

Bilaga I

Målgruppen i integrerad vård

Innehållsförteckning

Inledning	3
Målgruppen i integrerad vård	4
Kön och ålder	4
Omfattande problematik och komplicerad samsjuklighet	6
Psykiatriska diagnoser och funktionsnedsättningar	6
Uppgifter i socialtjänstens platsansökan till SiS	8
Placeringshistorik, placeringsgrunder och placeringsorsaker	8
Olika hem- och vistelseregioner	10
Våldsutsatthet och omsorgssvikt	11
Eget våldsutövande	12
Självskadebeteende och suicidnära beteende	13
Skadligt bruk och beroende	13
Övrig beteendeproblematik	14
Vårdplaner och vårdbehovsbedömningar	15
Barnens behov i socialtjänstens vårdplaner	15
Bristande samverkan innan placeringen	16
RBM-bedömningar	17
Bestämmanderätt och samtycke	19
Vad barnen vill ha hjälp med	19
Avbruten aktualiseringsprocess för flera barn	21
Alla nådde inte upp till den komplexa vårdbehovsnivån	21
Andra skäl till en avbruten aktualiseringsprocess	21
Vårdtider och typ av avdelningar	23
Vårdtider innan integrerad vård	23
Barn med två vårdperioder i integrerad vård	23
Vårdtider under integrerad vård	24
Vård på låsta avdelningar i huvudsak	24
Vad händer efter integrerad vård?	25
Orsaker till avslut	25
Vart tar barnen vägen efter avslut?	25

Inledning

I den här bilagan redovisas insamlade uppgifter om de 100 barn som inkluderats i integrerad vård under projekttiden från 1 mars 2022 till 31 december 2024. Eftersom fler än tjugo barn fortfarande fick integrerad vård efter den 31 december 2024 har vi valt att redovisa data t.o.m. 28 februari 2025. Från och med 1 mars 2025 och framåt har vi endast följt den totala vårdtiden för de barn som fortsatt varit inkluderade.

I bilagan skriver vi ut *integrerad vård* men i tabellerna står det IV av utrymmesskäl. Ett begrepp som förekommer är *IV-gruppen*, vilket syftar på de 100 barn som fått integrerad vård. Ett annat begrepp som förekommer är *IV-teamet*, vilket syftar på ett integrerat team bestående av professioner från BUP och SiS som har arbetat nära varje barn. För mer information och uppföljningsdata om de insatser barnen fått under integrerad vård hänvisas till separat PM. Gällande två av SiS särskilda befogenheter, vård i enskildhet och avskiljningar, finns ytterligare ett separat PM med uppföljningsdata och fördjupad information.

Bilagan inleds med ett avsnitt om målgruppen för integrerad vård, dvs barnen som blivit inkluderade. Fokus är kön och ålder, barnens problematik och samsjuklighet samt innehåll i vårdplaner och vårdbehovsbedömningar. I detta avsnitt finns också två stycken som handlar om bestämmanderätt, samtycke och vad barnen vill ha hjälp med. I avsnitt två redovisas skälen till att aktualiseringsprocessen avbrutits för en grupp barn som därmed inte inkluderades i projektet. I det tredje avsnittet redovisas uppgifter kring vårdtider innan och under den integrerade vården samt vilka avdelningstyper barnen har vistats på. Sist redovisas skälen till att den integrerade vården avslutas samt vad som händer med barnen efter avslut.

Målgruppen i integrerad vård

Kön och ålder

Totalt har 100 barn inkluderats i integrerad vård, av dessa var 69 flickor och 31 pojkar. Åtta av barnen (sju flickor och en pojke) har inkluderats i integrerad vård vid två olika tillfällen, vilket innebär att projektet totalt omfattar 108 ärenden. I bilagan redovisas framförallt unika individer, men när vi räknar alla inklusioner anges det som "ärenden".

Erfarenheterna av pilotprojektet visar att två tredjedelar av barnen var flickor. Inom SiS ungdomsvårds hela målgrupp är det tvärtom - en tredjedel flickor och två tredjedelar pojkar. Att flickor har dominerat i integrerad vård är väntat eftersom psykisk ohälsa är mer utbredd bland flickor i de aktuella åldersgrupperna.¹ En annan viktig faktor för hur könsfördelningen har fallit ut är vilka ärenden som har varit möjliga att inkludera. Det i sin tur har varit beroende av vilka ungdomshem som ingått i projektet och hur könsfördelningen på dessa hem ser ut avseende platser och avdelningar. Hänsyn behöver också tas till att den övre åldersgränsen för integrerad vård har varit 18 år och att ungdomar som verkställt sluten ungdomsvård inte har ingått i projektet. Könsfördelningen kan komma att förändras då fortsättningsuppdraget omfattar även unga över 18 år.

I SiS uppföljningsdata kategoriseras alla barn efter juridiskt kön. Det har dock framkommit att några av barnen i integrerad vård identifierar sig på ett annat sätt eller befunnit sig i en sådan process. Tidigare forskning och myndighetsrapporter visar också att hbtqi-personer har sämre hälsa än befolkningen i stort, särskilt när det gäller psykisk ohälsa, och i synnerhet transpersoner och bisexuella flickor/kvinnor.² Eftersom antalet barn i denna kategori varit få i projektet kan inga djupare analyser göras här.³

Barnens ålder vid inklusion varierade mellan 10 och 17 år, med en medianålder på 15 år. Flickorna var i genomsnitt något yngre (14 år) än pojkarna (16 år). Eftersom integrerad vård bara omfattar barn under 18 år är medelåldern något lägre i IV-gruppen än i SiS målgrupp som helhet. För jämförelser mellan pilotverksamheterna redovisas i tabellen nedan alla de 108 ärendena.

¹ Jalling, C., Kristiansson, M., Rudolfsson, L. (2025). *Psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS*. I: *Institutionsvård i fokus* (2). Statens institutionsstyrelse. ISBN: 978-91-89770-11-9

² Se t.ex. Folkhälsomyndigheten (2017) *Metoder för att främja en god hälsa bland hbtq-personer*. Resultat från en kartläggande litteraturoversikt. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

³ Tidigare forskning har visat att många barn och unga på SiS ungdomshem lever i en starkt könsuppdelad och könsstereotyp värld, vilket gör att särskilt killar kan ha svårt att öppet leva med en könsöverskridande eller homosexuell identitet. Det kan innebära delvis andra krav på vårdmiljö och vårdinnehåll, vilket kan vara viktigt att ha med sig i det fortsatta arbetet. För vidare underlag, se t.ex. Folkhälsomyndigheten (2018) *Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård*.

Antal inkluderade barn	Region Östergötland		Region Västra Götaland		Region Skåne		Region Stockholm		Totalt	
	Flicka	Pojke	Flicka	Pojke	Flicka	Pojke	Flicka	Pojke	Flicka	Pojke
Ålder										
≤ 12 år	1	0	2	2	2	2	0	0	5	4
13–15 år	29	0	10	4	11	6	5	1	55	11
16–17 år	0	0	7	15	1	0	8	2	16	17
Totalt (ärenden)	30	0	19	21	14	8	13	3	76	32
Median-ålder	14	-	15	16	14	13	16	16	14	16

Tabell 1. Inkluderade barn, uppdelade på kön, ålder och pilotverksamhet.

Ungdomshemmen som deltog var Folåsa, Brättegården, Fagared, Ljungbacken, Margretelund, Nereby, Hässleholm, Rebecka och Tysslinge. Mot slutet av projektet tillkom även Gudhemsgården, som ställde om från missbruksvård till ungdomsvård. Eftersom ungdomshemmen i piloterna har olika målgrupper skiljer sig åldersfördelningen mellan piloterna åt. På Hässleholm i Skåne och Folåsa i Östergötland var medianåldern bland barnen lägst med en snittålder för flickor på 14 år, och för pojkarna på Hässleholm 13 år. Barnen som fick integrerad vård i Skåne och Östergötland var således yngre än barnen i Stockholm och Västra Götaland; i snitt var flickorna ett till två år yngre och pojkarna på Hässleholm tre år yngre.

Starttid för pilotverksamheterna:

- Västra Götaland (VGR) och Östergötland (RÖ): mars 2022
- Skåne: oktober 2022
- Stockholm: mars 2023

Regionerna angav olika kapacitet för hur många barn som kunde inkluderas samtidigt:

- VGR: 10 barn
- Stockholm: 6 barn
- Skåne: 5 barn
- RÖ: tog emot efter behov

Antalet barn som inkluderades i varje pilotverksamhet har påverkats av tidpunkten för start, kapacitet och av barnens individuella vårdbehov.

