

Dnr: 1.1.4-3126-2023

Delrapport 1: Integrerad vård inom SiS

Uppföljning av integrerad vård 2022

Innehåll

Sammanfattning	4
Bakgrund	6
Regeringsuppdrag om integrerad vård	6
Utforskande arbetssätt med fokus på lärande	6
SiS förutsättningar för att delta i utvecklingsarbetet	7
Barnens rätt till delaktighet i integrerad vård	7
Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering av integrerad vård	7
SiS uppföljning av integrerad vård	8
Fokus i föreliggande delrapport	8
Del 1: SiS genomförande av den integrerade vården	9
Deltagande ungdomshem och regioner 2022	9
Pilotverksamheternas arbetsformer	9
1 A) Ändamålsenliga rutiner för genomförande av den integrerade vården på SiS ungdomshem	10
Identifiera och aktualisera barn med behov av integrerad vård	11
Bedömningsstöd för integrerad vård	12
Strukturerat genomförande av integrerade insatser på avdelningen	13
Inhämta samtycke från barn, vårdnadshavare eller socialtjänst	13
1 B) Ändamålsenliga rutiner för samverkan med regionerna och placerande kommuner	14
Samverkan med kommunerna i vården av barnen	14
Samverkan med regionerna kopplad till ledning, styrning och utvecklingen av integrerad vård	15
1 C) Förutsättningar för att genomföra Integrerad vård vid SiS ungdomshem	16
Kompetenssättning och bemanning av integrerad vård inom SiS	16
Stabilitet i vårdmiljön	16
1 D) Barnens delaktighet i integrerad vård	17
Barnintervjuer inför uppstart	17
SiS rutin för integrerad vård understödjer barnens rätt till delaktighet	18
Del 2: Genomförandet av integrerad vård har genererat kunskap	19
2 B) Barnen som aktualiserats och deras vårdbehov	19
Antal barn som aktualiserats och inkluderats i integrerad vård	20
Barnens ålder och kön	20
Demografiska uppgifter om barnen	20
Lagrum för barnens placering på SiS	21
Placeringsorsak	21

Placeringsinformation.....	21
Kontakter med psykiatrin innan SiS -placering, hälsoundersökning inför placering och SIP	22
Psykiatrisk problematik.....	22
Andra psykiatriska vårdbehov	25
Utsatthet för våld och försummelse	25
Särskilda befogenheter.....	25
Sammanfattning av kunskapen om barnen som aktualiserats.....	26
Barnens delaktighet i integrerad vård	27
2 B) SiS förutsättningar för att genomföra integrerad vård på ungdomshemmen- erfarenheter och lärdomar	29
Erfarenheter kopplade till SiS arbete med genomförandet av den integrerade vården.....	30
Iakttagelser kopplade till samverkan med regionerna och kommunerna	31
SIP och samverkan med kommunerna.....	33
Gällande regelverk påverkar möjligheterna att samverka.....	34
Kostnader avseende lokaler och utrustning.....	37
Vinster av integrerad vård	37
Arbetet med integrerad vård framåt	39

Sammanfattning

Under åren 2021-2024 genomförs ett utvecklingsprojekt med syfte att utveckla och pröva former för integrerad vård vid några av SiS ungdomshem. Föreliggande rapport gäller projektåret 2022 och består av två delar som i stora drag beskriver SiS aktiviteter i pilotarbetet och vilken kunskap dessa har genererat.

Syftet med rapporten är att bidra till pilotarbetets utforskande och lärande arbetssätt och att genom de erfarenheter som genererats så här långt ge riktning för SiS arbete med integrerad vård framåt.

I del 1 beskrivs den metodutveckling och de strukturer för samverkan med regionerna som SiS utarbetat för att kunna ge integrerad vård under de första pilotåren. Beskrivningarna rör bland annat SiS modell för att identifiera barn med behov av integrerad vård, rutinerna för vårdens genomförande och de strukturer som upprättats för att hantera gemensamt ansvarstagande med regionerna i utveckling och uppföljning av vården.

I del 2 beskrivs de lärdomar som pilotarbetet så här långt genererat i form av ökad kunskap om målgruppen och vilka resurser som krävs för att möta målgruppens behov i samverkan med regionerna.

Arbetet med att vidareutveckla integrerad vård behöver ske i nära samverkan med ungdomshemmen, verksamhetsavdelningen för ungdomsvård och med andra utvecklingsarbeten som pågår inom myndigheten. Rapporten avslutas med en kort beskrivning av några centrala områden för arbetet framåt:

- *Enhetlig metod för vårdbehovsbedömning och differentiering-* Integrerad vård bör bli en del av SiS ordinarie vårdutbud. För att stärka SiS förmåga att matcha placerade barn och unga mot rätt SiS-tjänst behövs en enhetlig modell för vårdbehovsbedömning.
- *Specialisering av integrerad vård-* Bemannning och kompetenssättning samt vårdinnehåll för integrerad vård behöver vidareutvecklas i takt med att kunskapen om målgruppen växer.
- *SiS hälso- och sjukvård behöver ges en enhetlig utformning där roller och uppgifter behöver avgränsas och förtydligas-* En fungerande samverkan med andra vårdgivare ställer krav på en enhetlig och tydligt kravställd hälso- och sjukvård inom SiS.
- *Samverkan med kommuner och regioner-* Socialtjänsten behöver involveras mer i den integrerade vården och SiS-placerade barn behöver ges tillgång till regionernas hälso- och sjukvårdsutbud. Användandet av SIP behöver öka och stärkas.

- *Juridiska frågor*- Tydliggöra hur gällande lagstiftning och regelverk påverkar SiS förutsättningar för integrerade vårdformer. Behov av eventuella regeländringar avseende t.ex. samtyckesinhämtning, gemensam dokumentation och informationsdelning behöver formuleras och kommuniceras.
- *Vidareutveckla barnrättsperspektivet och barnens delaktighet i vården*- Den integrerade vårdformen är till för barnen och ska ges utifrån deras rätt, behov och förutsättningar och det blir därmed naturligt att det är just dessa behov och förutsättningar som styr utvecklingsarbetet. Rutiner för delaktighet och informationsinhämtning på området behöver stärkas.

Bakgrund

Regeringsuppdrag om integrerad vård

Socialstyrelsen fick i september 2019 ett regeringsuppdrag om integrerad vård. Regeringsuppdraget utformades mot bakgrund av rapporten om "Barn och unga i HVB och deras samlade behov" (Socialstyrelsen, 2019) där ett pilotprojekt föreslås. Regeringsuppdraget handlar om att förbereda och samordna ett utvecklingsarbete i form av pilotprojekt vid några av SiS ungdomsvårdsinstitutioner och i psykiatrin. Uppdraget ska genomföras under åren 2021-2024 och avrapporteras till regeringen 2025. Målgruppen för uppdraget är barn upp till 18 år som vårdas enligt LVU och placerats inom SiS på behandlingsavdelning eller på avdelning för mottagning och behovsbedömning, och som samtidigt har stora behov av psykiatrisk vård.

Regionernas medverkan finansieras av statsbidrag. Socialstyrelsen fördelar statsbidraget för projektet på två år i taget. Inför projektperiod ett (2021-2022) beviljades region Skåne, Västra Götalandsregionen (VGR) och region Östergötland (RÖ) statsbidrag för att delta i utvecklingsarbetet. I mars 2022 startade den första pilotverksamheten på SiS ungdomshem Folåsa i region Östergötland och i april inleddes pilotverksamheten vid ungdomshemmen Brättegården, Fagared, Ljungbacken, Margretelund och Nereby i Västra Götalandsregionen. Pilotverksamheten på ungdomshemmet i Hässleholm i region Skåne påbörjades i början av oktober 2022. För mer information om arbetet med regeringsuppdraget under första projektperioden, åren 2021 och 2022, hänvisas till "Piloter för Integrerad vård, delrapport 1", Lumells 2022, och Socialstyrelsens delrapporter till regeringen för 2021 och 2022.

Pilotarbetets övergripande mål

Det övergripande målet med pilotprojektet är att det ska finnas *integrerade vårdinsatser av god kvalitet* tillgänglig för vissa barn med komplex psykiatrisk samsjuklighet som vårdas vid SiS. Vårdformen ska förbättra vårderna för barnen under tiden på SiS och stärka möjligheter för utslussning till andra vård- och boendeformer utanför tvångsvården.

Utforskande arbetssätt med fokus på lärande

Socialstyrelsen har utifrån regeringsuppdragets utformning och de begränsade erfarenheter och kunskaper som finns på området, valt en explorativ ansats som utgångspunkt för pilotarbetet. Tanken är att under pilotarbetets gång kunna anpassa arbetssätt och innehåll utifrån de erfarenheter och lärdomar som praktiken ger och samtidigt generera kunskap om vad som behövs för en långsiktig nationell struktur för integrerad vård. Kunskapsutvecklingen ska fokusera på formerna för att erbjuda och ge integrerad vård samt resultaten för de barn som ges de integrerade insatserna. Fokus ska även riktas mot de organisationer som ger vårderna avseende strukturella förutsättningar i form av ansvarsfördelning, organisation, resurser och gällande lagstiftning.

Gemensamma ramar för pilotverksamheterna

De ingående regionerna har fått möjlighet att välja arbetssätt och organisering utifrån lokala förutsättningar och visioner om hur den integrerade vårdformen kan och ska

utformas. Därför skiljer sig pilotverksamheterna åt bland annat genom regionernas olika dimensionering och bemanning av arbetet, antal ungdomshem belägna i respektive region samt hemmens storlek och målgrupper. Några grundläggande ramar som gäller samtliga pilotverksamheter finns dock angivna i regeringsuppdraget samt i villkoren för beslut om statsbidrag till regionerna:

- Pilotarbetet ska genomföras inom ramen för gällande regelverk och ansvarsfördelning mellan huvudmännen.
- Pilotverksamheterna ska använda gemensamma *inklusionskriterier*
- Vården i pilotverksamheterna ska ges av *integrerade team* där medarbetare med relevant kompetens från SiS och regionerna arbetar tillsammans med att bedöma barnens vårdbehov och ta ställning till samt genomföra insatser.

SiS förutsättningar för att delta i utvecklingsarbetet

Inför uppdraget om att utveckla och genomföra integrerad vård har SiS identifierat risker som rör förmåga att identifiera och inkludera rätt barn i pilotarbetet, de ingående ungdomshemmens förutsättningar för att möta den tänkta målgruppens vårdbehov samt de i praktiken oklara ansvarsgränserna för hälso- och sjukvård mellan SiS och regionerna. För att stärka förutsättningarna på de identifierade riskområdena utformade SiS tydliga interna rutiner och arbetssätt.

