls att barn- och ungdomspsykiatri har haft svårt att upprätthålla ambitionen att arbeta med de mest utsatta barnen, varför arbetet i stället har riktats mot familjer som själva sökt behandling för sina barn. Man skriver också:

Allt eftersom har den "svåraste barngruppen" ofta definierats som inte tillhörig barnpsykiatrians ansvarsområde eftersom den teori- och metodutveckling som skett varit alltför begränsad för att kunna hjälpa dessa barn och deras familjer. Man har talat om dem som "omotiverade" för behandling, och det är de så länge vi inte kan erbjuda hjälp som passar dem (...). Det blev vår professionella utmaning, sprungen ur ett vårdpolitiskt ställningstagande, att försöka finna sätt att arbeta för att nå fram till dessa barn (s. 7).

Boken om samverkan mellan BUP i Gällivare och socialtjänsten handlar inte specifikt om institutionsplacerade barn, men den är ur projektets synpunkt intressant utifrån den diskussion som förs om barn- och ungdomspsykiatrians målgrupp och den metodutveckling som beskrivs. Resonemanget knyter i dessa delar an till det som förs i Svensk

BUP-förenings dokument. De erfarenheter som beskrivs i boken är också intressanta ur en samverkansaspekt och man beskriver de positiva följderna av en utvecklad samverkan med socialtjänsten så här:

Socialtjänsten och andra myndigheter uttryckte att de nu kunde göra sitt arbete bättre, och själva tyckte vi om att arbeta så här och kände oss mindre belastade än tidigare trots att mängden arbete ökade betydligt. Vi kunde använda all vår tid till att samtala med familjerna och våra samarbetspartners och inte om dem (s. 37).

## Kommentarer

Alla företrädare för barn- och ungdomspsykiatrien håller säkert inte med om de resonemang som förs i ovan refererade skrifter. Det är inte heller säkert att de har samma ambition att samverka med de särskilda ungdomshemmen som barn- och ungdomspsykiatrien uppvisat i vissa landstingsområden. De formella uppdrag BUP har från sina respektive beställarorganisationer och från den politiska ledningen i de olika landstingen innebär också att man måste ta hänsyn till frågan om prioritering mellan olika målgrupper. Det som är intressant i sammanhanget och som också stämmer med de erfarenheter som gjorts i projektet är att många företrädare för barn- och ungdomspsykiatrien vill ”kliva fram” inom detta område med multiproblemfamiljer och utagerande barn och ungdomar som av tradition har varit socialtjänstens område (i dess egenskap av ytterst ansvarig).

Till stöd för ett sådant förhållningssätt har man idag olika typer av forskningsbaserade metoder för arbetet med denna målgrupp. Detta medför att man i högre utsträckning än tidigare kan knyta an till vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett ställningstagande i någon form – genom formella uppdrag eller som i Gällivares fall ett vårdpolitiskt ställningstagande – från barn- och ungdomspsykiatrien är också nödvändigt för att en samverkan ska kunna utvecklas. Med en sådan viljeyttring finns det också en grund för samverkan mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrien. Om man *vill* samverka går det att hitta former-

na, den lokala anpassningen och redskapen att eliminera alla de hinder som finns.

Mot detta resonemang kan anföras att psykiatrien redan har uppdraget att arbeta med de ungdomar som har psykiatriska problem och som finns inom socialtjänsten och vid ungdomshemmen och att det inte behövs något ”ställningstagande”. Detta är i och för sig riktigt, men man kan då fråga sig varför denna samverkan inte har kommit till stånd. Vad är det som har hindrat den från att utvecklas? Varför finns det så mycket kritik från socialtjänst och SiS att samverkan med BUP inte fungerar?

Enligt erfarenheterna i projektet är barn- och ungdomspsykiatriens formella uppdrag inte tillräckligt utan det måste också finnas ett engagemang att arbeta med dessa ungdomar. Först då kan man tillsammans hitta nya former för arbetet som kanske går utanför det man har idag och som man utvecklar tillsammans med andra. På detta sätt uppnås en kombination av ”hård- och mjukvara” som gör att man kan ta steget från samexistens till samverkan och samarbete.

Anklagelserna att den andra parten inte tar sitt ansvar tonas ner om man på båda sidor ser att den andre tar aktiv ställning till att lösa problem, istället för att utförligt beskriva alla de hinder i samverkan som man känner till. Ett aktivt val från båda sidor att utveckla samverkan innebär att man får en helt annan framtoning i en diskussion om samverkan och att man kan uppnå ett kreativt samtalsklimat. Denna diskussion måste slutföras på ett öppet sätt. Därefter kan man gå över till frågor om tekniska och administrativa lösningar.

Det har hänt att representanter för psykiatrien i diskussionerna i projektet sagt till företrädare för de särskilda ungdomshemmen: ”Ni får väl ställa er i kön som alla andra. Dessutom har ni redan väldigt mycket resurser för er målgrupp.”

Frågan är om psykiatrien med ett sådant förhållningssätt uppfyller de formella kraven på att ta ansvar för en psykiatrisk problematik hos en pojke eller en flicka vid ett ungdomshem. Troligen är det så. Den prioriterar i sin verksamhet utifrån en ansträngd vardag med många olika behov som skall tillgodoses och erbjuder kontakt på de vill-



kor som bedöms vara möjliga. Från ungdomshemmets sida förväntar man sig ett närmare samarbete och blir naturligtvis besviken utifrån den verklighet man hanterar i sin vardag. De möjligheter som ett gemensamt utvecklingsarbete skulle kunna ge i form av samordnad vård för en mycket utsatt målgrupp – där båda organisationerna i förlängningen blir vinnare – kan snabbt blekna bort.

Det samlade intrycket av samtalen i projektet med representanter för barn- och ungdomspsykiatri och genom redovisade dokument är att det inom psykiatri finns en tendens att man vill arbeta tillsammans med socialtjänsten och de särskilda ungdomshemmen med en utsatt målgrupp. I de allra flesta fall är uppfattningen att man har uppdraget och att det finns metoder som man kan bidra med, men svårigheterna att hitta bra former för samverkan och hård konkurrens med behov hos andra målgrupper gör att frågan lätt kommer i skymundan.

## ***Ungdomarna ska i största möjliga utsträckning få psykiatrisk behandling där de befinner sig***

En av alla de frågeställningar som diskuterats i projektet och som återkommer i diskussionen om ansvar och resurser är frågan om *var* de ungdomar som är placerade vid ett särskilt ungdomshem ska få sin psykiatriska behandling. Vid seminarierna som föregick själva projektet enades man om att i princip bör ungdomarna få den psykiatriska vården i största möjliga utsträckning där de befinner sig. Bakgrunden till detta är att det i akuta situationer i ett flertal fall omvittnats hur man transporterat ungdomar med en akut psykiatrisk problematik till akutmottagningar och blivit avisad. Det har också hänt att ungdomar lagts in för psykiatrisk vård på hemorten, och samverkan har därigenom försvärats ytterligare. Den kontinuitet i det sammantagna omhändertagande som eftersträvats har brutits genom det geografiska avståndet.

De konsultläkare som är kontrakterade vid ungdomshemmen har i de flesta fall ett mycket begränsat antal timmar när de tjänstgör där. Visserligen finns de i varierande utsträckning tillgängliga per telefon för konsultationer

utöver denna tid, med de kan rimligen inte utifrån sin konsultativa roll motsvara alla de funktioner som ett väl fungerande samarbete med en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik, som är kunnig och engagerad i målgruppens problematik, borde kunna erbjuda.

Företrädarna för ungdomshemmen och psykiatrin har inom ramen för projektet diskuterat frågan om var ungdomarna i försöksområdena ska få den psykiatriska vården. De är i stor utsträckning överens om att det bästa är att i största möjliga utsträckning begränsa transporter och resor för ungdomarna. Därför bör man försöka samla insatserna kring den unge där han/hon befinner sig; alltså på det aktuella ungdomshemmet. Detta innebär i klartext att om man ska utveckla ett samarbete mellan en BUP-klinik och ett ungdomshem bör psykiatriker eller ett psykiatriskt team komma till behandlingshemmet.

I flera av de samtal som ägt rum i denna fråga har företrädare för psykiatrin beskrivit att de tolkat kraven på utökad samverkan med ungdomshemmen på så sätt att det skulle medföra en utbyggnad av den slutna vården inom psykiatri för en målgrupp med en kraftigt utagerande problematik.