Under pilotprojektet har endast barn under 18 år inkluderats, vilket innebär att erfarenheter för åldersgruppen 18–21 år saknas. Ungdomshemmen har påpekat att behovet av integrerad vård varit stort även för den äldre gruppen. Integrerad vård ska framöver omfatta hela SiS målgrupp inom ungdomsvården, upp till 21 år. En utökad målgrupp väntas innebära förändringar kring:

- bestämmanderätt i samtyckes- och informationsdelningsfrågor
- samverkan med familj och nätverk

- diagnosbild, eftersom vissa diagnoser (t.ex. personlighetsstörningar) inte ställs på yngre barn
- vårdbehoven, då ett barn i mellanstadieåldern och en ungdom i gymnasieåldern ställer olika krav på både vårdmiljö och vårdinnehåll.
- Kön fördelning (flera potentiella ärenden bland pojkarna kunde inte inkluderas under pilotprojektet p.g.a. att de var nära 18 år eller över 18 år)

Omfattande problematik och komplicerad samsjuklighet

Barnen i integrerad vård kännetecknas av många sociala och psykiatriska sårbarhetsfaktorer, som har påverkat deras utveckling under lång tid och lett till komplexa tillstånd. Jämfört med SiS hela målgrupp har dessa barn i flera avseenden mer sammansatta vårdbehov. Den sociala och psykiatriska problematiken är ofta så sammanflätad att den är svår att särskilja.

Psykiatriska diagnoser och funktionsnedsättningar

Regeringen pekade i uppdraget på barn med behov som kräver särskild specialisering inom SiS och BUP. Det gäller barn som, i kombination med sociala vårdbehov enligt LVU, har:

- autismspektrumtillstånd eller intellektuell funktionsnedsättning
- allvarligt och upprepat självskadebeteende eller suicidnära beteende
- psykoser eller annan allvarlig psykisk störning som kan leda till LPT-vård

I SiS samlade bedömning av vårdbehoven⁴ inför remittering till integrerad vård framgår att alla barn, utom tre, som inkluderades i projektet omfattades av någon av dessa kriterier.⁵

De mest förekommande psykiatriska diagnoserna var:

- adhd
- autism
- uppförandestörning
- trauma/PTSD

Även ångest, depression och substansrelaterade symtom förekom relativt ofta. Psykos och personlighetsstörningar var ovanliga, men misstänks ändå vara vanligare i denna grupp än i jämförelsepopulationen.⁶

Barn och unga på SiS har ofta flera neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, andra former av psykiatriska diagnoser och/eller uppvisar en rad olika psykiatriska symtom. Detta gäller i ännu högre grad för barnen i integrerad vård.

Bedömningen av diagnoser och symtom har gjorts av SiS behandlingsteam inför remiss till BUP. Jämfört med andra SiS-placerade barn har barnen i integrerad vård oftare en eller flera

⁴ För utförligare beskrivning av inklusionsprocessen se *Uppföljning av Integrerad vård 2022. Delrapport 1 Integrerad vård inom SiS*. Dnr 1.1.4-3126-2023, s 10–12

⁵ Även dessa tre (flickor) hade dock ADHD, trauma och omfattande utsatthet i kombination med stora egna beteendeproblem och/eller andra udda beteenden.

⁶ Se tabell 2

diagnoser. 86 procent av barnen har minst en fastställd psykiatrisk diagnos. I genomsnitt hade dessa 86 barn 2,6 diagnoser vardera. 75 procent av barnen har mellan två och fem fastställda psykiatriska diagnoser. Psykiatrisk samsjuklighet (två eller fler diagnoser) förekom bland 80 procent av flickorna och bland 65 procent av pojkarna. Det var vanligast att ha två fastställda diagnoser både bland flickorna (23st) och pojkarna (20st) men en nästan lika stor grupp flickor (17st) hade även 3 diagnoser. I tabellen visas en jämförelse mellan barnen i integrerad vård och en annan kartläggning⁷ av SiS-placerade barn.

Individnivå	Andelar, inkluderade i IV 2022 till 2024		Andelar, intagna på SiS (LVU+LSU) 2022	
	Fastställd (n=97)	Symtom på (n=97)	Fastställd	Symtom på
Psykiatriska diagnoser vid aktualisering				
ADHD/ADD Attention deficit hyperactivity disorder eller attention deficit disorder	71	13	60	21
Autism, Autismspektrum-störning, Aspergers syndrom	32	29	18	6
Bipolär sjukdom	1	12	0	0
Depression oavsett diagnostyp	12	29	10	11
IF, Intellectuell funktionsnedsättning	8	14	7	2
Missbruk, Substansrelaterade syndrom	15	20	19	33
Personlighetssyndrom, Borderline eller antisocialt personlighetssyndrom	3	17	4	19
Psykos eller psykosliknande tillstånd	2	32	1	1
Trauma/PTSD eller annan diagnos relaterad till stress/trauma	30	56	19	25
Tvång, tvångssyndrom, tourettes eller tics	2	18	3	2
Uppförandestörningar, uppförandestörning eller trotssyndrom	35	35	21	40
Ångest oavsett diagnostyp	14	38	9	25
Ätstörningar och födorelaterade syndrom	3	15	1	1

Tabell 2. Misstänkta och fastställda diagnoser i integrerad vård och i SiS totalpopulation

⁷ Statens institutionsstyrelse (2023). *Kartläggning av vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS år 2022*. Dnr 1.1.3-4392-2023

Uppgifter i socialtjänstens platsansökan till SiS

I majoriteten (87 procent) av socialtjänstens platsansökningar till SiS⁸ framgick att barnet hade psykiatrisk problematik, ofta inklusive neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Totalt uppgavs 69 barn ha någon form av aktuell medicinering vid placeringen på SiS. Platsansökningarna visade att många av barnen hade haft kontakt med psykiatri redan innan placeringen. 67 barn hade en pågående kontakt med BUP och 10 hade haft en tidigare kontakt. 7 barn hade ingen aktuell psykiatrikontakt men stod på medicinering för exempelvis ADHD, sömnsvårigheter eller lugnande behov.

Placeringshistorik, placeringsgrunder och placeringsorsaker

Utöver psykiatriska behov har barnen i integrerad vård också omfattande sociala vårdbehov. Många har en komplex historik av tidigare placeringar och flera vårdssammanbrott innan de inkluderades i projektet.

De flesta barn hade varit placerade i samhällsvård innan placeringen på SiS varav 71 procent på HVB. Nästan alla hade upplevt minst ett, ofta flera, sammanbrott i samhällsvården. Endast 12 procent bodde hemma hos familj eller släkting, ofta tillfälligt efter vårdssammanbrott.

Boende innan aktuell vårdperiod på SiS	Flickor	Pojkar	Totalt
HVB	47	24	71
Familjehem	8	0	8
Föräldrar eller nära släkting	9	3	12
LSS	1	1	2
Tillfälligt inom BUP:s slutenvård	2	0	2
Tillfälligt i häkte	0	3	3
Tillfälligt avviken från tidigare SiS- placering	2	0	2

Tabell 3. Placering innan aktuell vårdperiod på SiS.

Totalt 37 barn hade en eller flera tidigare placeringar på SiS, 32 av 37 var flickor. Det motsvarar 46 procent av flickorna och 16 procent av pojkarna. Som mest hade ett barn haft sex tidigare SiS-placeringar.

Forskning visar att sammanbrott i vården kan leda till försämrad känsla av trygghet och tillit till vuxna, avbruten eller utebliven skolgång och avbrutna vård- och behandlingsinsatser.

Kombinationen av psykisk ohälsa och beteendeproblem ökar risken för vårdssammanbrott. Vårdssammanbrotten i sig ökar i sin tur risken för fortsatt ohälsa och beteendeproblem.⁹ SiS har inte systematiska uppgifter om orsakerna till vårdssammanbrotten, men nedan skäl har framkommit:¹⁰

- upprepade rymningar
- hot och våld
- att barnets negativa utveckling inte kunnat brytas i öppnare vårdformer

⁸ Uppgift från EPA (Elektronisk platsansökan) som socialtjänsten fyller i inför placering.

⁹ Sallnäs et al 2004; Vinnerljung et al 2014.