Socialstyrelsen har också identifierat risker kopplade till att den integrerade vården ska genomföras på SiS ungdomshem. Riskerna rör olika aspekter av vårdens kvalitet kopplade till bland annat lokaler, bemanning, kompetens och bemötande samt barnens delaktighet. Socialstyrelsen har kontinuerligt inhämtat information från SiS, IVO och andra externa granskare och aktörer för att löpande kunna bedöma och säkerställa förutsättningarna för att bedriva integrerad vård på ungdomshemmen.

Barnens rätt till delaktighet i integrerad vård

Barnrättsperspektivet är centralt i utvecklingen av integrerad vård. Barn har rätt till skydd, omsorg, delaktighet och samhälleliga resurser. Rätten omfattar alla barn oavsett exempelvis ålder, kön eller funktionsnedsättning och barn har rätt att till individuell anpassning och stöd när det behövs för att till exempel kunna utöva rätten till delaktighet och inflytande i frågor som rör dem. Det gäller även i den integrerade vården och det gäller även om barnet inte äger bestämmanderätt i alla frågor som rör vården.

Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering av integrerad vård

Socialstyrelsen har ett övergripande ansvar för en *oberoende utvärdering* av projektet och har uppdragit genomförandet av en sådan utvärdering till Lumell Associates. Lumells utvärdering ska belysa projektnivån (pilotprojektet som helhet), pilotverksamheterna och gränssnitten mellan de ingående verksamheterna. Socialstyrelsen genomför också ett

forskningsprojekt¹ som syftar till att utveckla allsidig kunskap om de ungdomar som bedöms vara i behov av en integrerad vård, följa upp vårdens utfall på kort sikt ur ett individperspektiv samt lyssna till hur de unga själva upplevt integrerad vård inom SiS. Forskningsprojektet ska inhämta information från SiS, BUP och placerande socialtjänst. Socialstyrelsen har gett SiS och ingående regioner i uppdrag att följa upp projektets genomförande inom ramen för respektive organisations egna systematiska verksamhetsuppföljning och på så vis även ge underlag till Lumells övergripande utvärdering av pilotprojektet.

SiS uppföljning av integrerad vård

I korthet syftar SiS uppföljning till att öka kunskapen om de deltagande barnen, deras vårdbehov, den erhållna vården samt organisatoriska förutsättningar för att bedriva integrerad vård på SiS ungdomshem. SiS kommer efter projekttidens slut att sammanställa och analysera de uppgifter som samlats in i en slutrapport. För att stödja pilotarbetets explorativa ansats och bidra till ett kontinuerligt utforskande och lärande under projekttiden, sammanställer SiS årsvis uppföljningsdata i delrapporter. Delrapport ett, det vill säga föreliggande rapport, presenteras i april 2023 och delrapport två är planerad till mars 2024. Slutrapporten beräknas vara klar i juni 2025. En närmare beskrivning av SiS uppföljningsarbete finns i SiS uppföljningsplan².

För att SiS under de kvarvarande pilotåren och i framtiden ska kunna planera, dimensionera och resurssätta integrerad vård, har följande områden identifierats som viktiga att dokumentera och följa över tid. Områdena rör:

- kunskap om målgruppens storlek och behov
- ändamålsenliga rutiner för SiS genomförande av integrerad vård
- ändamålsenliga rutiner för samverkan med regionerna
- resurser för SiS genomförande av integrerad vård i form bemanning, kompetens, lokaler och budget

Fokus i föreliggande delrapport

Rapporten består av två delar som i stora drag beskriver SiS aktiviteter i pilotarbetet och vilken kunskap har dessa genererat. I del 1 beskrivs den metodutveckling och de strukturer för samverkan med regionerna som SiS utarbetat för att kunna ge integrerad vård under de första pilotåren. I del 2 beskrivs de lärdomar som pilotarbetet så här långt genererat i form av ökad kunskap om målgruppen och vilka resurser som krävs för att möta målgruppens behov i samverkan med regionerna.

¹ Utvärdering av pilotprojektet integrerad vård, ansökan Etikprövningsmyndigheten, Socialstyrelsen dnr 38921-2022-2

² Utvärdering och uppföljning av Integrerad vård- Uppföljningsplan för Integrerad vård inom SiS dnr 1.1.4-3126-2023

Del 1: SiS genomförande av den integrerade vården

Avsnittet inleds med en beskrivning av de ungdomshem som deltagit i pilotarbetet under 2022 samt hur hemmen och regionerna samordnat de olika pilotverksamheterna. Sedan redovisas SiS framtagna rutiner för genomförandet av den integrerade vården på ungdomshemmen samt strukturer för samverkan med regionerna. Slutligen beskrivs SiS arbete för barnens delaktighet i utveckling och genomförande av integrerad vård.

Deltagande ungdomshem och regioner 2022

Tre regioner och sju av SiS särskilda ungdomshem har under 2022 ingått i utvecklingsarbetet. Genomförandet är organiserat i tre pilotverksamheter med sinsemellan skilda upplägg och med olika datum för uppstart. Nedan redovisas SiS platsunderlag enligt SiS verksamhetsplan för åren 2022-2024³ och pilotverksamheternas samverkansformer.

Ungdomshem	Platsunderlag integrerad vård SiS					Samverkansform		Start
Ungdomshem	Flickor	Pojkar	Flickor och pojkar	Summa platser	Ålder	Region	Arbetsform och kapacitet	
Folåsa	32			32	<16	RÖ	Lokalt team alla barn	220301
Hässleholm	7	14	19	40	<16	Skåne	Lokalt team 5 barn	221004
Brättegården	25	7		32	16-21	VGR	Mobilt team 10 barn	220401
Fagared	12	27		39	16-21			
Ljungbacken		47		47	16-21			
Margretelund	19	20		39	16-21			
Nereby		41		34	<16			
				7*	16-21			
Summa platser	95	156	19	270				

Tabell 1, Platsunderlag integrerad vård

* SiS ungdomshem Nereby har även en avdelning som tar emot icke skolpliktiga pojkar från 16 år.

Pilotverksamheternas arbetsformer

Pilotverksamheterna skiljer sig åt avseende bemanning och arbetsformer utifrån hur respektive region valt att organisera sitt arbete.

Pilotverksamheten på Folåsa- Integrerad vård på Folåsa omfattar alla avdelningar på ungdomshemmet. Projektet finansierar en vårdsamordnare som på heltid samordnar arbetet som SiS och BUP genomför tillsammans. SiS bemannar den integrerade vården med medarbetare från den avdelning där barnet bor. BUP-teamet består av två kuratorer, en psykolog, två arbetsterapeuter samt en läkare och teamet har under 2022 eftersträvat att ge behovsanpassad barnpsykiatrisk vård till alla ungdomar på Folåsa som har behov av barnpsykiatriska insatser. Region Östergötland anger inget kapacitetstak eller

³ Platser enligt SiS Verksamhetsplan 2022-2024, Bilaga 1 "Budget och platser". Platser för LSU är ej inräknade då de inte omfattas av pilotarbetet.

platsantal för integrerad vård på Folåsa. Under 2022 har BUP-teamet varit på plats på Folåsa ca 4 dagar per vecka.

Pilotverksamheten i Hässleholm- Ungdomshemmet i Hässleholm har förstärkts med en halvtids vårdsamordnare. I övrigt bemannar SiS den integrerade vården med ett team runt varje barn som inkluderas. Teamet sätts samman när ett barn inkluderas och består av institutionsgemensamma resurser som psykolog, sjuksköterska och specialpedagog tillsammans med medarbetare från avdelningen där barnet bor. Från regionens sida bemannas den integrerade vården av läkare, psykolog, kurator från BUP samt en arbetsterapeut från Barn- och ungdomshabiliteringen (BoU). Det barnpsykiatriska teamet är på plats på ungdomshemmet 2-3 dagar per vecka. Pilotverksamheten erbjuder 5 platser för integrerad vård

Pilotverksamheten vid Brättegården, Fagared, Ljungbacken, Margretelund och Nereby- På ungdomshemmen i Västra Götalandsregionen sköts vårdsamordningen av två vårdsamordnare från SiS centrala projektledning och ungdomshemmen har ingen egen sådan funktion. Ungdomshemmen kontaktar vårdsamordnarna när de önskar aktualisera ett barn, och för varje barn som inkluderas utses ett SiS-team bestående av ungdomshemmets sjuksköterska, psykolog och behandlingssekreterare som samverkar med BUP:s mobila team i vården. I Västra Götalandsregionen ges den integrerade vården genom att ett mobilt BUP-team samverkar med de fem särskilda ungdomshem som finns i regionen. BUPs mobila team består läkare, psykolog och kurator. Pilotverksamheten erbjuder 10 platser för integrerad vård.

1 A) Ändamålsenliga rutiner för genomförande av den integrerade vården på SiS ungdomshem

Pilotverksamheterna är olika organiserade. De enskilda pilotverksamheternas dimension och arbetsformer utgår från regionernas ansökan om statsbidrag och de lokala förutsättningarna på berörda ungdomshem. En pilotövergripande rutin⁴ med gemensamma anvisningar för sex nyckelmoment har därför tagits fram och syftar till:

- Att beskriva och ge SiS medarbetare stöd för genomförandet av de obligatoriska momenten i integrerad vård.
- Att enhetliggöra och kvalitetssäkra genomförandet av integrerad vård i pilotverksamheterna och på ingående ungdomshem.
- Att tydliggöra hur olika moment ska dokumenteras för att stödja möjligheterna till systematisk uppföljning av pilotarbetet.

⁴ SiS rutin för Integrerad vård dnr 1.1.4-5834-2022



Bild 1. Rutinsatta moment i processen för integrerad vård

Rutinen följer vårdförloppet i den integrerade vården och beskriver hur SiS ska identifiera och behovsbedöma barn (*aktualisering*), hur informationen om barnet ska överföras till BUP (*remiss*), hur beslut om integrerad vård ska fattas (*inklusion*) samt hur vården ska utformas, ansvarsfördelas mellan SiS och BUP, genomföras och avslutas (*vårdsamordning, vårdavstämning och avslut*). De fyra sista stegen, från inklusion till avslut, genomförs integrerat tillsammans med regionernas personal. Momenten har utformats för att möta projektmålen om att ge patientsäker vård, att följa gällande regelverk och lagstiftning samt att bygga upp kunskap om målgruppens storlek och vårdbehov. Detta har ställt krav på vidareutveckling av befintliga arbetssätt och utvecklande nya arbetsformer inom SiS. Särskilt gäller detta urvalsförfarande vid aktualisering, d.v.s. att identifiera "rätt" barn för integrerad vård. Men det gäller också i hög grad sekretessfrågor och samtycke till vård samt informationsdelning i det integrerade arbetet.