Om man istället vänder på resonemanget så att man ser landstingens barn- och ungdomspsykiatri och de särskilda ungdomshemmen som *de gemensamma samhällseliga resurser* som finns för dessa ungdomar, öppnar sig nya möjligheter. Institutionen finns ju redan i form av det särskilda ungdomshemmet. Det som efterfrågas är den psykiatriska kompetensen. Istället för att bygga fler slutenvårdsplatser inom psykiatri för denna målgrupp kan man använda det ungdomshem där den unge befinner sig som plattform för vården och komma ut till hemmet för samtal, behandling och konsultation från psykiatris sida. De gemensamma samhällseliga resurserna utnyttjas på detta sätt bättre och ungdomarna slipper flyttas runt. Vinsterna är uppenbara både för den enskilde och för organisationerna och dessutom kan kontinuiteten i vården tryggas. Ramarna för den sammantagna vården finns vid ungdomshemmet, och den kompletteras med psykiatrisk kompetens från en närliggande klinik.

Som i all annan samverkan är förutsättningarna att vil-

jan finns hos båda parter, att uppdrag och roller är tydliga för alla inblandade och att grundläggande frågor om synsätt och behandling är genomdiskuterade. Detsamma gäller för det ekonomiska ansvaret.

Det som beskrivs här handlar om den psykiatriska vården som kan ses som öppenvård. I den mån ungdomar som är placerade vid de särskilda ungdomshemmen blir föremål för psykiatrisk tvångsvård ska detta givetvis ske vid en psykiatrisk klinik enligt gällande bestämmelser.

Är samarbetet utvecklat på det sätt som beskrivs ovan har parterna bättre kunskap om varandras verksamheter och kan därigenom göra gemensamma avvägningar om hur och var den psykiatriska vården bäst ska bedrivas i de fall frågan om inläggning vid en psykiatrisk klinik blir aktuell.

Erfarenheterna från projektet visar att majoriteten av ungdomshemmen föredrar en grundläggande struktur för samverkan mellan BUP och de särskilda ungdomshemmen på det sätt som beskrivs ovan. Från institutionernas sida vill man i mycket hög utsträckning få till stånd långsiktiga samverkansavtal med en närliggande klinik på detta sätt. Samtidigt är man i många fall nöjd med de insatser som görs av den läkarkonsult som är direkt kontrakterad av ungdomshemmet. Ett utvecklat samarbete med barn- och ungdomspsykiatri innebär dock att tillgängligheten till klinikens resurser för ungdomar med psykiatriskt vård-

behov vid de särskilda ungdomshemmen skulle förbättras. Dessutom borde den långsiktiga försörjningen av psykiatrisk kompetens kunna tillgodoses bättre.

Som framgår nedan (se kap. IV) finns också en möjlighet att fortsätta samarbetet med den läkarkonsult man kontrakterat samtidigt som denne knyts till en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik med uppdrag att arbeta gentemot ungdomshemmet. Denna samverkansform har prövats i praktiken under projektiden. Därigenom ges förutsättningar att upprätta sambandet mellan kliniken och ungdomshemmet och samtidigt behålla den psykiatriska kompetens man redan har vid ungdomshemmet. Utvärderingen visar att de konsultläkare som på detta sätt knutits till en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik, i det ena fallet genom anställning och i det andra genom vårdavtal, anser att detta underlättat och förbättrat möjligheterna för enskilda ungdomar att få en psykiatrisk behandling under vistelsen vid ungdomshemmen. De anser att de i sin roll som psykiatriker vid ett ungdomshem har bättre uppbackning i enskilda ärenden och i jourfunktionen. Kopplingen till BUP innebär att ungdomarna integreras i denna verksamhet.

Denna konstruktion har medfört att barn- och ungdomspsykiatri i hög grad kommit att vara närvarande vid de båda berörda ungdomshemmen.

# IV. Att utveckla samverkan – två landstingsområden och en region

## ***Inledning***

Tre försöksområden, omfattande två landsting – Uppsala och Stockholm – och en region – Västra Götaland – samt de särskilda ungdomshemmen inom dessa geografiska områden, utsågs i samband med starten av projektet. Att det kom att handla om just dessa områden beror på att de ansvariga där anmälde sitt intresse vid seminarierna. I dessa områden har överläggningar och förhandlingar genomförts i syfte att få till stånd samverkan mellan parterna och ett genombrott i frågeställningarna.

## ***Metodik i försöksområdena***

Med målsättningen att alla hinder i samverkan skulle kunna identifieras och problemen lösas valdes en metodik, där projektet medverkade i direkta överläggningar för att upprätta samverkansavtal mellan parterna på lokal nivå.

Tidigare erfarenheter tydde nämligen på att det rådde stora lokala skillnader i landet beträffande den aktuella frågeställningen. De hinder i samverkan som beskrevs var sammantaget så många och av så skiftande karaktär att det framstod som i det närmaste omöjligt att utifrån enbart en fortsatt teoretisk diskussion kunna komma fram till några lösningar på problemen. Det behövdes en konkretisering av hela frågeställningen för att komma vidare.

I de olika processer som kommer igång genom en sådan arbetsmetodik borde både problem och hinder i samverkan och möjliga lösningar kunna identifieras. Lösning-

arna kan prövas i praktiken och den samlade kunskapen om denna frågas sanna natur så småningom öka. Genom det beskrivna förfarandet borde också de hinder som man kunde anta vara fiktiva eller ”förmodade” utifrån diskussionen framstå som just sådana. Generella mönster och de långsiktigt hållbara strategierna för en god samverkan borde kunna skönjas och formuleras genom konkreta erfarenheter i kombination med teoretiska diskussioner.

Ganska omgående efter projektstarten påbörjades försök att ordna samtal om samverkansavtal mellan ett antal ungdomshem och berörda BUP-kliniker med den beskrivna metodiken som bakgrund. De nyckelpersoner som kontaktades var ledningarna vid berörda BUP-kliniker och institutionschefer vid ungdomshem inom klinikens landstingsområde.

## ***Samverkan inom Uppsala läns landstingsområde***

I juni 2004 undertecknades två samverkansavtal mellan BUP i Uppsala och Bärby respektive Eknäs ungdomshem. Sammanlagt krävdes det ett femtontal möten i olika konstellationer innan samverkansavtalen i Uppsala landstingsområde kunde undertecknas.

Processen fram till undertecknandet av avtalen tog omkring ett år. Medverkande i processen var ledning och administrativ personal för BUP-kliniken, ledningarna för de två ungdomshemmen, konsultläkarna och sjuksköter-

skorna vid hemmen, en representant för Statens institutionsstyrelses huvudkontor samt projektledaren, som var sammankallande.

I detta avsnitt görs en resumé av arbetet i Uppsala och en beskrivning av lösningarna på de problem som identifierades. Förhoppningen är att beskrivningen av de viktigaste momenten i arbetet ska fungera som en vägledning för andra som vill arbeta på ett liknande sätt.

### *Steg 1. Inventering*

För att få ett aktuellt och konkret underlag för överläggningar om samverkan ombads de båda ungdomshemmen att beskriva en idealsituation för den önskade samverkan mot bakgrund av de olika frågeställningar som var aktuella vid institutionen. Utgångspunkten för dessa beskrivningar var således ungdomshemmets behov. Deras uppgift var inte att beskriva problemområden utan att fokusera på hur respektive ungdomshem faktiskt, och så detaljerat som möjligt, ville att samverka med BUP för just deras del skulle se ut. Inom varje beskrivet delområde av samverkansbehov skulle de också ange två dimensioner, nämligen det antal ungdomar det rörde sig om under ett verksamhetsår samt graden av måluppfyllelse vid det aktuella tillfället.

De samverkansområden som på detta sätt kunde identifieras var:

- **Utredningar.** Det fanns önskemål om möjlighet till psykiatrisk bedömning i de fall där det i utredningsuppdraget eller vid observationer på en avdelning framkommer psykiatriska frågeställningar. Exempel som nämndes är frågeställningar om neuropsykiatrisk diagnos, psykosliknande tillstånd eller depression hos intagna ungdomar. Enligt ungdomshemmets egen uppskattning rörde det sig vid tiden för inventeringen om ett relativt litet antal ungdomar med behov av en psykiatrisk utredning under ett verksamhetsår.
- **Behandling.** I de fall det är fråga om längre behandlingstider vid ungdomshemmet med en dokumenterad psykiatrisk diagnos hos den unge, uppgav ungdomshemmet att det fanns behov av kontinuerlig kontakt med behandlande läkare. Även här handlade det om ett

litet antal ungdomar, enligt ungdomshemmets egen erfarenhet vid tillfället för inventeringen.