¹⁰ Uppgifterna har hämtats från socialtjänstens vårdplan, EPA:n och bedömningsstödet för integrerad vård

Alla barn som inkluderades i integrerad vård var placerade enligt 3 § LVU, det vill säga på grund av barnets eget beteende. En knapp tredjedel (30 barn, lika många flickor som pojkar) var även omhändertagna enligt 2 § LVU, på grund av brister i hemmiljön. Det är en högre andel än bland alla LVU-placerade barn och unga på SiS.¹¹ Även om SiS-placeringen ofta inleddes med ett omedelbart omhändertagande enligt 6 § LVU med hänvisning till det egna beteendet, fanns i flera fall ett tidigare omhändertagande på grund av brister i hemmiljön.

Placeringsorsakerna till vård enligt 3 § LVU kan vara kriminalitet, missbruk och/eller socialt nedbrytande beteende. Nästan alla barn i integrerad vård placerades på SiS med hänvisning till kriteriet socialt nedbrytande beteende. För mer information, se tabell 4 nedan.¹²

- För två av tre (62 barn) var detta den enda orsaken till placeringen.
- En tredjedel av barnen i integrerad vård hade en kombination av två eller tre placeringsorsaker.
- 12 procent var placerade med hänvisning till alla tre orsakerna.
- Pojkarna omhändertogs oftare med en kombination av socialt nedbrytande beteende och kriminalitet.
- Flickorna omhändertogs oftare med en kombination av socialt nedbrytande beteende och missbruk.

Av tabellen nedan framgår de inkluderade barnens placeringsorsaker. Dessa jämförs med samtliga intagna barns och ungas placeringsorsaker på SiS för året 2022. Placeringsorsakerna kategoriseras i enlighet med LVU-lagstiftningen: missbruk av beroendeframkallande medel (missbruk), brottslig verksamhet (kriminalitet) och annat socialt nedbrytande beteende.

¹¹ Enligt SiS i korthet 2024 var 10 procent av alla LVU-placerade barn och unga på SiS även omhändertagna enligt 2 § LVU. Vi har dock upptäckt att i några fall att omhändertagandet enligt 2 § inte alltid finns med i systemet utan har framkommit i kvalitativ läsning av journaler, varför det kan finnas fler även på SiS som helhet.

¹² Uppgift från EPA (Elektronisk platsansökan)

Placeringsorsaker	Andel inkluderade i IV 2022–2024			Andel intagna på SiS (LVU) 2022		
	Flickor	Pojkar	Samtliga	Flickor	Pojkar	Samtliga
Annat socialt nedbrytande beteende	62	61	62	37	10	19
Kriminalitet	0	6	2	1	12	9
Kriminalitet + annat socialt nedbrytande beteende	4	16	8	3	11	8
Kriminalitet + missbruk	0	3	1	1	15	11
Kriminalitet + socialt nedbrytande + missbruk	12	13	12	9	29	22
Missbruk	1	0	1	8	7	7
Missbruk + socialt nedbrytande beteende	20	0	14	40	13	22
Orsak ej registrerad	0	0	0	1	2	2

Tabell 4. Placeringsorsak barn i integrerad vård respektive SiS som helhet 2022. Barnen i integrerad vård ingår också bland samtliga intagna på SiS 2022 (Källa SiS i korthet 2024)

I de fall det socialt nedbrytande beteendet beskrivits närmare av socialtjänsten är det vanligaste beteendet aggressivitet och våldsamt utagerande (72 procent), något vi återkommer till senare i redovisningen. Det var också vanligt med uppgifter om upprepade rymningar från tidigare placeringar. För hälften (49 procent) av barnen beskrevs rymningar som en väsentlig del av det socialt nedbrytande beteendet. Här finns en könsskillnad, där 59 procent av flickorna och 26 procent av pojkarna uppgavs ha avvikit upprepade gånger. Under pågående placering på SiS, men innan inklusion i integrerad vård, hade 29 procent av flickorna och 9 procent av pojkarna avvikit eller försökt avvika minst en gång.

Olika hem- och vistelseregioner

Ytterligare en aspekt av den komplexa placeringshistoriken gäller var barnet placeras. Barnen i integrerad vård har placerats av socialtjänsten i 57 olika hemkommuner som tillhör 18 hemregioner. De allra flesta placerades på ett ungdomshem utanför sin hemregion. Endast 23 procent av ärendena placerades *och* fick integrerad vård i sin hemregion.

Placering utifrån region (ärenden)	Totalt	RÖ	VGR	Skåne	Stockholm
Totalt antal ärenden	108	30	40	22	16
Andel utanför sin hemregion	77	93	70	59	88
Andel i sin hemregion	23	7	30	41	13

Tabell 5. Andel placerade i eller utanför hemregion, alla inkluderade ärenden.

Det innebär att pilotverksamheterna i de flesta fall behöver samverka med minst en annan region (hemregionen) i planeringen av vården. Då barnet redan varit placerat i andra vårdformer innan SiS fanns ibland ytterligare en vistelseregion inblandad utifrån exempelvis en tidigare HVB-placering.

Våldsutsatthet och omsorgssvikt

För en mycket hög andel av de inkluderade barnen finns uppgifter om utsatthet för våld och/eller försummelse före placeringen på SiS. SiS samlade bedömning av vårdbehoven¹³ inför remittering visar att 95 procent av barnen som inkluderades i projektet hade blivit, eller misstänktes ha blivit, utsatta för någon form av våld/barnmisshandel före placeringen på SiS, vilket är en mycket hög siffra.¹⁴ De allra flesta hade blivit utsatta för flera olika typer av våld: fysiskt våld, psykiskt våld, sexuellt våld och försummelse enligt tabellen nedan.

Typ av våldsutsatthet	Flickor	Pojkar	Totalt andel
Fysiskt våld	72	79	74
Psykiskt våld	67	76	69
Sexuellt våld	72	31	60
Försummelse	58	72	62
Någon form av våldsutsatthet	94	93	94

Tabell 6. Andel barn utsatta, eller misstänkt utsatta, för olika former av våld/barnmisshandel före placeringen på SiS.

Att många av barnen utsatts för omsorgssvikt bekräftas också av annan information. Som nämnts ovan var en dryg fjärdedel av barnen även omhändertagna på grund av brister i hemmiljön (2 § LVU). Resultaten ligger i linje med tidigare kunskap som visar att barn med

¹³ För utförligare beskrivning av inklusionsprocessen se *Uppföljning av Integrerad vård 2022. Delrapport 1 Integrerad vård inom SiS*. Dnr 1.1.4-3126-2023, s 10–12

¹⁴ I jämförelse med den senaste nationella kartläggningen där 57 procent av barnen hade varit utsatta för någon form av våld av vuxen och/eller jämnårig under sin uppväxt och 40 procent hade varit utsatt för våld där en vuxen varit förövare. Se Jernbro m.fl. (2023) *Våld mot barn 2022. En nationell kartläggning*. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

(flera) funktionsnedsättningar och barn till föräldrar med psykisk ohälsa, missbruk och kriminalitet i högre utsträckning har blivit våldsutsatta/multiutsatta.¹⁵

I vissa av dessa fall beslutade socialtjänsten i samband med initierandet av integrerad vård¹⁶ att överta bestämmanderätten för hälso- och sjukvårdsinsatser, med hänvisning till att förälder inte bedömdes kunna ta beslut om barnets bästa på grund av egna problem eller brister i omsorgsförmågan. Det ger delvis andra förutsättningar för familj- och nätverksarbete, både vad gäller samtycke och faktiska insatser, än om föräldrarna bedömts vara tillräckligt bra omsorgsgivare.

Kunskapen om utsattheten är viktig, eftersom forskningen visar att multipel utsatthet för våld och försummelse ger större risk för bestående traumasymptom och dåligt mående. Multipel våldsutsatthet innebär även större risk för självskadebeteende, suicidtankar samt våldsutövande mot annan, om barnet inte blir omhändertagen på ett traumamedvetet sätt.¹⁷ Trots att kunskapen om att placerade barn och unga i högre utsträckning än andra riskerar att utsättas för våld, visar forskning att ungdomar på SiS kan ha svårt att bli sedda som utsatta, eftersom de också är placerade på SiS på grund av sitt eget beteende.¹⁸ För barn och unga med funktionsnedsättningar som påverkar förmågan att kommunicera, att förstå och bli förstådd, innebär det också att kommunikationsstöd kan behövas för att kunna arbeta med att förstå våldet, såväl utsattheten av våld som våldsutövandet.