Identifiera och aktualisera barn med behov av integrerad vård

Av regeringsuppdraget framgår att den integrerade vården ska ges till barn med särskilt stora behov av specialiserad och integrerad vård. Samtidigt framgår i uppdragsbeskrivningen att kunskapen om vilka barn det rör, är begränsad. En av utvecklingsarbetets målsättningar är att generera ökad kunskap om målgruppens storlek, barnens tillstånd och vårdbehov och genom det ge underlag för att avgränsa en tydligare målgrupp för integrerad vård framåt.

Socialstyrelsen har tagit fram relativt breda inklusionskriterier där särskild vikt fästs vid autism, intellektuell funktionsnedsättning, allvarligt och upprepat självskadebeteende, suicidala beteenden, psykostillstånd samt andra tillstånd som kan föranleda psykiatrisk tvångsvård. Inklusionskriterierna lyfter förutom särskilda diagnoser också att samsjuklighet och låg funktionsnivå ska vara vägledande i urvalet av barn som inkluderas i projektet. Vårdbehoven ska också vara av sådan karaktär så att de inte lika bra eller bättre kan tillgodoses på annat sätt under placeringen, till exempel genom kontakt med BUPs ordinarie öppenvård.

Bedömningsstöd för integrerad vård

Eftersom vården ska riktas till placerade barn vid SiS behöver SiS ansvara för att identifiera och aktualisera barn, för att dessa i samråd med regionerna ska kunna bedömas för inklusion i projektet. För detta ändamål har SiS tagit fram ett bedömningsstöd som hjälper SiS medarbetare att systematiskt sammanställa fastställda och misstänkta psykiatriska diagnoser, genomförda bedömningar på SiS samt vårdhändelser som kan bidra till att avspegla barnets funktionsnivå.⁵ Syftet med bedömningsstödet är att på ett likvärdigt sätt, och utifrån Socialstyrelsens inklusionskriterier, identifiera de barn som har behov av integrerad vård. Med hjälp av bedömningsstödet för aktualisering till integrerad vård sammanställs uppgifter som inhämtas från SiS journaler för den sociala vården, hälso- sjukvården samt skolan. Diagnosbild, aktuella hälso- sjukvårdsinsatser, antal perioder då barnet vårdats i enskildhet, tidigare avvikelser, skolnärvaro, aktuella riskbedömningar avseende våld, samt genomförda säkerhetsbedömningar är exempel på uppgifter som hämtas från SiS journaler.

De inhämtade uppgifterna kompletteras med screening av psykiatrisk problematik och funktionsnivå med skattningsinstrumenten Youth Level of Service (YSR)⁶ och Child Behavior Checklist (CBCL)⁷. Dessa skattningssskalor används inte rutinmässigt vid SiS utan har tillförts som en del av SiS rutin för aktualisering till integrerad vård. Till bedömningen inhämtas också uppgifter från ADAD inskrivningsintervju (Adolescent Drug Abuse Diagnosis) samt resultatet för aktuell RBM-bedömning (bedömning av Risk, Behov och Mottaglighet t.ex. YLS-CMI, SAVRY eller ERASOR).

Bedömningsstödet är utformat för att användas av ett team vid ungdomshemmet som består av vårdsamordnare, psykolog, sjuksköterska, behandlingssekreterare och i vissa fall pedagogisk personal. Vid aktualisering går teamet tillsammans genom den insamlade informationen och får sedan ta ställning till om barnets samlade vårdbehov sannolikt bäst tillgodoses genom integrerad vård. Tillförlitligheten i bedömningsstödet har utvärderats psykometriskt i ett specialistarbete i forensisk psykologi.⁸ Resultaten i utvärderingen gav uppslag för förtydligade instruktioner om vilken information i bedömningsstödet som skall beaktas utifrån respektive fråga.

⁵ Bedömningsstöd för integrerad vård, se bilaga 1

⁶ Achenbach, 1991a

⁷ Achenbach, 1991b

⁸ Se bilaga 1. Rahm, Oscar (2023) Interbedömarreliabilitet i ett instrument för att identifiera behov av integrerad vård hos barn och unga vid Statens institutionsstyrelse.

Strukturerat genomförande av integrerade insatser på avdelningen

Process för aktualisering och inklusion: Det är huvudsakligen medarbetarna vid ungdomshemmen som aktualiserar barn till integrerad vård, även om SiS placeringsenhet, BUP och socialtjänsten också kan väcka frågan och initiera en aktualisering. Ett viktigt steg i aktualiseringsprocessen är att sammanställa uppgifter om barnet i ovan beskrivna bedömningsstöd. Om SiS utifrån underlaget bedömer att barnet uppfyller inklusionskriterierna och samtycke till kontakt med regionerna finns, remitteras barnet till BUP. BUP bedömer remissen och kan då avslå den, vidareremittera till öppenvård eller acceptera remissen och träffa barnet för en inledande barnpsykiatrisk bedömning. BUPs bedömning kompletterar SiS inledande bedömning och avgör om den barnpsykiatriska problematiken motsvarar inklusionskriterierna för integrerad vård, eller om problematiken kan hanteras inom ramen för barnpsykiatrisk öppenvård. SiS och BUPs bedömningar sammanvägs vid ett *inklusionsmöte* där parterna med utgångspunkt i inklusionskriterierna tillsammans avgör om barnet ska inkluderas i integrerad vård.

Process för vårdsamordning, vårdavstämning och avslut: När ett barn inkluderats utses ett integrerat team av medarbetare från SiS och BUP. Från SiS sida ska teamet bemannas av sjuksköterska, psykolog och behandlingssekreterare. Även behandlingspersonal och enhetschef från avdelningen där barnet bor kan ingå i teamet. I *vårdsamordningen* upprättar teamet en gemensam vårdplanering som klargör vilka insatser som ska genomföras av SiS respektive BUP och vilka som ska genomföras gemensamt. Vidare kartläggs om barnet har behov av andra vårdgivare inom t.ex. habilitering eller barnmedicin, samt hur samverkan med socialtjänsten ska utformas. Datum för *vårdavstämning* bokas. Såväl vårdsamordning som vårdavstämning följer rutinens fasta agendor. Agendorna är utformade för att underlätta samverkan och för att säkerställa bland annat barnens delaktighet och involvering av socialtjänst, skola och andra aktörer i barnets vårdkedja. Vid varje vårdavstämning tas aktiv ställning till om barnet fortsatt är i behov av integrerad vård eller om insatserna kan ges i öppnare former.

Inhämta samtycke från barn, vårdnadshavare eller socialtjänst

Hälso- och sjukvård är i grunden frivillig, även för barn som vårdas i SiS särskilda ungdomshem. Den hälso- och sjukvård som ges inom integrerad vård förutsätter därför samtycke från barnet och/eller barnets vårdnadshavare. Vidare råder i grunden sträng sekretess mellan SiS och psykiatrin. Samtycke ska därför inhämtas både för de hälso- och sjukvårdsvårdinsatser som ges inom den integrerade vården och för informationsdelningen som integrerad vård förutsätter. Samtycket ska vara informerat vilket innebär att den som ger sitt samtycke skall veta vad samtycket omfattar och förstå vad det innebär. Samtycken får därför inte vara generellt formulerade.

Barn har rätt till delaktighet och inflytande och ges med ökad ålder och mognad allt större möjligheter att påverka och bestämma över sin vård. Fram till dess att barnet blir 18 år emellertid utgångspunkten att vårdnadshavarna har bestämmanderätt i frågor som rör barnets vård. För SiS-placerade barn kan bestämmanderätten avseende hälso- och sjukvårdsinsatser och sekretess vara fördelad på olika vis mellan barnet,

vårdnadshavarna och socialnämnden. Inför varje samtyckesinhämtning behöver SiS därför bedöma vem som har bestämmanderätten i frågan samtycket gäller. Utfallet kan se olika ut beroende på hur omfattande och ingripande frågan är. I integrerad vård har en process för samtyckesinhämtning tagits fram. Samtycken inhämtas på särskilt framtagna blanketter som registreras i barnets journal, och där samtyckets omfattning specificeras i fritextfält. Samtycken inhämtas löpande av både SiS och BUP och instruktioner för SiS samtyckesinhämtning finns tydligt beskrivna i rutinens olika moment.

1 B) Ändamålsenliga rutiner för samverkan med regionerna och placerande kommuner

SiS har arbetat fram rutiner för kommunikation med, och överföring av, sekretessbelagd information till regionerna, samt skapat gemensamma arenor med regionerna för att planera och genomföra vård. De gemensamma arenorna är även till för dialog, styrning och metodutveckling kopplade till vården och utvecklingsuppdraget. SiS har också stärkt de ingående ungdomshemmens organisatoriska förutsättningar genom att tillsätta lokala funktioner för vårdsamordning. De placerande kommunerna är inte inkluderade i utvecklingsarbetet men är ändå en central aktör i den integrerade vården av enskilda barn. I SiS rutin för integrerad vård finns därför också anvisningar om hur barnets socialtjänst ska involveras i planering och genomförande av integrerade vårdinsatser.

Samverkan med regionerna i vården av barnen

En pilotövergripande samverkansstruktur för den integrerade vårdprocessen ges i rutinen för integrerad vård som beskrivs ovan. Rutinen har utarbetats i nära samverkan med ingående regioner. I rutinen beskrivs, utöver nyckelmomenten inklusion, vårdsamordning och vårdavstämning hur informationsöverföring ska genomföras på ett rättssäkert vis. De ingående regionerna har sinsemellan olika krav på bland annat informationssäkerhet vilket, i kombination med SiS krav, medfört att pilotverksamheterna har olika möjligheter att t.ex. genomföra digitala möten och att använda krypterad mail för löpande informationsöverföring.

Gällande lagstiftning och regelverk medger inte att huvudmännen i den integrerade vården kan upprätta gemensam vårddokumentation. Regionerna kan inte ges tillgång till eller läsrätt i SiS journaler och SiS kan inte ges motsvarande tillgång och läsrätt i regionens journaler. All dokumentation i integrerad vård sker separat i respektive huvudmans verksamhetssystem. För att få tillgång till varandras dokumentation krävs samtycke och begäran om journalutdrag.

Samverkan med kommunerna i vården av barnen

Placerande socialtjänst är en central aktör i SiS-vården och därmed också i den integrerade vården. Hälsoundersökningen som ska erbjudas alla barn inför placering och ger värdefull information om barnens samlade hälso- och sjukvårdsbehov ska initieras av socialtjänsten. Vidare har socialtjänsten en nyckelroll i den långsiktiga planeringen runt barnet och är därmed lämpliga initiativtagare till och sammanhållande part för SIP-

arbetet. I rutinerna för integrerad vård informeras socialtjänsten inför aktualisering och särskild information om socialtjänstens roll och uppgift i den integrerade vården, t ex information om önskemål kring SIP och hälsoundersökning, har tagits fram.