- **Akuta tillstånd.** Det fanns önskemål om att en psykiatriker från BUP-kliniken ska komma till ungdomshemmet för en bedömning i de fall det uppstår ett akut tillstånd för den unge som av personalen tolkas som psykotiskt. När psykiatrisk tvångsvård bedöms vara nödvändig ska läkaren också medverka till att den unge får sådan vård, helst på den egna kliniken. Vid kortare placeringar på en akutavdelning vid BUP ska det finnas tillgång till en läkare som har god kännedom om ungdomshemmet och som kan ordinera och följa upp eventuell medicinerings av akut karaktär. Även här uppgav man att det handlar om en handfull ungdomar per år.
- **Handledning och utbildning.** Ungdomshemmet hade önskemål om regelbundna utbildningar inom det psykiatriska området samt möjlighet till handledning om förhållningssätt i kontakten med enskilda ungdomar vid psykiatriska frågeställningar.
- **Struktur och organisation.** Ungdomshemmet hade också uttalade behov av en gemensam struktur eller organisation för hur samarbetsformerna mellan ungdomshemmet och BUP-kliniken ska se ut över tid. De ville ha en organisation som reglerar det löpande samarbetet på en övergripande nivå och där samarbetet inte är beroende av vilka personer som finns på olika tjänster. Detta skulle innebära att man över tid kunde säkerställa att de ungdomar som är inskrivna vid ett ungdomshem får tillgång till psykiatrisk kompetens när det behövs. För att åstadkomma en sådan organisation framställdes önskemål om att någon av läkarna vid BUP samverkar med ungdomshemmet som en del i hans eller hennes tjänstgöring.

### *Steg 2. Överläggningar mellan klinikledningen vid BUP och representanter för ungdomshemmen påbörjas*

Genom det underlag som tagits fram vid de båda ungdomshemmen visade det sig att man fått en bas för att komma

vidare i samtalen om samverkan. De olika frågeställningar som redovisats gav en överblick över vilket stöd som ungdomshemmen hade behov av från klinikens sida och vilken karaktär det hade. Dessutom bidrog beräkningarna av antalet ungdomar inom de olika områdena till att man också kunde få en uppfattning om den totala volymen på den hjälp som efterfrågades.

Företrädare för BUP visade en vilja att försöka lösa frågan om samverkan, både utifrån den situation som var aktuell för tillfället och på lång sikt. De uttryckte en viss förvåning över att det verkade vara ett relativt begränsat antal ungdomar det handlade om.

Det gemensamma målet blev således ganska snart att utforma samverkansavtal. De svårigheter som skulle komma att uppstå under tiden fram till avtalens undertecknande kunde inte förutses i detta tidiga skede. Det centrala var att det fanns en uttalad gemensam vilja att skapa hållbara strukturer för samverkan.

### *Steg 3. Principöverenskommelse om samverkan träffas*

Som ett mellanled i arbetet utarbetades i november 2003 en principöverenskommelse om samverkan mellan parterna. Detta skedde för att sammanfatta och formalisera vad man faktiskt var överens om efter de samtal som förts under hösten 2003.

I principöverenskommelsen beskrivs den gemensamma målgruppen ungdomar. Parternas uppfattning att olika typer av kvalificerade psykiatriska behandlingsinsatser är en väsentlig del i vården av ett antal ungdomar vid ungdomshemmen poängterades.

Parterna enades också om att börja utveckla rutiner för ett samarbete där de båda organisationernas olika kompetenser kompletterar varandra och berikar arbetet. De var också överens om att ungdomarnas behov av hjälp ska vara vägledande för uppbyggnaden av samverkan och att det gemensamma arbetet ska grunda sig på vetenskap och beprövad erfarenhet.

I överenskommelsen fastslås att former för samverkan med avseende på psykiatriska vårdinsatser och gemen-

samma utbildningar ska tas fram, och att allt ska regleras i samverkansavtal.

När det gäller finansieringen av de olika vårdinsatserna var parterna överens om att pröva tillämpningen av Riksavtalet för utomlänsvård för de ungdomar som kommer från annat län än Uppsala län. Därigenom skulle ungdomarnas hemlandsting finansiera den psykiatriska vården.

### *Steg 4. Utarbetande av samverkansavtalen*

Diskussioner och förankring av frågeställningarna Under våren 2004 utarbetades grunderna för de båda samverkansavtalen mellan Psykiatricentrum vid Akademiska sjukhuset i Uppsala (i praktiken BUP-kliniken) och Bärby respektive Eknäs ungdomshem.

För att diskutera generella frågeställningar och principer ordnades ett antal träffar med alla ansvariga och berörda vid BUP-kliniken och ungdomshemmen. Dessutom krävdes lokala överläggningar för att lösa vissa frågor som var specifika för respektive ungdomshem.

En bred förankring i diskussionen eftersträvades. För de frågor som inte gick att lösa vid de större mötena bildades mindre arbetsgrupper som fick i uppdrag att återkomma med förslag till lösningar. Ledningen för Akademiska sjukhuset informerades om den process som pågick. Anpassningen av den planerade samverkan till det interna regelverket vid Akademiska sjukhuset belystes, liksom frågan om journalskrivningen. Allt eftersom arbetet framskred blev frågeställningarna mer och mer detaljerade, vilket medförde att till exempel juridisk sakkunskap och expertis på riksavtalet kopplades in.

Ungdomshemmens konsultläkare knyts till BUP

Under arbetets gång väcktes frågan om att ändra basen för konsultläkarnas arbete för att därigenom koppla ihop de båda verksamheterna. De lösningar som konstruerades i detta syfte var lokalt anpassade efter de olika förhållanden som rådde vid de båda ungdomshemmen.

I det ena fallet anställdes konsultläkaren vid ungdomshemmet på BUP-kliniken med ett särskilt uppdrag från kliniken att arbeta som läkare vid ungdomshemmet. I det

andra fallet tecknades ett vårdavtal mellan BUP-kliniken och konsultläkaren med motsvarande uppdrag.

Avsikten med dessa förändringar var att tillskapa länkar mellan kliniken och ungdomshemmen och att läkarna, med en BUP-klinik som bas, skulle få goda förutsättningar att bedriva den psykiatriska vården. I och med detta skulle ungdomarna vid ungdomshemmet få bättre tillgång till den klinikbaserade barn- och ungdomspsykiatrin.

Förändringen av läkarnas anställningsformer var en av lösningarna för att koppla ihop de båda organisationerna och skapa en bättre grund för samverkan.

Om det på längre sikt skulle uppkomma vakanser på läkartjänsterna förklarade BUP-kliniken att den var beredd att – med rimlig framförhållning och förvarning – avdela läkartimmar från sin ordinarie verksamhet till ungdomshemmen.

Vid utarbetandet av de nya anställningsformerna för läkarna kunde nya hinder identifieras.

Denna gång var hindren av administrativ karaktär och grundade sig på gällande regelverk vid sjukhuset. För det första rådde vid det aktuella tillfället anställningsstopp för läkare. För det andra krävdes en upphandling i konkurrens vid ett tecknande av vårdavtal. Möjligheter att få dispens från dessa bestämmelser undersöktes och kunde så småningom erhållas.

Hinder av den typ som nu kom att uppdagas var omöjliga att identifiera vid de tidigare diskussionerna. Det var möjligt att övervinna dem genom parternas förståelse för komplexiteten i alla de problem som följer denna fråga samt viljan hos personer på beslutande nivå att komma vidare och pröva nya lösningar.

Med en annan attityd till frågeställningarna hade det varit lätt för personer i beslutande ställning att i detta läge stoppa hela processen fram mot ett avtal. Det är dock ingen överdrift att påstå att hela frågeställningen under en period stod och ”vägde” och att den lätt kunde ha tippat över till att inga avtal undertecknats. Genom förtätade kontakter och ett intensivt arbete gick dock frågorna att lösa. I detta skede prövades i praktiken parternas tidigare ställningstaganden på ett påtagligt sätt. Resultaten blev goda.