Eget våldsutövande

En mycket stor andel av barnen hade själva utövat, eller misstänktes ha utövat, våld eller hot mot andra innan de inkluderades i integrerad vård, 81 procent av flickorna och 100 procent av pojkarna. Som nämndes ovan beskrevs det vanligaste socialt nedbrytande beteendet av socialtjänsten som just aggressivitet och våldsamt utagerande. För 72 procent av barnen (68 procent av flickorna och 81 procent av pojkarna) beskrevs aggressivitet och våld som en väsentlig anledning till bedömningen om det socialt nedbrytande beteendet.

SiS använder Bröset Violence Checklist (BVC) för att bedöma våldsrisk. En poängsumma på 3 eller mer innebär hög risk. I skattningen beskrivs beteenden med förhöjd risk, samt planerade och vidtagna åtgärder för att motverka och förekomma våldsutövande.

Totalt hade 55 procent av barnen minst en förhöjd BVC-skattning månaden innan de blev aktuella för integrerad vård (52 procent av flickorna och 55 procent av pojkarna). De flesta barn hade enstaka förhöjda skattningar. 13 procent av flickorna och 10 procent av pojkarna hade minst 10 förhöjda skattningar under en månad.

¹⁵ A.a. Jernbro m.fl. (2023); Myndigheten för delaktighet (2024)

Fråga, lyssna och förstå – Om att förebygga, upptäcka och utreda våld mot barn och unga med funktionsnedsättning. Stockholm: Myndigheten för delaktighet.

¹⁶ Se rutin om bestämmanderätt och samtycke

¹⁷ Se t.ex. Jernbro m.fl. (2023)

¹⁸ Korkmaz och Andersson (2025) Ett osynligt offerskap – Institutionsplacerade tjejs erfarenheter av våld i en nära relation. I Dahlin m.fl. Tvång på gott och ont. En forskningsantologi om tvång i välfärden. Uppsala: Iustus förlag.

Pilotverksamheterna beskriver att våldsbeteendena hos barnen ofta kunde förstås som reaktiv aggressivitet, utlöst av exempelvis:

- stress
- brist på förutsägbarhet
- förändringar
- kravfyllda sociala situationer

Självska debeteende och suicidnära beteende

Totalt 68 barn bedömdes ha haft ett allvarligt självska debeteende eller gjort tidigare suicidförsök innan de inkluderades i integrerad vård. Det gällde 83 procent av flickorna och 35 procent av pojkarna. För en del var problematiken pågående vid inklusion i integrerad vård. Det gällde 48 procent av flickorna och 13 procent av pojkarna. Detta visar en tydlig könsskillnad, där flickorna är mer drabbade.

Även i noteringarna kring diagnosbilden i bedömningsstödet beskrivs i flera fall:

- upprepad allvarlig självska da
- tvångsmässiga drag i självska dandet
- kombinationer av ”mycket våldsam och självska dar vid frustration”
- upprepade allvarliga självmordsförsök
- barnet har tidigare varit inlagt på BUP med stöd av LPT¹⁹ på grund av självska debeteende eller suicidförsök

Självska da och suicidala beteenden förekom ofta tillsammans med psykiatriska diagnoser (både fastställda och misstänkta), så som:

- bipolär sjukdom
- borderline/personlighetssyndrom
- emotionell instabilitet
- komplex trauma
- ångest

Detta stämmer överens med forskning som visar att just dessa kombinationer är vanliga bland patienter som vårdas inom psykiatrisk slutenvård för allvarligt självska debeteende.²⁰

Skadligt bruk och beroende

Flera olika källor pekar på att en hög andel av barnen i integrerad vård hade någon form av skadligt bruk och beroende av alkohol eller narkotika. För mer information, se diagram 1 nedan. 15 barn (12 flickor och 3 pojkar) hade ett fastställt substansrelaterat syndrom och ytterligare 20 barn misstänktes ha det enligt bedömningsstödet inför inklusion i integrerad vård.

¹⁹ Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

²⁰ Lundahl, A (2025) Psykiatrisk tvångsvård av patienter med självska debeteende. I Dahlin, Juth & Sjöström, *Tvång på gott och ont. En forskningsantologi om tvång i välfärden*. Uppsala: Iustus förlag.

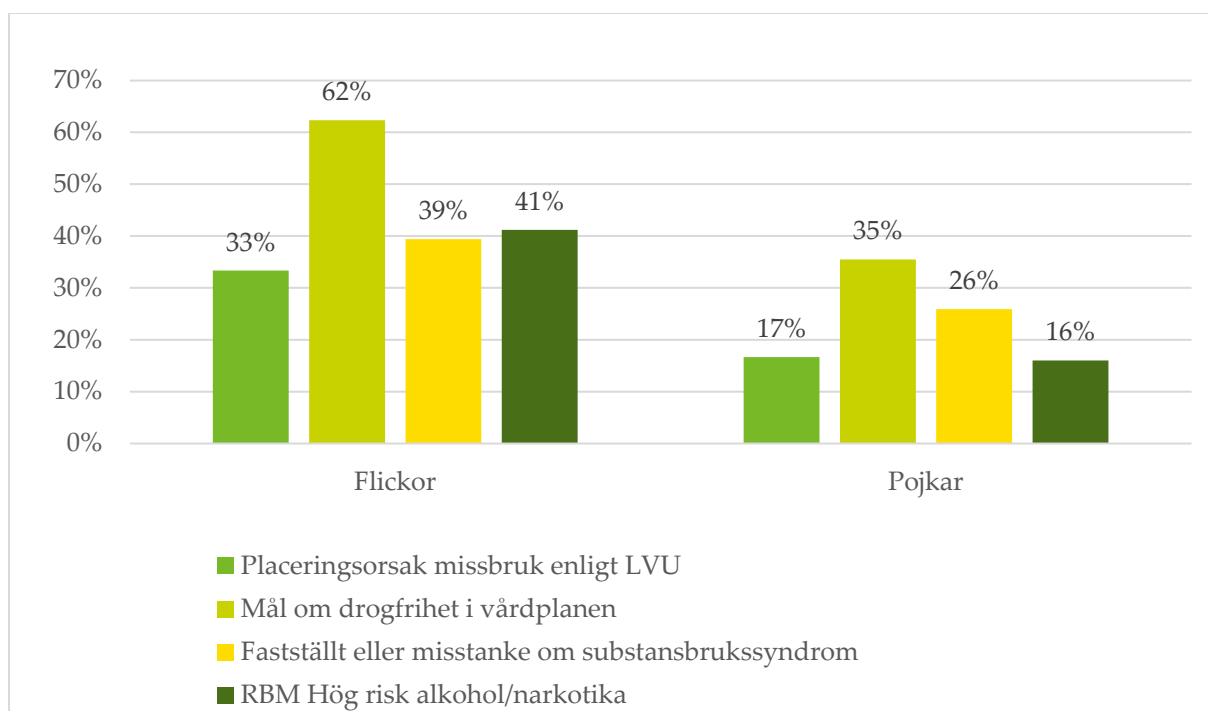


Diagram 1. Uppgifter om skadligt bruk och beroende från olika källor, andel av barnen i integrerad vård.

De högsta siffrorna kring skadligt bruk och beroende kommer från socialtjänstens vårdplaner. I dessa är det vanligt med ett mål om att ungdomen ska leva ett drogfritt liv. Utan att förringa socialtjänstens bedömning är det rimligt att tänka sig att diagnoser kring substansbrukssyndrom och liknande bedömningar förhåller sig till en striktare syn på vad skadligt bruk och beroende omfattar. Men även de lägsta siffrorna indikerar en stor andel, särskilt gällande flickorna, som således har en tämligen komplex samsjuklighet.

Övrig beteendeproblematik

Många barn har även annan beteendeproblematik som kan kopplas till sociala omständigheter, psykiatrisk problematik, mående och utsatthet, exempelvis sexuell beteendeproblematik. Sexuell beteendeproblematik beskrivs för nästan hälften av barnen (52 procent av alla flickor och 39 procent av alla pojkar). Bland dessa hade två flickor och nio pojkar begått sexuella övergrepp mot andra.

Det finns behov av att reflektera över definitioner och synsätt kring vad sexuell beteendeproblematik respektive utsatthet innefattar, särskilt i relation till kön. I materialet framkommer beskrivningar om att flickor "utsätter sig" för sexuella gränsöverskridanden eller övergrepp, samma formuleringar används inte för pojkar.

En tredjedel²¹ av barnen bedömdes även ha pågående avvikande beteenden. Det handlar om exempelvis djurplågeri, eldanläggelse, kladd eller udda hantering med urin, avföring eller blod, att svälja farliga föremål, förvirring eller depersonalisering samt allvarligt och oberäkneligt våld med uttalad intention att skada andra eller svårighet att avbryta det aggressiva beteendet.