Samverkan med regionerna kopplad till ledning, styrning och utvecklingen av integrerad vård

Integrerad vård är en vårdform där SiS och BUP samverkar på nya sätt och med en högre intensitet och integration än i ordinarie samverkansformer. När BUP-personal arbetar i SiS vårdmiljöer blir arbetsmiljöansvaret mellan huvudmännen i vissa delar överlappande. Att ge integrerad vård innebär också att ansvaret för vårdens kvalitet blir ett gemensamt ansvar. Berörda chefer behöver därför vara delaktiga i både utvecklingen och genomförandet av integrerad vård. En organiserad samverkansdialog mellan SiS och regionerna är därmed nödvändig för genomförandet av regeringsuppdraget. SiS har utvecklat en modell för samverkan som implementerats i pilotverksamheterna och som på nationell nivå också knyter arbetet till Socialstyrelsens nationella projektforum. Samverkansmodellen har tre nivåer:

Nivå 1: Strategisk arbetsgrupp- I arbetsgruppen hanteras planeringsfrågor, samt utmaningar och eventuella hinder i den dagliga samverkan mellan SiS och BUP. Huvuddelen av de utmaningar som uppstår kan lösas på den här nivån med hjälp av t.ex. anpassningar i arbetssätt, logistik eller kommunikation. Frågor som kräver förankring hos eller beslut från chefer bereds av gruppen och lyfts sedan till det regionala samverkansteamet för ställningstagande. De strategiska arbetsgrupperna träffas en gång per vecka och består av vårdsamordnare, delprojektledare från SiS nationella arbetsgrupp, projektledare från BUP samt någon ur BUPs arbetsgrupp.

Nivå 2: Regionalt samverkansteam- Forum för de chefer och nyckelpersoner som i projektet ansvarar för medarbetarna och vårdens kvalitet. Forumet håller berörda chefer informerade om projektet samt ger dem möjlighet att följa arbetet och kunna påverka projektets arbetssätt. I mötet håller huvudmännen varandra informerade om interna förutsättningar/förändringar som kan påverka projektdriften. Vidare hanteras praktiska frågor kring arbetsmiljö och vårdkvalitet som ligger utanför projektledarnas mandat. I forumet hanteras också eventuella klagomål, avvikelser, olyckor och förebyggande åtgärder initieras. Regionala samverkansteam sammankallas var 6:e vecka av SiS nationella projektledare. Deltagare i övrigt är projektledare BUP samt chefer från SiS och BUP med personalansvar för de som arbetar i den integrerade vården.

Nivå 3: Chefssamverkansmöte- Chefssamverkansmötet sammankallas när det regionala samverkansteamet behöver inriktningsanvisningar eller beslut kopplade till projektmålen i frågor som inte kunnat lösas ut på enhetschefsnivå. Det kan också röra frågor eller beslut om resurser som verksamhetschefen förfogar över. Chefssamverkansmöten sammankallas av SiS nationella projektledare och rör de verksamhetschefer som ansvarar för den integrerade vården, i första hand BUPs klinikchef och SiS institutionschef samt vid behov regionens projektägare.

1 C) Förutsättningar för att genomföra Integrerad vård vid SiS ungdomshem

Kompetenssättning och bemanning av integrerad vård inom SiS

Den integrerade vården ska genomföras av ett tvärprofessionellt team där kompetens från SiS och BUP ska samverka i vården av barnet. Det framgår inte av uppdraget eller av Socialstyrelsens anvisningar hur bemanningen av teamen ska utformas, men tanken är att det tvärprofessionellt teamet runt den unge ska bidra med specialiserad och relevant kunskap i att möta de sociala och psykiatriska vårdbehov som barnen presenterar. I SiS rutin anges att det integrerade teamet från SiS sida ska bemannas med sjuksköterska, psykolog och behandlingssekreterare. Rutinen rekommenderar också att specialpedagogisk kompetens från skolan deltar i arbetet. SiS-teamet kompletteras vidare med vårdsamordnare, en roll som är tillsatt inom ramen för projektet och därmed inte en ordinarie funktion på ungdomshemmen.

SiS har tillsatt vårdsamordnare

För att få en fungerande samverkan till stånd mellan SiS och BUP krävs fungerande samverkansstrukturer och ett stort mått av samordning och planering. Att planera och genomföra möten, koordinera behandlingsinsatser och möjliggöra SIP och andra möten där socialtjänst och andra delar av barnets nätverk involveras kräver tid. Processen för integrerad vård innehåller också, som beskrivits ovan, för SiS nya moment för t ex kartläggning och samtyckesinhämtning som ställer krav på arbetsinsatser från redan belastade professioner. För att avlasta ingående ungdomshem tillförs ungdomshemmen en extra resurs i form av en vårdsamordnare. Vårdsamordnarens roll är att vara nyckelperson i den lokala samverkan på ungdomshemmet och primär kontaktperson för BUPs personal. Vårdsamordnaren planerar, samordnar och leder möten som är knutna till processen för integrerad vård, sammanställer bedömningsunderlag och remisser, bidrar i samtyckesinhämtning och avlastar i administrativa uppgifter. Tilldelningen av vårdsamordnare beror på pilotverksamhetens storlek och organisation och utgår från att 10 platser för integrerad vård ger en heltid (100 %) vårdsamordnare.

Stabilitet i vårdmiljön

Integrerad vård genomförs som en insats inom ramen för barnets SiS-vård, på avdelningen där barnet är placerat. De särskilda ungdomshemmens generella vårdmiljö har därför stor betydelse för genomförandet av den integrerade vården. Såväl SiS som Socialstyrelsen har inför genomförandet av utvecklingsarbetet identifierat risker kopplade till att bedriva integrerad vård i SiS vårdmiljöer. Riskerna rör olika aspekter av vårdens kvalitet som t ex bemanningsnivåer, medarbetarnas arbetssätt och metoder, kompetens och bemötande för barn med funktionsnedsättningar och komplex psykiatri.

För att vården ska kunna bedrivas med god kvalitet behöver SiS löpande följa ungdomshemmens förutsättningar för att möta de krav den integrerade vården ställer på verksamheten. Underlaget som samlats in för att kartlägga hur stabiliteten i vården ser ut på de ingående ungdomshemmen och avdelningarna under tiden då integrerad vård bedrivs, är en uppsättning verksamhetsmått från varje ungdomshem som

sammanställs och analyseras månadsvis av SiS huvudkontor. Analysen bygger på uppgifter ur SiS verksamhetsuppföljning och fångar upp t ex allvarliga händelser, beslut om avskiljning, fysiska ingripanden och vård i enskildhet, bemötande, våld mot medarbetare, sjukfrånvaro, beläggningsgrad och övertidstimmar. Analysresultaten anger om ungdomshemmet uppvisar indikatorer på större brister, vissa brister eller bedöms ha ett stabilt fungerande, d.v.s. inga indikationer på brister i vården.

Utöver de uppgifter som samlas in kopplat till uppföljningen har den centrala projektarbetsgruppen en löpande dialog med ungdomshemmen och ungdomshemmens ledningsrepresentanter i de samverkansforum som projektet arrangerar. I dessa forum finns också möjligheter för regionen att rapportera erfarenheter från vården till SiS och framföra önskemål och synpunkter kring pilotarbetets förutsättningar.

1 D) Barnens delaktighet i integrerad vård

Barnrättsperspektivet är centralt i utvecklingen av integrerad vård. Inför arbetets start har barnens önskemål inhämtats och tagits tillvara på olika vis. SiS ambition är att levandehålla barnrättsperspektivet under projektiden och löpande utveckla arbetsformer för att säkerställa barnens delaktighet och tillvarata deras återkoppling. Inför uppstart av integrerad vård togs en barnkonsekvensanalys fram. I samband med utvärdering av arbetet under 2022 och inför sammanställning av föreliggande delrapport uppdaterades barnkonsekvensanalysen⁹ med målsättningen att särskilt utvärdera i vilken utsträckning utvecklingsarbetet haft barnens bästa i fokus. Resultaten visade att projektet i stora drag hade uppfyllt ambitionerna att utforma och genomföra olika moment med ett tydligt barnperspektiv, och att flera justeringar gjorts, i såväl rutiner som andra arbetssätt för att ytterligare förstärka det rättighetsbaserade arbetet.

Barnintervjuer inför uppstart

Innan starten av pilotverksamheterna genomfördes intervjuer med 11 barn och unga mellan 14 och 17 år, som vårdades på några av SiS ungdomshem. Syftet var att ta del av barnens tankar om hur integrerad vård skulle kunna gå till, utifrån sina tidigare erfarenheter av vård på SiS och av BUP. Sammanfattningsvis var ungdomarna tydliga med att BUP var en viktig aktör för ungdomar som mår dåligt. De var överens om att hjälpen behövs, men att det var viktigt att deltagande var frivilligt. Önskemål om att aktivt fånga upp barn med behov och att arbeta med hög flexibilitet i utformning av insatser, var på lite olika sätt ett återkommande tema i många intervjuer. Barnen uttryckte att de ville vara med och påverka sin vård. Det fanns förhoppningar från barnen om att i och med projektet kunna upprätta en stabil och trygg behandlingsrelation för de som behövde det. Sammanställningen av de inledande barnintervjuerna har varit en viktig pusselbit för att utforma den integrerade vården på ett sätt som utgår från

⁹ Se bilaga 2 "Barnkonsekvensanalys av arbetet med integrerad vård under 2022", Uppföljning av integrerad vård", dnr. 1.1.4-3126-2023

barnens erfarenheter och behov. I intervjuerna framkom viktiga teman som har påverkat och påverkar utformningen av vårdprocessen i den integrerade vården.

SiS rutin för integrerad vård understödjer barnens rätt till delaktighet

För att barnet ska göras delaktig och ha god insyn i sin egen vårdprocess finns i varje rutinmoment beskrivet hur barnet ska involveras i den integrerade vården. Rutinen ger inga detaljerade anvisningar om hur samtal ska utformas, utan lämnar utrymme för professionella bedömningar hur man bäst balanserar barnets behov mot önskemål och tillräcklig information. SiS medarbetare har ansvar för såväl hur samtalen organiseras i tid och rum, som hur barn bjuds in att vara med och styra samtalets innehåll för att möjliggöra barnets delaktighet. Ett informationsmaterial har tagits fram som löpande kan användas i den integrerade vården. I informationsmaterialet finns kortfattade och språkligt förenklade beskrivningar av integrerad vård och olika moment i vården samt bildstödsmaterial och kommunikationsunderlag som medarbetarna kan använda i dialog med barnet.