Riksavtalet för utomlänsvård

De nya anställningsformerna för läkarna vid ungdomshemmen medförde också en möjlighet att pröva tillämpningen av Riksavtalet för utomlänsvård. En tillämpning av riksavtalet förutsätter nämligen att vården lämnas av ett landsting eller av en vårdgivare som har ett vårdavtal med ett landsting. I vårt fall hade dessa förutsättningar nu skapats, och parterna var överens om att pröva den möjligheten.

Inom landstinget och vid BUP-kliniken var man osäker på om tillämpningen av riksavtalet skulle fungera som det var tänkt. Skulle man drabbas av nya kostnader i och med samverkansavtalen för de ungdomar som kom från andra landstingsområden än det egna?

Vid överläggningarna mellan parterna gick ungdomshemmen in och garanterade finansieringen av läkarnas löner under försöksåret, samtidigt som landstinget prövade tillämpningen av riksavtalet för psykiatrisk vård för ungdomar vid ungdomshemmen. Därefter skulle kostnaderna regleras mellan parterna. Genom denna konstruktion, som möjliggjordes genom att arbetet bedrevs i projektform och parterna var beredda att pröva nya lösningar, undvek kliniken ett ekonomiskt risktagande. Hela konstruktionen skulle således prövas under ett försöksår.

Landstinget i Uppsala stod för kostnaden för den psykiatriska vården för ungdomar från det egna landstingsområdet, analogt med den princip om kostnadsansvar som skulle prövas.

Samordning

Som en direkt följd av förändringen blev de ungdomar som var inskrivna vid de särskilda ungdomshemmen och fick psykiatrisk vård patienter vid BUP-kliniken.

### *Steg 5. Samverkansavtalen undertecknas*

De samarbetsavtal som undertecknades i juni 2004 utgjorde en grund för ett gemensamt utvecklingsarbete mellan parterna för de ungdomar som var inskrivna vid ungdomshemmen och hade psykiatriska vårdbehov.

I avtalen finns de nya anställningsformerna för läkarna vid ungdomshemmen samt tillämpningen av riksavta-

let och berörda ungdomars patientstatus beskrivna. Gemensam kompetensutveckling ska stimuleras genom att parterna bjuder in varandra till vidareutbildningar som ordnas av respektive huvudman och som bedöms ha relevant innehåll för respektive verksamhet och för specifika personalgrupper. Dessutom beskrivs hur kontakten mellan parterna ska upprätthållas under projekttiden. Av avtalet framgår också att tillämpningen av detsamma ska utvärderas.

Genom de nya anställningsformer för läkarna som prövades i och med avtalen gjordes inga personförändringar på läkarfunktionerna vid ungdomshemmen, samtidigt som kopplingen till BUP kunde genomföras.

Projektet har låtit Socialstyrelsens tillsynsenhet i Örebro ta del av avtal och innehåll i den samverkan som utformats i Uppsala landstingsområde för att inhämta tillsynsmyndighetens synpunkter. Enligt myndigheten finns det inga hinder att bedriva samverkan på det sätt som utformats i Uppsala. Man menar att modellen tydliggör läkarens behandlingsansvar, och det faktum att ungdomarna blir patienter vid den aktuella barn- och ungdomspsykiatriska kliniken klargör ansvarsfrågor och samband.

## ***Utvärdering av samverkan i Uppsala***

### *Inledning*

Begreppet utvärdering används här som en samlande beteckning för att följa upp den samverkan som utformats och fånga in den kunskap och de synpunkter om de olika processer som omgett arbetet.

Den utvärdering som genomförts har syftat till att svara på frågor om tillämpningen av avtalen medfört att samverkan mellan parterna har förbättrats och om möjligheterna för enskilda ungdomar att få en psykiatrisk behandling under sin vistelse vid ungdomshemmet ökat. Den process som ledde fram till avtalen blir också belyst.

Den metod som använts för att parterna ska kunna svara på frågorna är dels möten med samtliga inblandade för att fånga in synpunkter och resultat, dels en enkät till nyckel-

personer inom barn- och ungdomspsykiatri och vid de två ungdomshemmen. De personer som på detta sätt delgett projektet underlaget för utvärderingen är således klinikledningen vid barn- och ungdomspsykiatri, institutionsledningen vid de båda ungdomshemmen samt de läkare som varit knutna till ungdomshemmen. Sammanlagt har sex av de åtta tillfrågade personerna besvarat enkäten. De två som inte medverkat har hänvisat till svar från verksamhetskoleggor. Detta innebär att alla berörda verksamheter är representerade i svaren. Nedan följer en sammanfattning av det material som inhämtats.

### *Processen fram till avtalen*

Det tog omkring ett år från det att diskussionerna om samverkan påbörjades tills avtalen undertecknades. Samtliga tillfrågade anser att denna tid behövdes för att alla frågor som kom upp skulle kunna diskuteras. De kunde arbetas igenom och belysas ur många olika infallsvinklar. Man pekar också på vikten av att kontaktskapandet och erfarenhetsutbytet mellan deltagarna som skedde under denna tid fick tillräckligt utrymme. De möten som ordnades bidrog till att ingen längre oroade sig för att den ena parten skulle försöka ”vältra över” ungdomar på den andra. Det var av stor betydelse att båda sidor bestämde sig för att hitta ett samarbete om de berörda ungdomarna och att man hade ett gemensamt ansvar, samt att diskussionen inte handlade om vems ansvar som brustit eller att den ena parten skulle lösa frågan på den andres villkor.

På frågan om arbetet hade förankrats inom verksamheterna bland övrig personal blir svaret genomgående att så skedde. Inga synpunkter har heller framkommit efteråt om att arbetet inte varit förankrat inom respektive verksamhet. Vid en verksamhet beskriver man det som att processen följdes med stort intresse av personalen där, men att den drevs som en ledningsfråga.

En av de svarande anser att processen kunde ha påskyndats om man haft färdiga förslag till avtal att ta ställning till men påpekar samtidigt att det behövdes tid för diskussion. Det var också svårt att koordinera sammanträdestider för det stora antal personer som ingick.

### *Utformningen av avtalen*

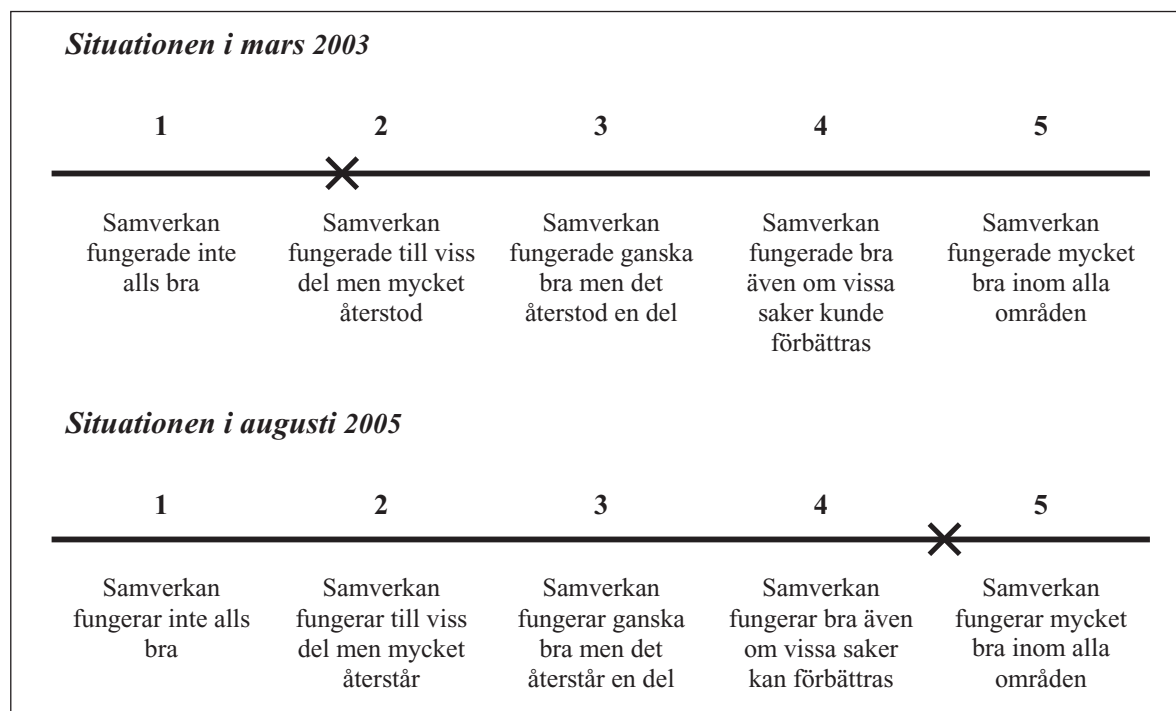
Ingen av de tillfrågade har någon synpunkt på själva avtalstextens utformning. De anser i allmänhet att det uppföljande arbete som beskrivs i avtalen har genomförts. Det finns dock ett behov av ytterligare diskussioner om den långsiktiga samverkan mellan parterna i enlighet med avtalen.