²¹ 35 procent av barnen varav 22 flickor och 13 pojkar.

Målgruppen för integrerad vård kännetecknas av



Även om ovanstående avsnitt främst har beskrivit olika typer av beteenden och diagnoser "var för sig" är det viktigt att betona att alla barn som inkluderats i integrerad vård har många av dessa samtidiga diagnoser, beteenden och svårigheter. En del av det som utmärker målgruppen för integrerad vård är just den komplexa kombinationen av både sociala och psykiatriska svårigheter. Som inledningsvis konstaterades är dessutom den sociala och den psykiatriska problematiken ofta så sammanflätad att det kan vara svårt att särskilja sociala respektive psykiatriska vårdbehov.

Vårdplaner och vårdbehovsbedömningar

Enligt 11 kap 3 § SoL är socialtjänsten skyldig att upprätta en vårdplan vid ett omhändertagande enligt LVU. En vårdplan ska finnas med i socialnämndens underlag vid en ansökan om LVU-vård. Vårdplanen ska bland annat beskriva målet med vården, vårdbehoven och vilka särskilda insatser som behövs.

Vid placering på SiS ska en Risk-, Behov- och Mottaglighetsbedömning (RBM-bedömning) göras. Det övergripande målet med att utforma den sociala vården och behandlingen enligt RBM:s principer är att insatsen ska bli verksam på individnivå, bland annat genom att ungdomens risknivåer på olika områden matchas med lämpliga nivåer på insatserna. Läsbar vård bör förbehållas barn och unga som uppvisar höga risker på skattningsområdena.

Barnens behov i socialtjänstens vårdplaner

I en granskning av de inkluderade barnens vårdplaner²² framträdde några vårdbehovsområden som återkom hos en hög andel av barnen, och där socialtjänsten beskrev behov av insatser under placeringen på SiS. Utifrån sammanställning och analys av socialtjänstens vårdplaner är det tydligt att socialtjänsten i stor utsträckning, redan inför

²² I några fall har vårdplan saknats, då har socialtjänstens placeringsbeslut alternativt utredning granskats

omhändertagandet enligt LVU, har uppmärksammat att barnen har behov kopplat till psykiatri och psykiatrisk vård.

Behov i vårdplaner från socialtjänsten	Flickor	Pojkar	Samtliga
Andel med behov kopplat till missbruk	64	35	55
Andel med behov kopplat till våld/utagerande	46	77	57
Andel med behov kopplat till psykiatri (specifik psykiatri + generella behov psykisk ohälsa)	93	90	92
Andel med behov kopplat till hälsosamma vardagsrutiner och ADL-träning ²³	86	77	83
Andel med behov kopplat till trygg miljö och känslomässigt stöd	94	87	92
Andel med behov kopplat till familj, nätverk och prosociala kamratrelationer	86	97	89
Andel med behov kopplat till skola, utbildning och sysselsättning	96	86	91

Tabell 6. Behov i socialtjänstens vårdplaner kopplat till andel barn, uppdelat på kön

I en övervägande majoritet av vårdplanerna, drygt 90 procent, beskrevs att barnet hade någon form av psykisk ohälsa och/eller funktionsnedsättning. I knappt hälften (45 procent) av vårdplanerna beskrevs uttryckligen att insatser från BUP, Barn- och ungdomshabilitering eller LSS behövde initieras eller fortsätta under placeringstiden. I en femtedel (20 procent) av vårdplanerna beskrevs behov av utredande eller kartläggande insatser kopplade till psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning.

Det är även tydligt att behov kopplat till en trygg miljö och hälsosamma vardagsrutiner lyfts fram för de allra flesta barnen. I drygt hälften av vårdplanerna framkom bakgrundsinformation om att barnet innan placering uppvisat ett aggressivt och våldsamt utagerande beteende. I ungefär lika många av vårdplanerna nämndes droganvändning, riskbruk eller omfattande missbruk av alkohol och/eller droger.

Bristande samverkan innan placeringen

Socialtjänsten anger i den elektroniska platsansökan till SiS att en stor andel av barnen har psykiatriska vårdbehov. Som tidigare nämnts uppger socialtjänsten att 67 procent av barnen hade en *pågående* psykiatrikontakt vid SiS-placeringens start.²⁴ Det är oklart vad som har hänt med den vid placeringsansökan pågående BUP-kontakten under placeringen på SiS. Socialtjänsten tycks inte rutinemässigt informera hemregionen om att barnet blivit placerat

²³ ADL står för allmän daglig livsföring

²⁴ Se s. 8

(oftast i en annan region). SiS verkar inte heller rutinmässigt fråga socialtjänsten om hemregionen informerats. När remiss skrivs till BUP för integrerad vård är det bara 10 procent av barnen som uppges ha en pågående BUP-kontakt. I tre av pilotverksamheterna är SiS konsultläkare även läkare på BUP, vilket kan göra det något otydligt var vårdansvaret ligger.

Trots att socialtjänsten har uppmärksammat att barnen i hög utsträckning har samtidiga sociala och psykiatriska behov, var det mycket få barn (12 procent) som hade en pågående SIP (samordnad individuell plan) när de placerades på SiS.²⁵

Ungefär en femtedel av barnen hade fått sin lagstadgade hälsoundersökning inför placeringen på SiS (n=18). Erfarenheterna från arbetet med integrerad vård visar att hälsoundersökningar inför placering ger viktig information om barnets behov av hälso- och sjukvård och tandvård. Både SiS och socialtjänsten behöver bidra till att fler barn får tillgång till sådana undersökningar. Om barnets hälso- och sjukvårdsbehov är klarlagda inför eller tidigt under SiS-vården stärks möjligheterna att matcha barnets vårdbehov mot rätt vårdinnehåll.

RBM-bedömningar

För 85 av de 100 inkluderade barnen (88 procent av flickorna, 77 procent av pojkarna) fanns en aktuell RBM-bedömning vid inklusionstillfället eller genomfördes under integrerad vård. För fem av barnen genomfördes RBM-bedömningen som en del i en integrerad utredningsprocess på MBB-avdelning.²⁶ Den absoluta majoriteten (84 procent av flickorna, 92 procent av pojkarna) av de sammanlagt 85 RBM-bedömningarna visade på höga eller mycket höga risker för återfall i antisocialitet. Ingen av de utredda barnen hamnade på låg risk.

De flesta barnen bedömdes uppfylla hög risk inom flera olika områden. Det vanligaste riskbedömningsinstrumenten som används inom RBM-bedömningen är YLS/CMI eller LS/CMI.²⁷ Dessa struktureras i olika områden. De vanligaste högriskområdena inom dessa instrument för barnen i integrerad vård tycks vara: Personlighet/beteende och Attityder/inriktning.²⁸ Dessa omfattar följande aspekter:

- Uppblåst självförtroende
- Fysiskt aggressiv
- Vredesutbrott
- Koncentrationssvårigheter
- Låg frustrationstolerans
- Bristande skuldkänslor
- Verbalt aggressiv/kränkande, respektive
- Antisociala attityder

²⁵ Detta framgår även av remisserna till BUP inför inklusion i integrerad vård.

²⁶ Avdelning för mottagning och behovsbedömning

²⁷ YLS/CMI och LS/CMI är standardiserade bedömningsinstrument som används för att utreda risk och behov hos ungdomar

²⁸ Kategorier i YLS/CMI 2.0, enligt Hoge, Andrews & Leischied (2021) *Youth Level of Service/Case Management Inventory 2.0*. Skattningsguide för certifierade användare. SiS, FoU-enheten. Stockholm: Statens institutionsstyrelse

- Söker inte hjälp
- Avböjer hjälp
- Trotsar auktoriteter
- Känslolös/liten omtanke om andra.

För tre barn har riskbedömningsinstrumenten SAVRY²⁹ eller EARL³⁰ använts. För fem av pojkarna med sexuell beteendeproblematik har RBM-bedömningen även innefattat ERASOR, en risk- och behovsbedömningsmetod som används för att bedöma risk för återfall i sexualbrott.