Del 2: Genomförandet av integrerad vård har genererat kunskap

Utifrån arbetet med att aktualisera barn och samverka med regionerna har SiS genererat kunskap om barnen som aktualiserats, deras vårdbehov samt nödvändiga organisatoriska förutsättningar för att kunna erbjuda integrerad vård över tid. I denna del beskrivs således de lärdomar som pilotarbetet hittills genererat i form av en första inblick i målgruppen och vilka resurser och förutsättningar som kan komma att krävas för att möta deras behov i samverkan med regionerna. I korthet - vad vi har lärt oss så här långt. Kunskapsutvecklingen har rört områdena:

- Barnen och deras vårdbehov
- SiS förutsättningar för samverkan med fokus på bemanning och kompetens samt lokaler, normering, uppföljning och kvalitetssäkring av planering och genomförande av den integrerade vården
- Erfarenheter av att ge integrerad vård i samverkan med BUP
- Budget

2 B) Barnen som aktualiserats och deras vårdbehov

I följande avsnitt redovisas utvalda uppgifter om de barn som under 2022 aktualiserade för integrerad vård. Uppgifterna om barnen ger en första inblick i vad som karaktäriserar gruppen barn som bedöms ha behov av integrerade insatser. Det är viktigt att påpeka att projektet pågått en kort tid och att det än så länge är ett litet antal barn som aktualiserats.

Regeringsuppdraget ger anvisningar om att den integrerade vården ska analyseras ur ett jämställdhetsperspektiv. Det finns därför anledning att undersöka om det finns väsentliga likheter och/eller skillnader mellan flickornas och pojkarnas vårdbehov. Nedan särredovisas vissa uppgifter för flickor respektive pojkar. Eventuella skillnader mellan flickor och pojkar ska dock tolkas med största försiktighet och jämförelser med motsvarande uppgifter för hela SiS målgrupp kan inte göras. För 2022 är undersökningsgruppen som ovan nämnts liten, och urvalet har i hög utsträckning påverkats av när olika ungdomshem startade upp och vilken målgrupp ungdomshemmen tar emot. Att gruppen som aktualiserades under 2022 domineras av flickor kan t.ex. sannolikt förklaras av att Folåsa, som enbart vårdar skolpliktiga flickor, startade först och knappt hälften av barnen som aktualiserades 2022 har vårdats på just Folåsa. Resultaten som presenteras nedan kan komma att ändras i takt med att gruppen barn som aktualiseras blir större.

Antal barn som aktualiserats och inkluderats i integrerad vård

Under 2022 aktualiserades 38 barn för integrerad vård¹⁰, men i tre fall saknas fullständig dokumentation¹¹. Redovisningen i denna rapport bygger därför på de 35 barn där dokumentationen är tillfredsställande. Fördelat på pilotverksamhet aktualiserades 16 barn i pilotverksamheten på Folåsa, 16 barn vid ungdomshemmen i Västra Götalandsregionen och tre barn i pilotverksamheten vid ungdomshemmet i Hässleholm. Av de 35 barn som aktualiserades under 2022 inkluderades 27 i integrerad vård. För fem av de åtta barn som *inte* inkluderades gick man av olika skäl inte vidare med remiss från ungdomshemmet. I ett par fall berodde detta på att barnet flyttade från ungdomshemmet efter kort tid, i något fall valde SiS medarbetare att avvakta med remiss till integrerad vård och i något fall saknades samtycke till att skicka remiss. De tre barn som remitterades till integrerad vård men inte inkluderades, ansågs efter den barnpsykiatriska bedömningen inte ha tillräckligt omfattande psykiatriska vårdbehov för att uppfylla inklusionskriterierna, och hänvisades istället till barnpsykiatrisk öppenvård.

Barnens ålder och kön

Av de 35 barnen som aktualiserades till integrerad vård 2022 var 22 flickor och 13 pojkar.

Ålder	10-12 år	13-15 år	16-17 år	Summa
Flicka	1	20	1	22
Pojke	4	2	7	13
Summa	5	22	8	35

Tabell 2, Aktualiserade barn 2022.

Det yngsta barnet var vid aktualisering 10 år och det äldsta 17 år. Medelåldern för barnen var 14,3 år. 28 av 35 barn var i skolpliktig ålder när de aktualiserades till integrerad vård. Integrerad vård omfattar enbart barn upp till 18 år. För SiS ungdomsvård som helhet är medelåldern 16,3 år och 23 procent av de placerade är över 18 år.

Demografiska uppgifter om barnen

Nittioen procent av barnen var svenska medborgare. Inget av barnen uppgavs ha behov av tolk. Barnen var placerade från 28 kommuner i 13 regioner. De allra flesta, 89 procent av barnen, placerades på ett ungdomshem utanför sin hemregion. Endast fyra barn placerades på ett ungdomshem i sin hemregion.

¹⁰ Ytterligare några barn aktualiserades i slutet av 2022 men har inkluderats under 2023. Dessa barn kommer att redovisas i rapporten för 2023.

¹¹ Dessa tre gällde alla pojkar som ungdomshemmen bedömde att inte gå vidare med inom integrerad vård.

Lagrum för barnens placering på SiS

Alla barn var placerade enligt LVU. Totalt 57 procent (n=20) av barnen placerades på SiS genom ett omedelbart omhändertagande (6 § LVU). Vid tiden för aktualisering till integrerad vård var grunden för placering barnets eget beteende i enlighet med 3 § LVU för knappt två tredjedelar av barnen (n=22). En dryg tredjedel av barnen (n=12) omhändertogs med hänvisning till både 2 § och 3 § LVU, d.v.s. en kombination av brister i hemmiljön och barnets eget beteende.

Placeringsorsak

En del av den sociala problematiken kan förstås genom de placeringsorsaker som socialtjänsten uppger för att uppfylla LVU. Placeringsorsakerna kategoriseras i enlighet med LVU-lagstiftningen som kriminalitet, missbruk och annat socialt nedbrytande beteende.

Placeringsorsak	Andelar, aktualiserade till integrerad vård 2022			Andelar, intagna på SiS 2022		
	flickor	pojkar	samtliga	flickor	pojkar	samtliga
Annat socialt nedbrytande beteende	72	46	63	37	10	19
Kriminalitet	0	0	0	1	12	9
Kriminalitet och annat socialt nedbrytande beteende	0	23	8,5	3	11	8
Kriminalitet och missbruk	0	0	0	1	15	11
Kriminalitet, missbruk och annat socialt nedbrytande beteende	14	23	17	9	29	22
Missbruk	5	0	3	8	7	7
Missbruk och annat socialt nedbrytande beteende	9	8	8,5	40	13	22
Orsak ej registrerad	0	0	0	1	2	2
Totalt	100	100	100	100	100	100

Tabell 3, 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 2022)

I tabell 3 framgår att ungefär två tredjedelar (n=22) av barnen var placerade på grund av annat socialt nedbrytande beteende, en tredjedel var placerade på grund av en kombination av socialt nedbrytande beteende och kriminalitet eller missbruk, alternativt en kombination av alla tre placeringsorsaker. För något enstaka barn har socialtjänsten angett att det enbart är missbruk som är placeringsorsak. Särskilt utmärkande är att 63 procent av barnen i integrerad vård placeras med placeringsorsaken "annat socialt nedbrytande beteende" som enda placeringsorsak i jämförelse med 19 procent av hela gruppen barn och unga på SiS. För 97 procent av barnen som aktualiserats för integrerad vård finns "annat socialt nedbrytande beteende" med bland placeringsorsakerna jämfört med 71 procent av SiS målgrupp i stort.

Placeringsinformation

Trettioen procent av barnen hade tidigare varit placerade på SiS minst en gång. En majoritet av barnen, 91 procent, placerades på SiS akuttjänst initialt, men vid tiden för aktualisering befann sig 91 procent av barnen på en behandlingsplats och nio procent på utredningsplats (numera plats för mottagning och behovsbedömning, MBB). En del barn som befann sig på behandlingsplats hade däremellan också haft en utredningsplats eller

varit placerade på en avdelning för mottagning och behovsbedömning, vilket innebär att nästan alla barn hade bytt avdelning inom samma ungdomshem, eller bytt ungdomshem, åtminstone någon gång inom aktuell placering. Fjorton procent av barnen hade dessutom blivit omplacerade till ett annat ungdomshem på grund av någon form av incident innan aktualisering till integrerad vård. Av de aktualiserade barnen uppgavs att 27 procent av flickorna och 15 procent av pojkarna hade avvikit eller försökt att avvika under nuvarande placering.

Kontakter med psykiatri innan SiS-placering, hälsoundersökning inför placering och SIP

När Socialtjänsten ansöker om plats på SiS lämnar socialsekreteraren information om den unge i SiS elektroniska platsansökan för att SiS strukturerat ska kunna matcha insatser efter angivna vårdbehov och anvisa rätt plats. För 90 procent av barnen som aktualiserats till integrerad vård hade socialtjänsten inför inskrivning vid SiS angett att det förelåg någon form av psykiatrisk problematik, inklusive neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Vidare angavs i den elektroniska platsansökan att 63 procent av barnen hade en pågående psykiatrisk kontakt vid tiden för placering på SiS. Trots att en så stor andel av barnen hade pågående kontakter med både socialtjänst och hälso- och sjukvård vid placeringstillfället var det endast tre barn som i den elektroniska platsansökan uppgavs ha en samordnad individuell plan (SIP). Endast ett fåtal av barnen hade inför placering genomgått den hälsoundersökning som ska erbjudas alla barn inför placering utanför hemmet.

Psykiatrisk problematik

För samtliga barn som aktualiserades för och remitterades till integrerad vård fanns en psykiatrisk frågeställning. Huvuddelen av barnen hade tidigare bedömts eller utretts för psykiatriska besvär.

Fastställda diagnoser

Majoriteten av barnen hade när de aktualiserades minst två fastställda diagnoser och 46 procent av barnen hade minst tre fastställda diagnoser.

Ställt i relation till andra kartläggningar (Jalling, kommande; Socialstyrelsen, 2019) av SiS-placerade barn, hade en större andel av barnen i integrerad vård fler diagnoser. Att barnen som aktualiserades för integrerad vård på gruppnivå tycktes ha en mer omfattande psykiatrisk problematik är i linje med förväntningarna och kan vara en indikation på att aktualiseringsprocessen och bedömningsstödet har varit ett stöd för ungdomshemmen i att identifiera rätt barn för insatsen.