### *Tillämpningen av avtalen och utvecklingen av samverkan*

Totalt har man samverkat om 35 ungdomar under den fjortonmånadersperiod som gått sedan avtalen blev klara (juni 2004) fram till tidpunkten för utvärderingen. Par-

terna har ombetts uppskatta det antal ungdomar som man samverkade om tidigare under en motsvarande tidsperiod innan avtalen kom till stånd. Detta antal har inte gått att ange exakt men man uppskattar att det sammanlagt var fem ungdomar. Antalet ungdomar man samverkat om har således ökat betydligt.

För att få en överblick över hur samverkan utvecklats under projekttiden har uppgiftslämnarna ombetts markera på en kontinuerlig skala sin sammanfattande bedömning av samverkan vid två olika tidpunkter, nämligen i mars 2003 (då samtalen om samverkan påbörjades) och den aktuella situationen i augusti 2005. Den genomsnittliga bedömningen från samtliga tillfrågade framgår av nedanstående figur.



*Figur 2.* Utvecklingen av samverkan mellan ungdomshemmen och BUP under projekttiden.

Det finns en påfallande stor samstämmighet hos de tillfrågade beträffande utvecklingen mellan mars 2003, då diskussionerna påbörjades, och augusti 2005, då avtalen tillämpats i 14 månader (de blev klara i juni 2004). De

enskilda markeringar som ligger till grund för den genomsnittliga bedömningen i *Figur 2* ligger således nära varandra på den kontinuerliga skalan. På den första frågan om samverkan i mars 2003 ligger markeringarna inom inter-



vallet 1–3 på skalan. På den andra frågan om hur situationen var i augusti 2005 är intervallet 4–5.

Samtliga tillfrågade har svarat ja på frågan om de anser att den samverkan som utformats underlättat och förbättrat möjligheterna för enskilda ungdomar att få en psykiatrisk behandling under sin vistelse vid ungdomshemmet.

Frågan om på vilket sätt den har förbättrats besvaras från ungdomshemmen med att man idag upplever att man får det stöd som behövs från psykiatrin och att det är lättare att konsultera psykiatrin vid behov. Behandlingsarbetet underlättas, och man har bättre uppbackning i enskilda behandlingsärenden och inom jourfunktionen. Kopplingen till BUP har integrerat dessa ungdomar i barn- och ungdomspsykiatrins verksamhet.

En fråga om den psykiatriska eftervården – i samband med utskrivningen – har också ställts till verksamheterna. Där uppger man att det ibland är svårt att få till stånd uppföljande kontakt med ungdomarnas hemlandsting samt att det i enskilda ärenden förekommit formella överlämningar genom remisser i enstaka fall. Det är dock svårt att utifrån de inkomna svaren göra en sammanfattande beskrivning av denna fråga. En av anledningarna kan vara att det hittills varit relativt få av de aktuella ungdomarna som har skrivits ut.

På frågan om vilka utvecklingsmöjligheter som finns svarar flera personer att man bör arrangera gemensamma utbildningar. På sikt kan sådana utbildningar ge ett kunskapsutbyte och bidra till en gemensam utveckling av en specialisering inom området. Man bör också utveckla integreringen av barn- och ungdomspsykiatrin och ungdomshemmen ytterligare. Samverkan mellan parterna skall ses som ett helt naturligt inslag hos båda.

Ett problemområde som noteras är samverkansavtalens konsekvenser för hanteringen av ungdomarnas patientjournaler. Detta problem har dock – när detta skrivs och efter utvärderingen – lösts på ett godtagbart sätt.

### *Riksavtalet för utomlänsvård*

Tillämpningen av riksavtalet för utomlänsvård har enligt barn- och ungdomspsykiatrin inte inneburit något merar-

bete för kliniken, och debiteringen av hemlandstingen har inte medfört några problem.

## ***Utredarens kommentarer till utvärderingen i Uppsala***

Utvärderingen visar att samverkan har förbättrats betydligt mellan parterna under projekttiden. Resultaten går inte att tolka på något annat sätt. Den förskjutning till det bättre som noteras i *Figur 2* ska också ses mot bakgrund av att antalet ungdomar man samverkat om ökat från omkring fem under 14-månadersperioden närmast före juni månad 2004, då samverkansavtalen blev klara, till trettiofem under perioden juni 2004 till augusti 2005. Detta faktum kan i sig vara en förklaring till varför man tycker samverkan fungerar bättre, men det är också tänkbart att hela samverkansklimatet – på grund av det ökade antalet ungdomar – prövas betydligt hårdare än tidigare. Detta skulle i sin tur kunna medföra nya och stora svårigheter som ingen rimligen kunde förutse i samband med starten av samverkansprocessen. Så verkar emellertid inte vara fallet. Om det uppkommit nya problem har man lyckats hitta en lösning. Den grundläggande samsynen på frågorna och det direkta samarbetet tycks ha utgjort en bra bas för att komma vidare.

Av samtliga svar att döma har den ökade kontakten mellan parterna inneburit förbättrade möjligheter för ungdomarna att få psykiatrisk behandling under sin vistelse vid ungdomshemmen. Även om ungdomarna tidigare inte var utan läkarkontakt och/eller psykiatrisk behandling, har förutsättningarna att bedriva denna behandling förbättrats. Detta beskrivs också av de läkare vid ungdomshemmen som varit delaktiga i förändringsarbetet.

Det finns en vilja hos parterna att gå vidare i samverkan och utveckla den ytterligare. Därigenom kan processen fortsätta. Ett exempel på detta är att efter det att utvärderingen genomförts har en ordinarie läkare och en sjuksköterska vid BUP avdelats med viss tjänstgöringsgrad till ett av ungdomshemmen.

## **Samverkan inom Stockholms landstingsområde**

Arbetet inom Stockholms landstingsområde har medfört att överenskommelser har träffats mellan barn- och ungdomspsykiatri och Statens institutionsstyrelse. Dessa överenskommelser har en annan innebörd än de avtal som utarbetades i Uppsala, och arbetet i Stockholmsområdet har inte kommit lika långt. Man kan dock konstatera att ambitionen är densamma i de båda landstingsområdena och att processerna i stort liknar varandra, samtidigt som de innehåller delar som är av utpräglat lokal karaktär. Den omorganisation som genomförts inom barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting har till exempel i hög grad kommit att påverka frågan om samverkan med institutionerna.

Det finns sedan december 2003 en överenskommelse som reglerar det ekonomiska ansvaret för den psykiatriska vården av ungdomar från Stockholms landstingsområde och som är inskrivna vid de särskilda ungdomshemmen där. I överenskommelsen åtar sig psykiatri dessa kostnader. I praktiken innebär detta att kostnaderna för konsultläkarnas insatser riktade mot stockholmsungdomar har reglerats.

De samtal som fortsatt efter den ekonomiska överenskommelsen har resulterat i att parterna även har träffat en principöverenskommelse om samverkan mellan barn- och ungdomspsykiatriska divisionen i Stockholm och de särskilda ungdomshemmen i Stockholms landstingsområde samt Lövsta skolhem. Att Lövsta skolhem omnämns särskilt beror på att det ligger strax utanför landstingsområdet samtidigt som det tar emot ett stort antal stockholmsungdomar. Därför finns det en utvecklingspotential beträffande samverkan. Sammanlagt är fyra ungdomshem berörda av principöverenskommelsen.