Som nämnts ovan bedömdes de flesta barnen ha hög eller mycket hög risk för återfall i antisocialt beteende. Endast elva barn placerades i kategorin medelrisk för återfall i antisocialt beteende med bedömningen att fortsatt behöva vård i låsta former. För tre av barnen var det omfattande missbruk av alkohol/droger tillsammans med psykisk ohälsa (bl.a. misstankar om psykosproblematik) som gjorde att bedömningen hamnade på en rekommendation av fortsatt behandling i låst miljö. De andra åtta barnen beskrevs ha ett udda beteende, som att plåga djur, anlägga eld eller ha mycket avvikande åldersadekvat beteende i vissa avseenden. Detta förekom även i kombination med psykiatriska tillstånd som dissociation och psykotiska symptom samt allvarligt våld med uttalad intention att skada andra, eller oerhört svårt att avbryta det aggressiva beteendet.

Pilotverksamheterna bedömer att låsbarheten ofta har varit en förutsättning för att kunna ge barnen integrerad vård på ett tryggt och säkert sätt. Resultaten från RBM-bedömningarna stödjer pilotverksamheternas bedömningar av att integrerad vård i de allra flesta fall behöver genomföras, eller i alla fall inledas, på en låsbar avdelning.

I bedömningen av mottaglighet framkommer att neuropsykiatri och annan psykisk ohälsa är viktigt att ta hänsyn till för att anpassa insatserna för att motverka återfall i antisocial utveckling för barnen. I 97 procent av RBM-bedömningarna framgår att anpassningar behövs med hänvisning till dessa faktorer, vilket visar att bedömningssystemen fångar upp detta.

ADAD-intervjun är en viktig källa då den fångar upp barnens syn på vad de behöver och vill ha hjälp med. Bedömningsmetoden ADAD ingår ofta i RBM-bedömningarna, men i uppföljningen finns ett stort bortfall i datan. Det beror både på generella bortfall, tekniska problem och begränsade möjligheter för andra att ta del av resultaten. Trots bortfallet bekräftar det tillgängliga materialet bilden från övriga underlag. Av de ADAD-intervjuer³¹ projektet har kunnat ta del av är 68 procent av barnen oroliga för eller vill ha hjälp med sin psykiska ohälsa. Utöver detta bedömer behandlarna att det är absolut nödvändigt att ytterligare 23 procent av barnen får hjälp med sin psykiska ohälsa. Det allra vanligaste barnen har oro för eller vill ha hjälp med är skolan, 82 procent av de som svarat har beskrivit det. Även om insatser i skolan kanske inte alltid kommer allra först eftersom barnens

²⁹ SAVRY ett instrument för bedömning av risk för våldsamt beteende eller annat allvarligt kriminellt beteende hos ungdomar 12–18 år.

³⁰ EARL är en manualbaserad risk- och behovsdömning för barn 6–12 år som riskerar att utveckla ett antisocialt beteende

³¹ Materialet utgörs av endast 22 ADAD-intervjuer.

mående i många fall kan behöva stabiliseras först, vill projektet lyfta fram hur viktigt det är att få till en fungerande skolgång för barnen. Efter skola och psykisk ohälsa, är det vanligast att barnen har oro för och vill ha hjälp med fysisk ohälsa och frågor som rör familjen. Även om barnen inte anser att de behöver hjälp i lika stor utsträckning som behandlarna, är det tydligt att de lyfter fram vissa aspekter de vill ha hjälp med. Detta är viktigt att ha med sig vid utformningen av vården.

Bestämmanderätt och samtycke

Då projektet syftat till att utveckla samverkan mellan social tvångsvård och frivillig hälso- och sjukvård har frågor om bestämmanderätt och samtycke varit viktig att klargöra och arbeta med. I samtliga fall har bestämmanderätt och samtycke gjorts mer explicit än frågorna kanske annars behandlas inom SiS verksamheter.

I 59 av ärendena bedömdes vårdnadshavaren/vårdnadshavarna ha bestämmanderätten över hälso- och sjukvårdsinsatserna och informationsdelningen mellan verksamheterna. I 11 av ärendena bedömdes vårdnadshavaren och barnet ha gemensam bestämmanderätt över dessa frågor. I några fall gick senare den gemensamma bestämmanderätten över till barnet ensamt. I ett fall förfogade vårdnadshavaren bestämmanderätten tillsammans med socialtjänsten.

I 21 ärenden bedömdes det redan initialt att barnet ensamt ägde bestämmanderätten. Här är det tydligt att den äldre delen av målgruppen betydligt oftare bedömdes förfoga över sin egen bestämmanderätt. Det gör att denna bedömning varit vanligare på de ungdomshem som har en målgrupp på 16 år och uppåt.

För 14 ärenden (10 flickor och 4 pojkar, mellan 13–17 år) har socialtjänsten övertagit bestämmanderätten gällande beslut om hälso- och sjukvårdsinsatser. Av dem var sex barn också omhändertagna enligt 2 § LVU. I dessa fall har socialtjänstens övertagande av bestämmanderätten varit kopplad till att föräldrarnas egna problem eller brister i omsorgsförmågan. I andra fall gällde det äldre barn, där anledningen till övertagandet av bestämmanderätten kunde vara att barnet (som annars bedömts förfoga över sin egen bestämmanderätt) mårde så dåligt eller var så sjuk att hen inte ansågs äga beslutet om samtycke själv. I dessa fall var oftast motivationen mycket fluktuerande och socialtjänstens beslut var därför ett sätt att framförallt säkerställa samverkan mellan verksamheterna. För att genomföra insatser har det dock alltid krävts att ungdomen själv vill vara med på ett samtal, men att barnet inte vill vara med på ett enstaka samtal har inte varit en anledning till att avsluta den integrerade vården helt.

Vad barnen vill ha hjälp med

Innan ungdomshemmet har skickat remiss till BUP för att inkludera ett barn i integrerad vård, har personal på ungdomshemmet frågat barnet hur hen själv ser på sin situation och eventuellt vill ha för hjälp. I 88 remisser kan vi utläsa vad barnet har framfört. I den inledande tiden i projektet var barnens utsagor ofta en av personalen omskriven, tolkad beskrivning av behov. Under projektet har riktat arbete gjorts i pilotverksamheterna med fokus på barnens delaktighet och inflytande. Det har exempelvis genomförts workshops om barnrätt och barnkonsekvensanalyser. Hjälpformer har lagts till i rutinen för integrerad vård

för att säkerställa dokumentation kring barnens delaktighet och inflytande. Under projektets sista tid har barnets egen röst allt tydligare framträtt i dokumentationen som rör den integrerade vården.

Barnen har framfört att de:

- Vill genomgå en utredning, få ökad förståelse för sina diagnoser, sin situation eller sitt beteende (23 barn)
- Vill få specifika insatser, t.ex. traumabehandling och behandling för ångest (20 barn)
- Vill ha hjälp, men har svårigheter att beskriva konkreta behov (16 barn)
- Har en ambivalent inställning alternativt är svårmotiverade (12 barn)
- Inte vill ha hjälp, eller är väldigt skeptiska till att ta emot hjälp (9 barn)
- Vill få hjälp med mediciner (8 barn)

Avbruten aktualiseringsprocess för flera barn

Alla nådde inte upp till den komplexa vårdbehovsnivån

Utöver de 100 barn som inkluderades i projektet påbörjades en aktualiserings- eller inklusionsprocess för ytterligare 37 barn men av olika skäl avbröts processen. Några barn har aktualiserats flera gånger. Här beskrivs omständigheterna runt de barn som av olika skäl inte blev inkluderade i integrerad vård.

De allra flesta barn som aktualiserades från ungdomshemmen uppfyllde de högt ställda kriterierna om komplexa vårdbehov. För några få (n=16, totalt ca 8 procent av alla aktualiseringar) avbröts dock inklusionsprocessen eftersom barnets vårdbehov inte bedömts som tillräckligt komplex för integrerad vård. För dessa barn bedömdes att barnen visserligen hade samtidiga psykiatriska och sociala vårdbehov, men att barnen kunde få sina behov tillgodosedda genom remiss till öppenvård eller via ungdomshemmets hälso- och sjukvårdspersonal. I senare genomgångar av pilotverksamheterna har SiS tillsammans med BUP bedömt att även för en handfull av de barn som inkluderades tidigt i projektet skulle det troligen räckt med psykiatrisk öppenvård³², men att det har behövts ett visst arbete och erfarenhet för att bedöma rätt vårdnivå.