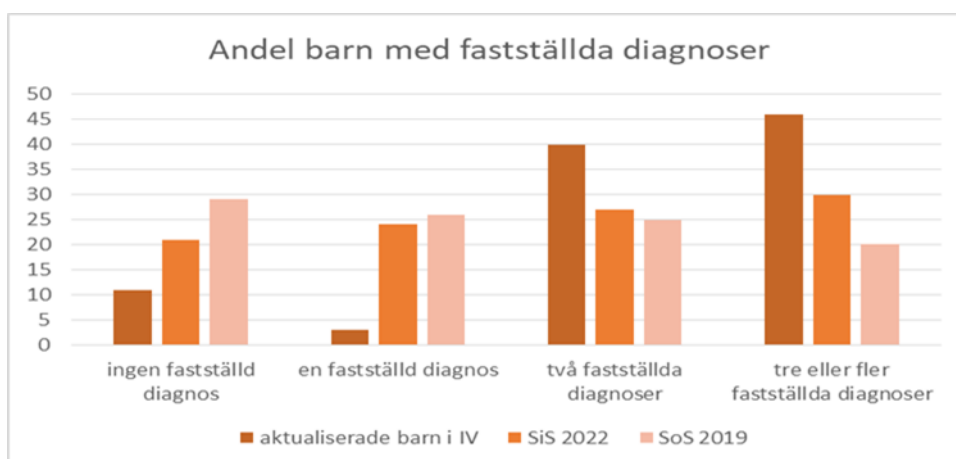


Diagram 1, Jämförelse av andel barn med fastställda diagnoser. Notera att lodrät axel inte visar 100 procent.

Misstänkta diagnoser

Med några få undantag hade barnen som aktualiserades till integrerad vård 2022 två eller flera fastställda diagnoser. För flertalet av dessa barn komplicerades bilden av att de uppvisade samtidiga symtom på ytterligare psykiatriska tillstånd, som ännu inte diagnosticerats. Därför redovisas också misstänkta diagnoser nedan. Misstänkta diagnoser baserades på observationer av kliniska symtom och andra uppgifter av vikt t.ex. påbörjad utredning som inte slutförts. Vid en sammanslagning av fastställda och misstänkta diagnoser för gruppen barn i integrerad vård hade 94 procent tre eller fler fastställda och misstänkta diagnoser. Uppgifterna om fastställa och misstänkta diagnoser hämtades ur barnets journaler och sammanställdes i bedömningsstödet (se sid 12) av psykolog, sjuksköterska och behandlingssekreterare för att skatta behovet av integrerad vård för barnet. I tabell 4 nedan ställs uppgifterna om barnen som aktualiserats för integrerad vård i relation till en ännu opublicerad studie som kartlagt psykisk ohälsa hos hela gruppen barn och unga som vårdades på SiS 2022 (Jalling, kommande).

Misstänkta och fastställda diagnoser i integrerad vård och i SiS totalpopulation				
	Integrerad vård 2022, andelar		Hela SiS ungdomsvård 2022, andelar	
Diagnos	fastställd	misstänkt	fastställd	misstänkt
ADHD/ADD <i>Attention deficit hyperactivity disorder (adhd) eller attention deficit disorder (add)</i>	74	11	60	21
Autism <i>Autismspektrumstörning oavsett grad, Aspergers syndrom</i>	40	14	18	6
Bipolär <i>Bipolär sjukdom</i>	0	14	0	0
Depression <i>Depression oavsett diagnostyp</i>	14	23	10	11
IF <i>Intellektuell funktionsnedsättning oavsett grad</i>	0	9	7	2
Missbruk <i>Substansrelaterade syndrom</i>	9	3	19	33
Personlighetssyndrom <i>Borderline eller antisocialt personlighetssyndrom</i>	0	17	4	19
Psykos <i>Psykos eller psykosliknande tillstånd</i>	0	29	1	1
Trauma/PTSD <i>eller annan diagnos relaterad till stress/trauma</i>	26	54	19	25
Tvång <i>Tvångssyndrom, tourettes eller tics</i>	3	17	3	2
Uppförandestörningar <i>Uppförandestörning eller trotssyndrom</i>	51	20	21	40
Ångest <i>Ångest oavsett diagnostyp</i>	23	26	9	25
Ätstörningar <i>Ätstörningar och födorelaterade syndrom</i>	3	14	1	1

Tabell 4, Andel fastställda och misstänkta diagnoser hos barnen som aktualiserats till Integrerad vård 2022 samt motsvarande uppgifter från kartläggningen av psykisk ohälsa hos hela gruppen barn och unga på SiS. Barnen i integrerad vård kan också ingå i undersökningen som rör hela SiS gruppen.

De vanligaste fastställda diagnoserna hos barnen som aktualiserats för integrerad vård var ADHD (74 procent), följt av uppförandestörning (51 procent), autism (40 procent), trauma/PTSD (26 procent) och ångest (23 procent). Den vanligaste misstänkta diagnosen var PTSD/trauma, men vid sammanslagning av misstänkta och fastslagna diagnoser var Trauma/PTSD det näst vanligaste tillståndet (totalt 80 procent), efter ADHD (totalt 85 procent). SiS professionella misstänkte att det kunde föreligga psykostillstånd hos tio av de aktualiserade barnen, vilket jämfört med förekomst av fastställda diagnoser i gruppen och med SiS totalpopulation, var hög.

I tabell 4 var andelen diagnoser i flera fall högre för barnen i integrerad vård än för SiS generellt. Intellektuell funktionsnedsättning var ungefär lika vanligt. Däremot hade barnen i integrerad vård i betydligt mindre utsträckning fastställt eller misstänkt missbruk i jämförelse med den andra studien (Jalling, kommande). Det går i linje med placeringsorsaken, där missbruk var mindre förekommande för barnen som aktualiserats till integrerad vård jämfört med samtliga placerade barn och unga på SiS.

Normerade kartläggnings- och skattningsinstrument

I SiS riktlinjer för mottagning- och behovsbedömningstjänst och SiS behandlingstjänst anges ett antal normerade kartläggningsinstrument som ska erbjudas alla som placeras på SiS. I SiS underlag för behovsbedömning inför integrerad vård ingår som tidigare nämnts information från ADAD inskrivningsintervju, RBM-bedömning, YSR och CBCL. Under 2022 har dock bortfallet för de aktualiserade barnen varit stort och endast 29 procent genomförde ADAD, 54 procent RBM-bedömning och 40 procent genomgick

ASEBA-bedömningen. Skattningsresultat från dessa instrument kan därför inte avspegla undersökningsgruppen i tillräckligt hög utsträckning och redovisas inte i föreliggande rapport.

Andra psykiatriska vårdbehov

I bedömningsstödet finns, förutom diagnos, även sammanställt andra typer av psykiatrisk problematik och insatser. Det rör t ex självskadebeteende, suicidalt beteende, våld samt utagerande beteende och olika typer av udda eller avvikande beteenden.

För ca hälften av flickorna och drygt 10 procent av pojkarna fanns uppgifter om självskadebeteende och/eller suicidalt beteende. För totalt 46 procent (n=16) av barnen hade suicidriskbedömning gjorts av läkare eller SiS-psykolog vid minst ett tillfälle under nuvarande placering, lika stor andel för flickor och pojkar. Arton procent (n=4) av flickorna och 15 procent (n=2) av pojkarna hade haft tillsynsperiod. Totalt 17 procent (n=6) av barnen hade besökt sjukhus akut på grund av psykisk ohälsa under placeringen.

Totalt 89 procent (n=31) av barnen hade utövat våld eller hot mot annan. Trettioen procent av pojkarna och nio procent av flickorna misstänktes för eller hade begått sexuellt övergrepp mot någon och totalt 37 procent av barnen bedömdes ha någon form av sexuell beteendeproblematik. Vidare bedömdes att 27 procent av flickorna och 62 procent av pojkarna hade "annat avvikande beteende" (t ex djurplågeri, eldanläggelse, urinerade i rummet, svalt farliga föremål, förvirring eller depersonalisering). Vidare hade totalt 71 procent av barnen (n=25) pågående psykofarmakologisk läkemedelsbehandling och totalt 23 procent (n=8) av barnen hade haft annan pågående psykiatrisk behandling (oftast kontakt med SiS-psykolog). Samtliga flickor och 77 procent av pojkarna omfattades på något sätt av ovan nämnda beteenden eller beskrivna psykiatriska insatser.

Utsatthet för våld och försummelse

För en majoritet av barnen som aktualiserades för integrerad vård fanns uppgifter om utsatthet för våld och/eller försummelse. Totalt har angetts att 91 procent (n=32) av barnen (82 procent av flickorna och samtliga pojkar) hade blivit, eller misstänktes ha blivit, utsatta för någon form av våld/barnmisshandel. De allra flesta hade blivit utsatta för flera olika typer av våld, totalt 74 procent av barnen för fysiskt våld, totalt 66 procent för psykiskt våld, 49 procent för sexuella övergrepp och totalt 66 procent av barnen (45 procent av flickorna och samtliga pojkar) hade blivit utsatta för försummelse. Det var en större andel misstänkta fall när det gällde utsatthet för sexuella övergrepp än för övriga våldsformer.

Särskilda befogenheter

En stor del av barnen hade varit föremål för tvångsåtgärderna avskiljning och vård i enskildhet innan aktualisering till integrerad vård. 36 procent av flickorna och 54 procent av pojkarna har avskilts en eller flera gånger. Ungefär hälften av barnen som har avskilts har en eller två avskiljningstillfällen medan den andra hälften har upprepade

avskiljningar. Pojkarna hade i snitt lägre avskiljningsantal (färre avskiljningar/individ) än flickorna.

SiS har under 2022 reviderat riktlinjerna gällande den särskilda befogenheten om när barn och unga hålls i avskildhet för att dokumentationen ska ske i enlighet med de uttalanden som JO gjort om avskiljningar. En sådan ändring, som gäller sedan 14 mars 2022, innebär att om en medarbetare ingriper fysiskt mot barnet eller ungdomen i syfte att föra hen till ett avskiljningsrum, men ingripandet avbryts, ska detta inte redovisas som en avskiljning. Det fysiska ingripandet ska dock dokumenteras. Då uppgifterna i bedömningsstödet även omfattar uppgifter om barnets vårdperiod som ligger längre tillbaka har vi valt att endast registrera fysiska ingripanden för senaste månaden i bedömningsstödet för 2022. För de tidigaste aktualiserade barnen finns inte några fysiska ingripande med, då deras vårdtid ligger tidigare än förändringen i redovisningen. För de barn där detta redovisas har 32 procent av flickorna och 31 procent av pojkarna varit föremål för medarbetarnas fysiska ingripanden.