I denna överenskommelse finns nedtecknat att parterna ska utveckla strukturer för samverkan, som är hållbara över tid och där de båda myndigheternas olika kompetenser kompletterar varandra och berikar arbetet. Ungdomarnas behov av hjälp ska vara vägledande för uppbyggnaden av samverkan. Parterna är överens om att man i det fortsatta arbetet för att förverkliga dessa ambitioner ska undersöka

möjligheterna att konkretisera samverkan dem emellan.

Målsättningen är även i Stockholm att utarbeta avtal mellan myndigheterna med beskrivningar av formerna för samverkan avseende psykiatriska vårdinsatser för berörda ungdomar.

Av principöverenskommelsen framgår också att den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken har för avsikt att inom ramen för sin nya organisation tillgodose behovet av psykiatriker vid de aktuella ungdomshemmen.

Andra områden som berörs är frågan om gemensamma utbildningar, gemensamma vårdplaner och utvärderingar av den samverkan som kommer till stånd.

Nästa steg i den process som pågår är att påbörja lokala diskussioner med varje enskilt ungdomshem i syfte att fullfölja intentionerna i principöverenskommelsen.

## **Samverkan inom Västra Götalandsregionen**

Projektet har även varit delaktigt i det arbete för en utökad samverkan mellan socialtjänsten, barn- och ungdomspsykiatri och institutionsvården som pågår i Västra Götalandsregionen. I regionen finns fyra sjukhusgrupper, nio särskilda ungdomshem samt tjugosex behandlingsenheter för vård dygnet runt. De sistnämnda drivs av Gryning Vård AB (ägare är de två kommunalförbunden och två kommunförbund i regionen). I regionen finns det sammanlagt fjortonio kommuner.

Den övergripande strukturen för hur samverkan ska bedrivas inom regionen har blivit belyst i den så kallade Västbusutredningen. Den rapport som lämnats av utredningen beskriver

... samverkan mellan kommuner och regionen avseende barn och ungdom med en sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik (s. 1).

En av de frågor som diskuteras i rapporten och som har direkt koppling till projektarbetet är samverkan mellan de särskilda ungdomshemmen och barn- och ungdomspsykiatri. Detta område har lyfts fram som ett angeläget utvecklingsområde och man skriver i rapporten:

Vi ser det som angeläget att en överenskommelse mellan Västra Götalandsregionen och SiS-institutionerna avseende lagstadgad tillgång till läkarkompetens på institutionen snarast kommer till stånd (s. 49).

Som en följd av utredningsarbetet fick en arbetsgrupp ett särskilt uppdrag av Samrådsorganet (presidierna i Väst-Koms styrelse och Västra Götalandsregionens styrelse) att arbeta vidare med frågan:

Samrådsorganet beslutar också att de angelägna utvecklingsfrågor som anges i den politiska slutrapporten beaktas, bl. a. samverkan mellan psykiatri, kommunerna och institutionsvården för att åstadkomma en adekvat och samhällsekonomiskt bra vård för denna utsatta grupp barn och ungdomar. Detta utvecklingsarbete bör ske på kommunförbunds/sjukhusområdesnivå (VästKom och Västra Götalandsregionen 2005, s. 1).

Projektet har medverkat i den arbetsgrupp som varit sysselsatt med denna fråga.

Inledningsvis fanns en diskussion om att tillskapa så kallade rörliga team inom psykiatri som skulle samarbeta med institutionerna i regionen. Möjligheterna att söka statsbidrag för att stödja en sådan utveckling undersöktes också. En sådan utveckling har dock inte gått att åstadkomma och det förslag som lämnats till Samrådsorganet från nämnda arbetsgrupp har i stället en annan utformning.

Starten av samverkan kring det enskilda barnet/ungdomen sker genom en skriftlig remiss till barn- och ungdomspsykiatri från socialtjänsten eller institutionen. Senast tre veckor efter det att remissen inkommit ska den unge erbjudas en tid för en standardiserad psykiatrisk bedömning och därefter bedöms angelägenhetsgraden i det enskilda fallet enligt de riktlinjer som finns.

Genom att utveckla bra rutiner i samband med att en remiss inkommer till barn- och ungdomspsykiatri räknar man med att behovet av insatser från denna organisation kommer att tydliggöras. Gruppen ungdomar inom socialtjänsten och vid institutionerna blir synliggjord inom psykiatri. Detta bedöms som viktigt av psykiatri för att den långsiktigt ska kunna möta de behov som påtalats från socialtjänsten och institutionsvården.

Utrednings- och/eller behandlingsbesök kan ske på institutionen eller på den barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen. Den unges psykiska tillstånd är avgörande för valet av plats. Vidare ska rutiner utarbetas för akuta insatser med hänsyn till lokala förutsättningar inom respektive sjukvårdsområde.

De nya samverkansformer som nu ska utvecklas måste fasas in i den institutionsbaserade konsultativa psykiatri som utvecklats där.

Vid institutionerna hade man förväntningar på en lösning som knyter an till det ursprungliga förslaget. I avvaktan på att den föreslagna samarbetsmodellen får en konkret form kommer institutionerna att behålla sin befintliga psykiatriska konsultverksamhet.

Den nya modell som föreslås anses av socialtjänsten vara ett genombrott för samverkan när det gäller barn och ungdomar som är placerade på institution och deras möjligheter att få tillgång till barn- och ungdomspsykiatri.

## ***Sammanfattning och diskussion***

Projektet *Samverkan inom Ungdomsvården* har haft fokus på samverkan mellan de särskilda ungdomshemmen och landstingens barn- och ungdomspsykiatri. Uppdraget har varit att studera vilka reella hinder i samverkan som finns mellan parterna och beskriva vilka strategier som kan bidra till en lösning. Den underliggande frågeställningen ur ett individperspektiv är vilken nytta målgruppen ungdomar kan ha av en förbättrad systematik i samverkan.

Det område som studerats i projektet har sedan länge varit föremål för diskussion utifrån ett återkommande tema, nämligen att den målgrupp ungdomar som är inskrivna vid de särskilda ungdomshemmen och har en psykiatrisk problematik inte får den hjälp de borde få. Frågan har även berörts i ett antal statliga utredningar med uppdrag som anknyter till området.

De företrädare för socialtjänsten – huvudansvarig för placering vid ungdomshemmen och för eftervården – som projektet varit i kontakt med menar att samverkan mellan institutionerna och psykiatri måste utvecklas betydligt. Man menar också att socialtjänsten tar ett kostnadsansvar

för hälso- och sjukvård genom dygnsavgiften vid de särskilda ungdomshemmen på ett sätt som inte är tillfredsställande.

Parterna är hänvisade till samverkan för att det ska ske en utveckling inom det aktuella området. Projektet visar att det har funnits uppenbara svårigheter att finna former för hur en sådan samverkan ska gestalta sig. Det finns sedan tidigare exempel på att samverkan fungerar i vissa enskilda fall. Den dominerande bilden är dock att bristen på strukturer för hur den ska utformas medfört att den i de flesta fall helt uteblir. Till bilden hör också frågan om kostnadsansvaret för den psykiatriska vården vid institutionen.

Projektet har i huvudsak arbetat inom tre landstingsområden för att studera möjligheterna till en förbättring.

I ett av dessa områden (Uppsala) har samverkan reglerats i särskilt framtagna, lokalt anpassade avtal mellan parterna. Den sammantagna uppfattningen från nyckelpersoner inom barn- och ungdomspsykiatri och ungdomshemmen är att samverkan förbättrats avsevärt sedan dessa avtal tillämpats under cirka ett år. Antalet ungdomar man samverkat om har utökats betydligt. Nyckelpersonerna anser också att förändringarna underlättat och förbättrat möjligheterna för enskilda ungdomar att få psykiatrisk behandling under sin vistelse vid ungdomshemmet.

I ett annat område (Stockholms landstingsområde) har frågan om det ekonomiska ansvaret för den psykiatriska vården reglerats och en principöverenskommelse om samverkan har tagits fram. Samtal om hur den konkreta samverkan ska utformas har påbörjats.

Diskussionen om samverkan i det tredje försöksområdet (Västra Götalandsregionen) kan härledas från ett särskilt uppdrag från Samrådsorganet för Västkom och Västra Götalandsregionen att samverkan mellan psykiatri, kommunerna och institutionsvården ska utvecklas. I uppdraget skriver man att man ser det som angeläget att en överenskommelse mellan Västra Götalandsregionen och SiS-institutionerna avseende lagstadgad tillgång till läkarkompetens på institutionerna snarast kommer till stånd.