Det finns en etisk aspekt av att få tillgång till vård efter sina behov då alla barn som aktualiserats haft stora samtidiga behov, om än inte "tillräckligt" komplexa för att uppfylla inklusionskriterierna för integrerad vård. Den ordinarie samverkan som borde finnas mellan SiS, socialtjänst och regionerna fungerar inte i praktiken. Pilotverksamheterna har i några fall lyft fram detta i bedömningen av barnets bästa. Motiveringen till att *inte* inkludera har då varit gemensam, men samtidigt inte bedömts vara till barnets bästa, som uttryckts t.ex. på detta sätt:

"Det är troligt att det vore till barnets bästa att genomföra utredningen på plats på ungdomshemmet och BUP har möjlighet att arbeta på plats. Ungdomens problematik är dock inte komplex i en utsträckning som den integrerade vården avser."

"Vi vet att pojken inte kommer att få sin diagnos lika snabbt som han hade fått om utredningen hade genomförts inom ramen för integrerad vård."

Andra skäl till en avbruten aktualiseringsprocess

För drygt hälften av de barn som aktualiserats men inte inkluderats, gjordes bedömningen att deras vårdbehov var så pass komplexa att de skulle kunnat inkluderas i integrerad vård. Skälen till att det inte blev någon inklusion har varit att barnets och/eller vårdnadshavares samtycke saknades till vården, eller att inklusionsprocessen avbröts på grund av att ungdomen snabbt flyttade till ett annat ungdomshem eller ut från SiS. För barn som inte samtyckt har det ibland handlat om att ett motivationsarbete behövt göras initialt, samtidigt som barnets inställning behövt respekteras. Några barn har samtyckt vid ett senare tillfälle,

³² Hänvisning till resonemang i kunskapsunderlag till Socialstyrelsen från februari 2024 om "särskilt komplex målgrupp".

och då aktualiserats igen, när de exempelvis fått mer information om vården, sett BUP-personal träffa andra ungdomar och fått tid på sig att kunna ta ställning till den erbjudna vården.

Ett annat skäl är att det inte funnits förutsättningar för en gemensam långsiktig planering. Långsiktigheten har dels handlat om hur lång tid barnet rent praktiskt finns på avdelningen/ungdomshemmet, dels om förutsättningar för samverkan kring barnet. I några fall har den avbrutna processen handlat om att socialtjänsten varit på väg att flytta barnet från SiS. I några fall har barnet, ofta med mycket kort framförhållning, flyttats till en annan avdelning eller annat ungdomshem inom SiS, på grund av olika incidenter. Bland de barn som senare har inkluderats, har IV-teamet ibland avvaktat med att inkludera barnet tills hen fått en behandlingsplats, då en plats på en MBB-avdelning är tänkt att vara under en kortare tid. Att barn flyttas mellan SiS ungdomshem kan medföra att de inte får sina vårdbehov tillgodosedda eller att det tar längre tid innan de får relevanta insatser på grund av flytt. Detta behöver tas hänsyn till i placeringsprocessen.

Vårdtider och typ av avdelningar

Vårdtider innan integrerad vård

Bland barnen som inkluderades fanns stora skillnader mellan hur länge de varit placerade på SiS innan den integrerade vården startade. Barnens vårdtid innan aktualisering varierade mellan två veckor och knappt tre år, med en median-tid på 4–5 månader (101 dagar). Knappt hälften (n=47) av barnen hade varit placerade på SiS i mindre än 3 månader innan aktualisering. En femtedel har varit placerade på SiS i över 9 månader innan aktualisering. I de flesta fall har en lång vårdtid innan aktualisering handlat om att barnet först varit placerat på ett ungdomshem där integrerad vård inte finns, eller innan integrerad vård startade.³³

På ungdomshem där det varit färre barn inkluderade, har aktualiseringen ibland dröjt en längre tid. Ungdomshemmen har ett högt arbetstempo, många placeringar och stort tryck på platserna, vilket troligen har medfört att möjligheten till integrerad vård ibland inte har uppmärksamats. Pilotverksamheten i VGR har hanterat denna utmaning genom att införa konsultationsteam, där BUP träffat ungdomshemmens behandlingsteam med visst tidsintervall, för att anonymiserat kunna gå igenom och lyfta upp barnens vårdbehov och få vägledning av BUP. Dessa träffar har nästan alltid resulterat i att teamen "fått syn på" barn som har stora vårdbehov. Även i de andra pilotverksamheterna har, utöver ungdomshemmens ordinarie behandlingsteam, vårdsamordnarna varit aktiva och lyft frågan om integrerad vård är aktuellt i olika ärenden.

Flickorna blev i genomsnitt aktualiserade efter kortare tid (4 månader) än pojkarna (6 månader). Värt att notera är även att de yngsta barnen (10–12 år) i genomsnitt hade varit placerade lite längre innan de blev inkluderade i integrerad vård, i snitt drygt 6 månader. Uppföljningen visar att barnen som varit placerade på ungdomshem som inte ingick i integrerad vård var placerade under längre tid innan de blir inkluderade i integrerad vård. En tidigare placering på ett annat ungdomshem utan integrerad vård förklarar i högre grad en längre tid innan inklusion i integrerad vård än vad skillnader i kön eller ålder gör.

De allra flesta barnen (n=85) bytte avdelning, eller ungdomshem, minst en gång, innan inkludering i integrerad vård. Det vanligaste var att barnen bytte från en inledande MBB-placering till en behandlingsplats.

Barn med två vårdperioder i integrerad vård

Det finns en grupp barn som haft två vårdperioder i samma eller olika pilotprojekt inom integrerad vård. Sju flickor och en pojke har haft integrerad vård under två perioder. Två av flickorna har aktualiserats en tredje gång men inte inkluderats. Nedan beskrivs hur dessa åtta barns vårdperioder i integrerad vård har sett ut:

- Tre av barnen hade en "sömlös" överflytt som innebar att BUP IV remitterade till BUP IV i en annan pilot.

³³ Om man bortser från de första månaderna efter uppstart i respektive pilotverksamhet, kan vi konstatera att av de med längre än tre månader innan aktualisering i 70 procent även har befunnit sig på ett annat ungdomshem (under samma placering). Denna omständighet tros ha bidragit till den långa tiden innan aktualisering.

- Tre av barnen avslutade den integrerade vården och blev sedan inskrivna på ett nytt ungdomshem där de fick integrerad vård igen, under samma vårdperiod.
- Två av barnen flyttade ut från SiS och inkluderades i integrerad vård igen vid en ny vårdperiod.

Vårdtider under integrerad vård

Barnen var inkluderade i integrerad vård under i genomsnitt sju månader, men med stora inbördes skillnader (från några veckor till 21 månader).³⁴

Flickorna har i genomsnitt fått integrerad vård i sju månader och pojkarna i knappt sex månader. Över hälften av barnen hade en vårdtid i integrerad vård som översteg sex månader, 29 av dessa barn hade längre än ett års vårdtid i integrerad vård.³⁵ För de barn som varit placerade på SFA eller STB-avdelning var den genomsnittliga vårdtiden 13 månader.

Vård på låsta avdelningar i huvudsak

Uppföljningen visar att 95 procent av ärendena som inkluderats i integrerad vård inledde den integrerade vården på en låsbar avdelning (93 procent av flickorna och samtliga pojkar). För knappt 80 procent av barnen genomfördes den integrerade vården i sin helhet på låsbara avdelningar. Fem barn (flickor) har varit placerade på en öppen behandlingsavdelning under hela tiden i integrerad vård.

Fler än en tredjedel av barnen (n=37) har bytt avdelning under integrerad vård. Elva av 37 barn har vid avdelningsbytet även bytt ungdomshem och i några fall har barnet även bytt region och därmed pilotverksamhet inom integrerad vård (7 av 11 barn).

Det vanligaste är att barnen har bytt från en låst avdelning till en annan låst avdelning, t.ex. gått från låst avdelning för mottagning och behovsbedömning till låst behandlingsavdelning under integrerad vård. Detta gäller 18 procent av barnen (19 procent av flickorna, 16 procent av pojkarna). Det näst vanligaste är att barnen flyttat från låst till öppen avdelning, detta gäller 14 procent av barnen (19 procent av flickorna, 3 procent av pojkarna). Ett fåtal barn har gått från låst avdelning till öppen och därefter till låst igen.

Under projektet har 16 barn, motsvarande 15 procent av alla ärenden, vårdats på en särskilt förstärkt avdelning (SFA). Andelen flickor var 19 procent och andelen pojkar 10 procent. Ett barn fick vård på en avdelning för ungdomar med särskilda tillsynsbehov (STB). Elva av barnen var redan placerade på en SFA/STB-avdelning när den integrerade vården inleddes, medan sex av barnen flyttade till en SFA-avdelning under pågående IV-vård.