En mycket stor andel av barnen, 64 procent av flickorna och 85 procent av pojkarna, har haft minst en period i vård i enskildhet under sin placering. Av de totalt 25 barn (14 flickor och 11 pojkar) som har vårdats i enskildhet är det stor skillnad i hur lång tid de har vårdats i enskildhet, allt ifrån enstaka dagar till hela sin tid på SiS. En tredjedel av barnen hade vårdats i enskildhet mindre än 25 procent av sin totala vårdtid. Fem av barnen (14 procent) hade vårdats i enskildhet mellan 75 och 100 procent av sin placeringstid. Mediantiden för flickorna var 51 procent av vårdtiden och för pojkarna var mediantiden 16 procent av vårdtiden.

Sammanfattning av kunskapen om barnen som aktualiserats

Uppgifterna om barnen som aktualiserats till integrerad vård under 2022 visade att ungdomshemmen identifierat barn med omfattande vårdbehov och en komplex psykiatrisk problematik. Barnens problematik kännetecknades av att det, trots att de flesta hade diagnoser och någon form av behandling för sina tillstånd, fanns kvarstående frågetecken kring den psykiska hälsan. Barnen hade ofta flera avbrutna vårdkontakter i sin vårdhistorik och det saknades en röd tråd i diagnostik och behandling. De vanligaste fastställda diagnoserna hos barnen som aktualiserats var ADHD (74 procent), följt av uppförandestörning (51 procent), autism (40 procent), trauma/PTSD (26 procent) och ångest (23 procent). Den vanligast misstänkta diagnosen var PTSD/trauma och misstankar om psykosutveckling förekom i flera fall.

Inför aktualisering kartlades också beteenden och omständigheter som kunde tänkas avspegla barnets aktuella funktionsnivå. För nästan 90 procent av barnen som aktualiserades för integrerad vård fanns dokumentation om våldsam utagerande beteende. Barnen hade också i mycket hög utsträckning själva varit utsatta för olika typer av våld.

Det var vanligt att barnen hade vårdats i enskildhet, 64 procent av flickorna och 85 procent av pojkarna, hade vårdats minst en period i vård i enskildhet under sin placering. Även avskiljningar var vanligt, 36 procent av flickorna och 54 procent av pojkarna hade avskilts en eller flera gånger. Vidare utmärkte sig barnen genom låg genomsnittlig ålder och av att socialtjänsten angett "annat socialt nedbrytande beteende" som enda placeringsgrund, i avsevärt högre uträkning för gruppen, jämfört med SiS totalpopulation.

Som tidigare nämnts påverkas urvalet av faktorer som minskar möjligheterna att dra slutsatser och göra hållbara jämförelser. Det blir emellertid intressant att framledes följa t.ex. åldersspridning och placeringsgrund bland barnen som aktualiseras, och även hur tvångsåtgärder fördelas mellan flickor och pojkar, eftersom dessa uppgifter just nu ser ut att avvika något från hur det ser ut i SiS målgrupp som helhet. Det går att anta att bilden av gruppen barn som aktualiseras till integrerad vård kommer att bli tydligare under projektets tid. Det är viktigt att komma ihåg att uppgifterna SiS samlar in om barnens psykiatriska hälsotillstånd är en sammanställning av den dokumentation som finns samlad, och att den bilden inte självklart beskriver barnens aktuella problematik på ett träffsäkert vis. För 2022 var bortfallet för de normerade kartläggningsinstrumenten så stora att resultaten från dem inte kan bidra till en tydligare bild av barnen som aktualiserats. Bilden av barnens aktuella psykiatriska problematik vid inklusion i integrerad vård kommer dock sannolikt att bli tydligare när BUPs bedömningar av barnens problematik kan presenteras. Utifrån vad resultaten så här långt visar verkar det emellertid som att SiS aktualiserar barn som på gruppnivå och i vissa avseenden utmärker sig i förhållande till SiS målgrupp som helhet, att den samlade problembilden är komplex och vårdbehoven omfattande.

Barnens delaktighet i integrerad vård

SiS rutin för integrerad vård etablerar en grundläggande struktur för att stärka barnens delaktighet och möjligheter att påverka den egna vården. I vilken utsträckning delaktighet sedan kommit tillstånd har följts upp genom insamling av journaldokumentation och uppgifter från utvärdering av pågående och avslutade ärenden.

Av erfarenheterna hittills framgår att SiS medarbetare arbetat med barnets delaktighet på flera olika vis. Barnens åsikter kring samtals- och behandlingsinnehåll har aktivt efterfrågats. Barnen har också fått vara med i planeringen av tider och var på avdelningen möten ska genomföras. Behandlingsinnehåll har anpassats utifrån barnens önskemål, i inledande insatser har teamen t.ex. utgått ifrån det som barnen själva har önskat hjälp med. I anslutning till utredningsinsatser har barnen fått återgivning i fysiska möten och fått möjlighet att ställa frågor eller uttrycka funderingar. Barnen har deltagit i nästan alla SIP-möten som har genomförts. Inför sådana möten har barnen fått sitta enskilt och tycka till om vilka som skulle bjudas in, vilka frågeställningar som barnet själv hade, samt fått information om och fått samtycka till frågeställningar vuxna önskade ha med. SIP-mötena fick på så vis ett fokus på barnens önskemål om vad som skulle tas upp och

barnen fick också delta i och påverka beslut om deras vård. Medarbetarna har också försökt fånga upp om barnen upplevt att det blivit någon effekt av alla möten och frågor, om barnen känt att de fått ut något positivt av kontakterna.

Uppföljningen visar också på utvecklingsområden där de professionella ytterligare kan stärka barnens perspektiv och delaktighet. En iakttagelse från genomgången av beskrivningarna av barnens önskemål i t.ex. remissen till BUP är att det påfallande ofta tycks göras omskrivningar och tolkningar av det barnen faktiskt säger. Ett exempel på det är *"NN är hjälpsökande i att få hjälp av vården både för somatisk och psykisk hälsa"* och *"NN är ambivalent till att ta emot hjälp"* som svar på frågan i remissen om vad barnet önskar hjälp med. Att låta barnen komma till tals kan utvecklas mot att i högre utsträckning använda barnens egna ord och med följdfrågor stödja dem att med egna ord berätta mer, snarare än att tolka barnens ord och använda professionellt språkbruk anpassat för mottagaren.

Ett annat område rör situationer där SiS och BUP haft olika uppfattningar om vilka insatser eller tillvägagångssätt som varit förenliga med ett barnperspektiv och det enskilda barnets bästa. När BUP och SiS sett olika på barnets behov, och barnets egna önskemål inte setts som möjliga att möta av den ena eller andra parten, har samverkan ibland påverkats negativt och bristande förtroende för varandras bedömningar har uttryckts. I sådana situationer skulle en gemensam och strukturerad prövning av barnets bästa¹² kunna vara hjälpsam för att analysera situationen, bättre kunna förstå varandras bevekelsegrunder och snabbare kunna komma fram till ett gemensamt beslut.

¹² Rutin för prövning av barnets bästa, SiS, dnr 1.4.2-667-2020

2 B) SiS förutsättningar för att genomföra integrerad vård på ungdomshemmen- erfarenheter och lärdomar

I del 1 beskrevs hur SiS planerat och organiserat genomförandet av integrerad vård på SiS ungdomshem. Följande avsnitt avser att ge en första inblick i hur organiseringen av den integrerade vården fungerat i praktiken under de första månaderna av integrerad vård, vilka resurser som tagits i anspråk och vilka utmaningar som hittills iakttagits på områden som rör ungdomshemmens resurser för att bedriva integrerad vård i form av bemanning, lokaler, kompetens och ledning. Den integrerade vården har ställt nya krav på SiS verksamhet och har tillfört både administrativa uppgifter och uppgifter i vården. Även om projektet har tillfört avlastning i form av vårdsamordnare har de medarbetare som varit aktiva i och ansvarat för barnets ordinarie SiS vård behövt vara delaktiga i arbetet. Att SiS och BUP har kommit överens om gemensamma former för samverkan har emellertid visat sig vara en framgångsfaktor. Arbetsformerna säkerställer att pilotarbetet genomförs på ett likvärdigt vis och dokumenteras på ett sätt som medger systematisk uppföljning.

Avsnittet bygger på systematiskt insamlad uppföljningsdata i form av mötesregistrering, intervjuer med berörda institutionschefer och uppgifter från SiS ordinarie uppföljning av ungdomshemmen om vårdens stabilitet. Det bygger också på andra uppgifter som samlats in t ex vid de strukturerade utvärderingarna vid avslutning av ärenden av hur samverkan fungerat och dokumentation från olika samverkansforum med regionerna. Sist men inte minst bygger avsnittet på den centrala projektarbetsgruppens erfarenheter av att arbeta med utveckling och implementering av integrerad vård. Värt att poängtera är att resultaten nedan avspeglar en relativt kort period av operativt arbetet. I december 2022 hade pilotverksamheten på Folåsa varit operativ under nio månader, pilotverksamheten vid ungdomshemmen i Västra Götalandsregionen i åtta månader och pilotverksamheten vid ungdomshemmet i Hässleholm i drygt två månader. Resultaten ska också ses mot bakgrund av att SiS nationellt under stora delar av 2022 hade svårt att möta kommunernas behov av platser i ungdomsvården. Samtliga ungdomshem, även de som omfattas av pilotarbetet, arbetade som en följd av platsbristen på eller över sin kapacitetsgräns. Nationellt rapporterades också stora utmaningar med rekrytering och att bemanna och kompetensförsörja vården adekvat.

Erfarenheter av att identifiera behov av integrerad vård med hjälp av bedömningsstödet

En av pilotarbetets målsättningar är att beskriva vilka barn som är i behov av integrerade vårdinsatser. För att SiS på ett systematiskt och likvärdigt sätt ska kunna identifiera och aktualisera rätt barn till integrerad vård har ett bedömningsstöd tagits fram (se sid 13). Erfarenheterna av att använda bedömningsstödet som grund i urvalsförfarandet har varit positiva. Bedömningsstödet har fyllt flera syften. Uppgifterna som sammanställts i bedömningsstödet har i det enskilda fallet gett ungdomshemmets team underlag för att ta ställning till om barnet uppfyllde inklusionskriterierna för integrerad vård. Beslutet

och bedömningsstöden har journalförts och har gett ett tydligt, transparent och spårbart tillvägagångssätt för ställningstaganden som rör enskilda barns vård.