Socialtjänsten och institutionerna ska i fortsättningen remittera ungdomar till BUP för en standardiserad psyki-

atrisk bedömning som ska äga rum inom tre veckor. Utrednings- och behandlingsbesök kan ske på institutionen eller BUP-mottagningen. Den unges psykiska tillstånd är avgörande. Personal från BUP och remissavsändare bedömer gemensamt den unge mot bakgrund av aktuell problematik och frågeställning. Vidare ska man utarbeta rutiner för hur man ska hantera akuta situationer.

Förutom dessa tre försöksområden har projektet medverkat i diskussioner om samverkan i ytterligare fyra landstingsområden.

Om man inte i detalj beskriver hur ett gemensamt arbete ska utformas utan endast ger en generell hänvisning till samverkan som inte föregåtts av en fördjupad diskussion, kan en rad oklarheter uppstå. Finns det inte utvecklade ramar och avtal som reglerar former, innehåll, kostnadsansvar m.m. riskerar den att utebli, då de hinder som upptäcks är många och komplexa. Frågan om samverkan får därför inte beskrivas lättvindigt. Det är ett område där erfarenheterna talar för att det är svårt, det tar tid och det krävs ett aktivt ställningstagande från båda parter. Samtidigt är det dock möjligt att åstadkomma en god samverkan, och när den väl kommer till stånd förbättras situationen beträffande den psykiatriska vården för ungdomarna vid institutionerna avsevärt. Projektet visar på detta. De erfarenheter som gjorts i ett av försöksområdena (Uppsala) kan komma andra till del. Det faktum att det går att åstadkomma en förbättrad samverkan, och att ungdomarna av allt att döma därmed får en bättre psykiatrisk vård, borde inspirera parterna till att finna gemensamma vägar framåt.

De modeller som utvecklas ska givetvis vara lokalt utformade, men en hel del av de oklarheter och hinder som bearbetats inom försöksområdena återkommer vid diskussioner i andra landstingsområden. Detta talar för att man kan lära av varandra om någon hittar framkomliga vägar. Sammantaget kan på detta sätt kunskapen om hur samverkan ska utformas växa genom en kombination av erfarenhetsutbyte och öppenhet hos parterna att pröva nya vägar.

De behov av hjälp och stöd av olika slag som vårdande myndigheter gärna beskriver som sammansatta kan ur

ett individperspektiv lika väl beskrivas som ”hela”. I vårt fall handlar det om unga personer som under en period är tvångsomhändertagna av samhället och som under den perioden borde få bästa möjliga samlade hjälp utifrån sin totala situation. För att åstadkomma detta måste i många fall olika yrkesgrupper samarbeta. I vissa fall finns dessa olika yrkesgrupper inom en verksamhet. I den frågeställning som studerats i projektet förmodas man även *samarbeta* med personal med specialistkompetens inom en annan myndighet. För att detta ska kunna fungera krävs att de båda myndigheterna finner framkomliga vägar i *samverkan* med varandra på ett övergripande plan. Om man lyckas med det kommer den unge och hans eller hennes familj att få bättre hjälp under vistelsen vid ungdomshemmet. Även eftervården borde få bättre förutsättningar. Genom att anpassa sitt gemensamma utbud till målgruppen har organisationerna underordnat sig den unges behov.

Den samverkan som uppkommer på detta sätt är dock inget självändamål utan har sitt berättigande endast om

parternas samlade kunskaper, och den samlade hjälp de lyckas ge, är av högre kvalitet än om de ger den var och en för sig.

Samverkan måste således kombineras med att båda parter har erforderliga kunskaper och befogenheter som gör att de tillsammans kan förbättra situationen för ungdomarna.

Projektets erfarenhet är att man inom barn- och ungdomspsykiatri vill ta ett större ansvar för barn och ungdomar med aggressivt och normbrytande beteende, det vill säga den målgrupp som socialtjänsten och institutionsvården har arbetat med länge. Bilden är inte entydig, men i de kontakter som projektet haft med ett stort antal företrädare för barn- och ungdomspsykiatri och i den skrift i denna fråga som utgivits av Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri uttrycks en sådan viljeyttring. Att det idag finns en växande erfarenhets- och forskningsbaserad kunskap om vad man kan bidra med från psykiatrins sida har troligen underlättat ett sådant ställningstagande.

## V. Slutsatser och förslag

Nedanstående slutsatser utgör en sammanfattning av erfarenheterna från projektet. En av grunderna för presentationen är de överläggningar som förts med ett stort antal företrädare på olika nivåer och i olika delar av landet i berörda verksamheter och organisationer. En annan grund är den praktiska samverkan som utformats under projekttiden och de erfarenheter som gjorts i och med detta. Dessutom har den allmänna kunskapen om samverkan, och de processer som leder fram till den, betydelse för slutsatserna och förslagen. Denna kunskap har inhämtats från andra rapporter, utredningar och från litteratur inom området. Sammantaget utgör detta material den bas som slutsatser och förslag i projektet bygger på.

- Erfarenheterna från projektet är att en god samverkan mellan psykiatrin och de särskilda ungdomshemmen är möjlig att åstadkomma. De hinder som kan identifieras är möjliga att övervinna. Att inte utveckla samverkan, vilket skulle vara alternativet, gynnar inte vård- och behandlingsarbetet för en utsatt grupp ungdomar med psykiska besvär.
- För att en god samverkan ska kunna utformas måste de ungdomar som är placerade vid de särskilda ungdomshemmen och har en psykiatrisk problematik ses som en gemensam målgrupp för SiS och BUP.
- Samverkan sker utifrån vars och ens kompetens och ansvarsområde.
- I ett av försöksområdena har samverkan utformats i samråd med projektet. Resultaten visar att berörda ungdomar får en bättre samordnad psykiatrisk vård och att det skett en betydande ökning av antalet ungdomar man samverkar om.
- Ingenting tyder på att det finns en enkel lösning i denna komplicerade fråga. Att ensidigt kräva ett större ansvarstagande från den andra parten bidrar till en positionering och att gemensamma utvecklingsmöjligheter inte diskuteras.
- Det krävs ett stort hänsynstagande till rådande lokala förhållanden hos båda parter vid utarbetandet av lösningarna.
- Det är av avgörande betydelse att arbetet med en förbättrad samverkan förankras i och stöds av berörda myndigheters ledning.
- Diskussionen om hur samverkan ska utformas och organiseras ska utgå från ungdomarnas och familjernas behov.
- En utökad samverkan medför att de gemensamma samhälleliga resurserna som finns avsatta för målgruppen utnyttjas bättre.
- Olikheter i följande faktorer har stor betydelse för hur det gemensamma arbetet ska utformas: kunskaps- och förklaringsmodeller med avseende på målgruppen ungdomar samt regelsystemen och organisationen vid respektive myndighet.
- Samverkan mellan huvudmännen måste få ett erkännande som ett särskilt område som inte kan lämnas åt slumpen. Det krävs systematik och långsiktighet i arbetet.

Med ovanstående slutsatser som bakgrund föreslås följande inriktning för det fortsatta arbetet inom det område som studerats. Tillsammans med projektets erfarenheter i övrigt beskriver förslagen de strategier som kan bidra till att lösa frågan om samverkan mellan berörda myndigheter i fråga om en utsatt grupp ungdomar.