³⁴ För de barn som har varit inkluderade vid två tillfällen har de båda tidsspannen här adderats ihop.

³⁵ Slutdatum för uppföljningen av pilotprojektet integrerad vård är 2025-02-28. För elva barn fortsatte dock den integrerade vården efter projektavslut.

Vad händer efter integrerad vård?

Orsaker till avslut

Uppföljningen visar att för nära två av tre barn var de individuella behandlingsmålen för den integrerade vården uppfyllda när IV avslutades. För övriga barn avslutades den integrerade vården på grund av att barnet drog tillbaka samtycket till vården, vårdsammanbrott (t.ex. avvikning eller akut omplacering till annat ungdomshem) eller av andra skäl. Då det är angivet *annat* som skäl visar uppföljningen att det rör sig om tre olika skäl; integrerad vård avslutades på ungdomshemmet (28 februari 2025 för pilotverksamheten i region Skåne), barnet fyllde 18 år eller att barnet flyttade till annat boende/ungdomshem utifrån lagd planering (dvs ej vårdsammanbrott). I två fall angavs både vårdsammanbrott och annat som skäl till avslut. I dessa fall handlade det bland annat om att barnet varit svärmotiverat till vården och att vården bäst hade tillgodosetts med LPT.

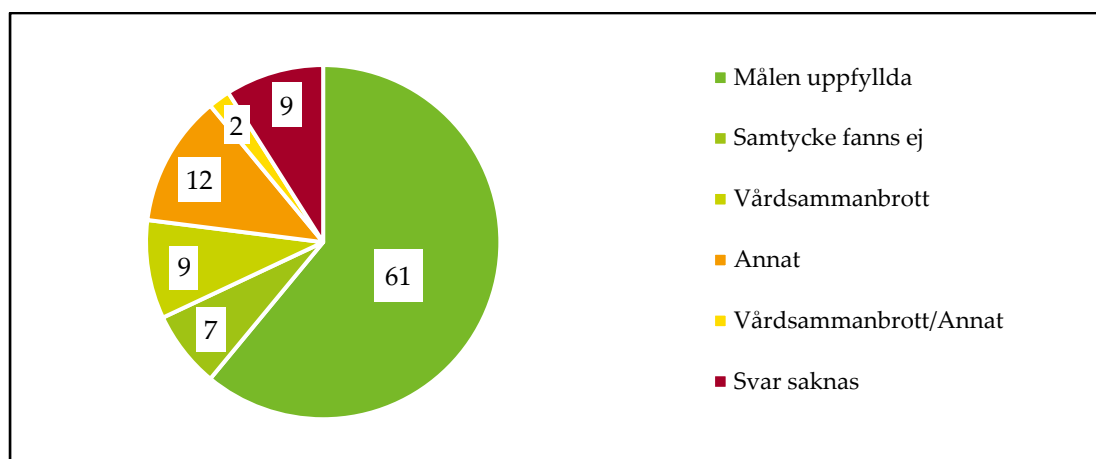


Diagram 2. Orsaker till avslut av integrerad vård för all 100 barn. För de åtta barn som haft två vårdperioder med integrerad vård räknas här deras första vårdperiod.

Det är viktigt att poängtera att barnen hade fortsatt omfattande sociala och psykiatriska vårdbehov efter att den integrerade vården avslutades och efter avslutad placering på SiS. I många ärenden bestod planeringen för nästa steg i vårdkedjan av svårigheter med att hitta ett lämpligt boende som matchade barnets behov.

Barnen i integrerad vård har haft stora behov av att förändringar och flyttar är noga planerade och inte går för fort, då omställningar inte sällan innebär svårigheter. Det har krävt tålamod och nära samverkan över tid för att få övergångar mellan verksamheterna att bli bra för barnet.

Vart tar barnen vägen efter avslut?

Ungefär en tredjedel av barnen var kvar på SiS efter att den integrerade vården avslutats. Det vanligaste var att barnet var kvar på samma ungdomshem men i några fall flyttade barnet till ett annat ungdomshem. Hälften av barnen flyttade från SiS i samband med avslut av den integrerade vården, oftast till andra former av samhällsvård. Det vanligaste var flytt till HVB-hem. 11 av barnen flyttade hem till förälder/vårdnadshavare. För tre av barnen

fanns övriga uppgifter; två var avvikna och en flyttades till Migrationsverkets förvar. Uppgifter saknas för 15 av barnen. I cirkeldiagrammet nedan visas resultat för alla 100 barn.

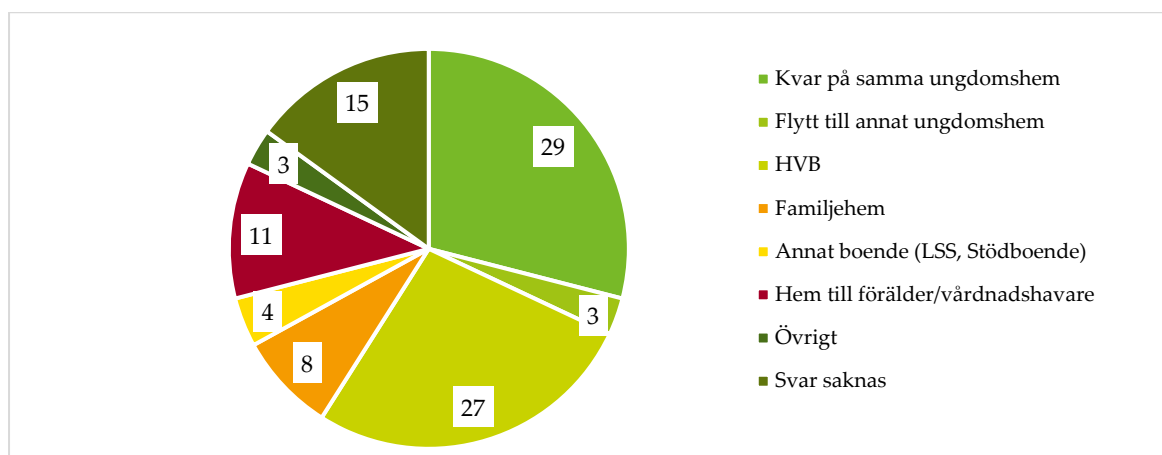


Diagram 3. Vart tar barnen vägen efter integrerad vård? För de åtta barn som haft två vårdperioder med integrerad vård räknas här deras andra vårdperiod.

För 70 procent av barnen fortsatte regionens insatser efter att den integrerade vården hade avslutats. För sex av barnen rörde det sig om insatser i den aktuella regionen och för fyra barn handlade det om att remiss skickades till hemregionen. För 14 barn skickades remiss till en annan region i samband med avslut av den integrerade vården. Här ser vi att de allra flesta av dessa 14 barn har flyttat till HVB i en annan region. Tyvärr har vi ett bortfall av data för de flesta i denna grupp, vilket gör att vi inte kan redovisa mer heltäckande uppgifter.

I projektet har Socialstyrelsen, SiS och regionerna konstaterat att det finns ett underskott i utbudet av öppna vårdalternativ anpassade för målgruppen. Det är en aspekt som påverkar möjligheterna att hitta anpassade vård- och boendelösningar för barnen efter att IV-vården avslutats, men vilket projektet har haft svårt att påverka.³⁶

IV-teamen i de olika pilotverksamheterna har med hjälp av olika överlämningsmöten och SIP-möten försökt stärka upp och minska risken för vårdssammanbrott som en förberedelse för barnets nya sammanhang. Pilotprojektet har konstaterat att ett förstärkt samarbete och tät kommunikation med socialtjänsten kan bidra till att stärka vårdkedjan.³⁷

Det är integrerad vårds erfarenhet att SIP kan stärka arbetet med att göra barnet delaktigt i handläggningen och utformandet av vården. Samordning genom SIP kan underlätta för barnet att komma till tals, ge viktig information i handläggningen och förbättra förutsättningarna för dem som ansvarar för att bedöma barnets bästa. Användningen av SIP skulle sannolikt öka om SiS tog ett samlat grepp och tydliggjorde och kommunicerade myndighetens ansvar och arbetssätt avseende samverkan genom SIP, internt och externt.³⁸

³⁶ Slutlig sammanställning av ärendeutvärderingar 2025-04-30

³⁷ Slutlig sammanställning av ärendeutvärderingar 2025-04-30

³⁸ Statens institutionsstyrelse (2024). *Delrapport 2: Integrerad vård inom SiS. Uppföljning av integrerad vård 2023*. Dnr. 1.1.3-4210-2024