- **Bilda forum för samverkan.** Man bör bilda forum för diskussion om samverkan mellan de särskilda ungdomshemmen och psykiatrin i de landsting och regioner där hemmen är lokaliserade. Socialtjänsten ska ingå som en viktig part i dessa diskussioner. Frågan om socialtjänstens representation i detta sammanhang bör kunna lösas i samråd med de lokala kommunförbunden. Arbetet utgår från lokala förutsättningar, men de samlade erfarenheterna i projektet pekar ut några områden som verkar ha särskilt stor betydelse för arbetet. Deltagarna i de forum som bildas för de här aktuella samverkansfrågorna måste ha ett klart uttalat mandat från sin ledning att arbeta med frågorna och hela tiden återkoppla diskussionen till den egna organisationen. Olikheter i kunskaps- och förklaringsmodeller med avseende på den aktuella målgruppen ungdomar måste identifieras, lyftas fram och diskuteras innan man börjar diskutera en konkretisering av samverkan. Likaså måste olikheter i regelsystem och organisation hos respektive part identifieras, lyftas fram och diskuteras. I de fall det pågår en översyn av samverkansfrågor inom ett landsting eller region bör frågan om samverkan mellan psykiatrin och de särskilda ungdomshemmen ingå som en naturlig del av densamma. Den målgrupp ungdomar man skall samverka om kan behöva synliggöras med avseende på antal och problembild för psykiatrin innan diskussionen om konkret samverkan påbörjas.
- **Gör principöverenskommelser.** Processen mot konkreta avtal har underlättats med hjälp av principöverenskommelser. Där beskrivs parternas gemensamma vision om hur samverkan bör se ut och hur arbetet ska utformas för att nå dit.
- **Teckna samverkansavtal.** Målsättningen ska redan från början vara att utveckla samverkansavtal mellan

alla särskilda ungdomshem och aktuell barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Utformningen av avtalen sker utifrån ansvarsfördelning enligt gällande lagstiftning och utformas utifrån lokala förutsättningar. Vägledande vid utformningen av avtalen är att god samverkan utvecklas stegvis.

- **Gör samverkansbokslut.** I samband med att man lyckas etablera samverkan mellan parterna är det viktigt att samtidigt fastställa former för hur den ska utvärderas. Årliga "samverkansbokslut", där målsättning och resultat beskrivs, redovisas för respektive uppdragsgivare vid myndigheterna.
- **Skapa länkar mellan myndigheterna.** Projektet visar de möjligheter som finns att koppla de konsulterade psykiatrikerna vid ungdomshemmen till en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik genom anställning respektive vårdavtal. Därigenom länkas organisationerna ihop samtidigt som man behåller den befintliga personalen. Dessutom ökar möjligheterna att trygga den långsiktiga försörjningen av psykiatrisk kompetens till ungdomshemmen från den psykiatriska klinikens sida.
- **Trygga finansieringen.** Det finns en möjlighet att tillämpa Riksavtalet för utomlänsvård om samverkan utvecklas mellan myndigheterna och förutsättningarna i detta avtal beaktas. En tillämpning av riksavtalet möjliggör finansiering av psykiatrisk vård för ungdomar som placerats i ett särskilt ungdomshem utanför sitt eget landsting och där ungdomshemmet samverkar med en närliggande psykiatrisk klinik.
- **Ordna gemensamma utbildningar.** Parterna kan med enkla medel tillskapa system för att bjuda in varandra till de vidareutbildningar som anordnas av respektive myndighet. I ett mer utvecklat skede kan parterna tillsammans arrangera utbildningar med inriktning på den gemensamma målgruppen.
- **Bedriv forskning.** Resultaten från utvärderingen av den samverkan som utvecklats i Uppsala landstingsområde visar att ungdomarna får en bättre samordnad hjälp. Det går inte att dra några långtgående slutsatser om vad den ökande samordningen på sikt medför för de enskilda ungdomarna och för verksamheternas utveck-

ling. Nyckelpersoner vid berörda verksamheter framhåller dock i utvärderingen av projektet att det skett en stor förbättring. Allteftersom fler ungdomshem och psykiatriska kliniker utvecklar en förtätad samverkan skulle det vara mycket intressant att studera de vinster för den enskilde individen och för verksamheterna som kan anses i projektet. En sådan forskning skulle också kunna belysa frågan rörande samverkan om ungdomar

med en sammansatt problembild ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Frågan om eftervård bör också studeras. Att koppla forskningsinsatser till utvecklingen av samverkan kan i sig verka stimulerande för hela den process som omgärdar frågan.

- **Organisera erfarenhetsutbyte.** Man bör ordna regelbundet återkommande erfarenhetsutbyten mellan olika delar av landet i de frågor som beskrivs i projektet.



## VI. Projektarbetets fortsättning

Projektet *Samverkan inom Ungdomsvården* har pågått från mars 2003 till september 2005. Arbetet med de processer mot en utvecklad samverkan som påbörjats under projekt-tiden kommer att fortsätta. Från och med oktober 2005 och fram till december 2006 kommer Statens institutionsstyrelse

att ansvara för projektarbetet och projektledaren anställs av dess huvudkontor för att fortsätta arbetet med samverkansfrågorna. I referensgruppen för det fortsatta arbetet kommer representanter för Sveriges Kommuner och Landsting samt företrädare för socialtjänsten och psykiatrin att ingå.

# Referenser

- Aronsson, Håkan: *Samverkan.nu. Om professionella nätverk för ungdomar med särskilda behov*. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, Stockholm 2002.
- Aronsson, Håkan och Ericsson, Margareta: *Ungdomarna på Ekeby. Erfarenheter av 15 års socialt behandlingsarbete med ungdomar*. Socialförvaltningen i Uppsala kommun, Uppsala 1996.
- Bergman, Petra: *Rättsutredning med anledning av särskilt samarbete mellan Statens institutionsstyrelse och landstinget Kronoberg*. Statens institutionsstyrelse 2000.
- Danermark, Berth: *Samverkan – himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka*. Gothia, Växjö 2000.
- Danermark, Berth: *Samverkan – en fråga om makt*. LäroMedia Örebro AB, WS Bookwell, Finland 2004.
- Eijlertsson, Göran: *Enkäten i praktiken. En handbok i enkätmetodik*. Studentlitteratur, Lund 2000.
- Fridolf, Marie: *Samverkan för individen*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1999:4, 1999.
- Kjellberg, Eva (red.): *Man kan inte så noga veta. Barnpsykiatriska utredningar tillsammans med socialtjänsten*. Mareld, Smedjebacken 2001.
- Regeringens proposition 1989/90:28: *Vård i vissa fall av barn och ungdomar*.
- Regeringens proposition 2000/01:80: *Ny socialtjänstlag m.m.*
- Regeringens proposition 2002/03:53: *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.*
- Riksrevisionsverket RRV 2002:13: *Ingen plats för ungdomar. Konsekvenser av platsbristen vid de särskilda ungdomshemmen inom Statens institutionsstyrelse (SiS)*. Stockholm 2002.
- Socialstyrelsen: *Samverkan för särskilt utsatta, Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM*. Linköping 2001.
- SOU 1992:18: *Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. Betänkande av IUM utredningen om tvångsinstitutioner inom socialtjänsten*.
- SOU 1998:31: *Det gäller livet. Stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Slutbetänkande av Barnpsykiatrikommittén*. Stockholm 1998.
- SOU 2000:77 *Omhändertagen. Samhällets ansvar för utsatta barn och unga. Betänkande av LVU-utredningen*. Stockholm 2000.
- SOU 2000:114: *Samverkan. Om gemensamma nämnder på vård- och omsorgsområdet m.m. Betänkande av Samverkansutredningen*. Stockholm 2000.
- SOU 2005:81 *Källan till en chans, Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. Betänkande av sociala barn- och ungdomsvårdskommittén*. Stockholm 2005.
- Statens institutionsstyrelse: *Ungdomar som finns på SiS ungdomshem och som har psykiatriska vårdbehov. Resultat från en kartläggning under september 2001*. Stockholm 2001.

- Statens institutionsstyrelse: *Årsrapport ADAD 2004. Allmän SiS rapport 2005:9*. Statens institutionsstyrelse 2005.
- Statens institutionsstyrelse: *Råd & Riktlinjer/Juridik 2005:1. Hälso- och sjukvård inom SiS*. Statens institutionsstyrelse 2005.
- Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri (BUP-föreningen): *Barn och ungdomar med antisocialt eller aggressivt utagerande – Kliniska riktlinjer för bedömning och handläggning inom barn- och ungdomspsykiatri* (2003). Se <http://www.lakarforbundet.se>
- Svenska Kommunförbundet: *Socialtjänstlagen. En vägledning. Socialtjänstlagen från 1 januari 2002 med kommentarer och praktiska anvisningar*. Stockholm 2002.
- Söderström, Henrik, Gustafsson, Mats och Saury, Jean-Michel: *Årsberättelse för hälso- och sjukvårdsverksamheten vid Fagareds ungdomshem och Nereby skolhem 2002*. Statens institutionsstyrelse 2002.
- VästKom och Västra Götalandsregionen: *Förslag till samverkan mellan psykiatrin, kommunerna och institutionsvården*. 2005.
- VästKom och Västra Götalandsregionen: *Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdom med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik*.