Bedömningsstödet samlar in och sammanställer för integrerad vård relevanta uppgifter om enskilda barns hälsotillstånd och funktionsnivå. Bedömningsstöden systematiseras och aggregeras i uppföljningen av integrerad vård. Kopplat till exempelvis uppgifter om vilka barn som senare inkluderas och till vilket vårdinnehåll som ges, kan bedömningsunderlagen på sikt komma att ge information om vilka uppgifter som bäst bidrar till differentiering mellan olika vårdbehov. Ett bredare användande av bedömningsunderlaget inom SiS, t.ex. i urvalsprocesserna för tjänsterna "särskilt förstärkt avdelning (SFA) och avdelningar för barn och unga med särskilda tillsynsbehov (STB), skulle kunna vara ett stöd i arbetet för att utveckla kunskap om vilka barn och unga på SiS som ska prioriteras för de mer specialiserade vårdformerna. De tänkta målgrupperna för integrerad vård, SFA och STB kan i viss mån vara överlappande och ett gemensamt urvalsförfarande kan ge underlag för att utveckla SiS kapacitet för differentiering.

Erfarenheter kopplade till SiS arbete med genomförandet av den integrerade vården

Rutinen anger, mot bakgrund av regeringsuppdragets anvisningar om särskild kompetens, att sjuksköterska, psykolog och behandlingssekreterare från SiS bör delta i planering och genomförande av integrerad vård. Av projektets uppföljningsdata framgick att vårdsamordnare och behandlings- och utredningssekreterare i mycket hög utsträckning deltog i de möten rutinen anger som obligatoriska. Även ungdomshemmets sjuksköterskor deltog i hög utsträckning i mötena, särskilt i det inledande skedet av vården. SiS-psykologerna hade ett lägre deltagande än förväntat och var med vid drygt hälften av de obligatoriska mötena. Psykologens kompetens har varit central i såväl bedömningen av om barnet uppfyllt inklusionskriterierna, som i vårdplanering och genomförande av vården. Psykologen har en särskilt viktig roll i att tillföra kunskap om barnens risker, behov och mottaglighet samt de kriminogena vårdbehoven och behandlingsmetoderna till det integrerade arbetet. SiS sjuksköterskor har haft en nyckelroll i den medicinska omvårdnaden av barnen och har varit en central samverkanspart för regionens läkare i den integrerade vården. När SiS hälso- och sjukvårdspersonal har funnits på plats och kunnat avsätta tid för samverkansarbete med regionernas personal har det bidragit till en bredare kompetens i det integrerade arbetet. Flera institutionschefer har lyft fördelar med att det lokala ansvaret för genomförande av integrerad vård varit kopplat till roller med hälso- och sjukvårdskompetens och ledningsansvar för ungdomshemmets hälso- och sjukvårdsverksamhet. Bemanningen av ungdomshemmets hälso- och sjukvårdsorganisation har påverkat förutsättningarna för att genomföra, bemanna och specialisera den integrerade vården. Vissa av de deltagande ungdomshemmen har rapporterat generella svårigheter att rekrytera och behålla kvalificerade medarbetare, inte minst hälso- och sjukvårdspersonal som sjuksköterskor och psykologer. På några ungdomshem har vakanser och/eller personalomsättning i hälso- och sjukvårdsorganisationen medfört att psykolog eller sjuksköterska inte i önskad utsträckning kunnat prioritera arbete med integrerad vård.

I rutinen anges inte att enhetscheferna ska delta i möten för integrerad vård. Uppföljningsdata har trots detta avspeglat ett regelbundet deltagande från avdelningsledningen, särskilt i de möten som gällde uppstart och samordning av vården. Erfarenheterna från arbetet ger för handen att enhetscheferna har haft en viktig roll i att skapa förutsättningar för de integrerade insatserna som genomförts på avdelningen där barnet bott. Enhetschefens ansvar att fördela och prioritera arbete samt överblicken över t.ex. personalresurser och andra resurser, rutiner och säkerhetsarbete har stärkt förutsättningarna för hållbar planering och samordning.

Institutionschefernas bedömning av hur integrerad vård påverkar behovet av bemanning har varierat mellan ungdomshemmen. Vårdsamordnaren har beskrivits som central och nödvändig för projektets genomförande eftersom vårdsamordnarens arbete avlastat redan ansträngda funktioner som sjuksköterska och behandlingssekreterare. Några institutionschefer beskrev en tydligt ökad belastning för medarbetarna, och då särskilt behandlingssekreterarna. Andra institutionschefer såg en större utmaning i att få tiden att räcka till, och att parallellt hinna genomföra obligatoriska aktiviteter i integrerad vård och den ordinarie vården. Flera institutionschefer lyfte behovet av ökad bemanning för att kunna möta upp BUPs personal för samverkan och gemensamt genomförande av vårdaktiviteter. Flera institutionschefer nämnde också behovet av tid för kompetenshöjande insatser för att kunna optimera samverkan med BUP i den integrerade vården. Inom ramen för integrerad vård har BUP genomfört handledning med koppling till specifika ärenden, men också bredare utbildningsinsatser för hela personalgrupper kopplade till bemötande av olika tillstånd och vårdbehov. Detta har varit uppskattade insatser som har upplevts leda till ökad samsyn och bättre förutsättningar för det integrerade arbetet.

Iakttagelser kopplade till samverkan med regionerna och kommunerna

Rutinerna för integrerad vård ger tydliga anvisningar för hur samverkan mellan SiS och BUP ska genomföras i vården runt de enskilda barnen. Erfarenheterna från den första perioden av integrerad vård har bekräftat att gemensamt beslutade arbetsformer är en absolut förutsättning för att få samverkan att fungera. Såväl ungdomshemmens medarbetare som regionens personal har upplevt att rutinerna gett stöd och underlättat i samverkan, samtidigt har man lyft fram att de olika momenten i vårdprocessen varit tidskrävande, och önskemål om en vidareutveckling mot enklare rutiner har förts fram.

Olika syn på vården

I vårdsamordningen och genomförande av vård runt enskilda barn har BUP och SiS i de flesta fall varit ense om barnens vårdbehov och hur dessa bäst ska bemötas, men utmaningar har noterats. I vissa ärenden har regionerna rapporterat om svårigheter att få genomslag i sina rekommendationer kring bemötande och omvårdnad. Exempelvis har det handlat om att BUPs rekommendationer inte bedömts vara förenliga med SiS säkerhetsarbete runt barnet, eller att BUP och SiS haft olika synsätt på barnets symtom och beteenden. Av SiS har säkerhetsarbetet framhållits som en viktig del av att skapa en trygg vårdmiljö och på så vis skapa goda förutsättningar för vårdinsatser, medan BUP har uttryckt att säkerhetsarbetet har skapat hinder för att möta barnens vårdbehov på ett flexibelt och anpassat vis. I andra ärenden har inte BUP upplevt att önskvärda resurser funnits tillgängliga för att skapa en optimal vårdmiljö för ett enskilt barn. SiS har dock haft utmaningar med att till fullo tillmötesgå sådana önskemål då avdelningens resurser ska fördelas mellan alla barn som vårdas där, även de barn som inte omfattas av integrerad vård.

BUPs personal har i högre utsträckning än vad som kunnat genomföras önskat att få tid med avdelningspersonalen på SiS för att i enskilda ärenden utveckla kravanpassning och bemötande i vardagen. När det inte gått att genomföra har det oftast rört sig om att medarbetare inte kunnat frigöras för t.ex. extra handledningstillfällen. Graden av integrering diskuteras återkommande i nationella projektforum för integrerad vård. En risk som tidigt identifierades i projektet var att det istället för integrerad vård utvecklas parallell vård, d.v.s. att barnen får ordinarie BUP-insatser på sitt SiS-boende med följden att det då inte utvecklas en ny integrerad vårdform. Förslag om att öka integreringen genom att i högre grad samlokalisera vården har framförts från olika håll, bland annat av Socialstyrelsen. Att under pågående projekt tillskapa en eller flera avdelningar för integrerad vård i SiS verksamhet bedöms emellertid av SiS som alltför komplext. Förutsättningarna för samlokalisering är inte utredda, det är t.ex. inte klarlagt om och hur regelverken påverkar samlokalisering, hur ansvarsfördelningen skulle kunna organiseras, vilka placeringsformer som skulle användas och hur frivilligheten avseende hälso- och sjukvård skulle kunna hanteras.

Oklara ansvarsgränser

Att SiS hälso- och sjukvårdsorganisation är begränsad, otydligt kravställd och olika organiserad och bemannad på ungdomshemmen har också skapat utmaningar i samverkan, t.ex. genom att insatser som varit genomförbara på ett ungdomshem inte gått att genomföra på ett annat. Detta har bland annat skapat oenighet och svårigheter mellan SiS och BUP vid återgång till ungdomshemmen efter att barn vårdats i psykiatrins heldygnsvård. Det har då sett olika ut vilka insatser ungdomshemmen ansett sig kunna ge. Som exempel hade ett ungdomshem med hänvisning till SiS riktlinjer sagt att de inte kunde hantera och distribuera vissa typer av läkemedel och att barnet därför behövde kvarstanna på sjukhus så länge dessa läkemedel var nödvändiga. På andra ungdomshem distribuerades samtidigt samma typ av läkemedel utan komplikationer. I bedömningen av om ett barn är färdigbehandlat på sjukhus ingår att bedöma vilka förutsättningar för

fortsatt omvårdnad som finns i barnets boendemiljö. Så länge olika SiS-hem har olika förutsättningar för och inställning till vilka hälso- och sjukvårdsuppgifter de kan och ska ansvara för, kommer samsyn mellan huvudmännen kring *var* barn med omfattande hälso- och sjukvårdsbehov ska vårdas vara svår att nå.

Utvecklingen av integrerad vård synliggör andra utvecklingsbehov

Integrerad vård ska riktas till barn med mycket omfattande och komplexa behov. Arbetet med att identifiera vilka ungdomar som är i behov av integrerade insatser har tydliggjort att det finns en, förmodligen relativt stor, grupp barn och unga som är i behov av barnpsykiatriska insatser men som inte uppfyller alla inklusionskriterierna för integrerad vård. Dessa barn får sällan tillgång till barnpsykiatrisk specialistvård under placeringstiden. Ungdomshemmen beskriver att de sällan skickar remisser till BUP eftersom väntetiderna brukar vara långa och det ofta är ovisst hur länge barnen ska vara placerade inom SiS. Istället får barnet nödvändiga hälso- och sjukvårdsinsatser som läkemedelsbehandling och stödsamtal, via ungdomshemmens konsultläkare och ungdomshemmens hälso- och sjukvårdspersonal. Vid akuta tillstånd kontaktas psykiatrien men den samlade erfarenheten är att om barnet tas emot leder det mycket sällan till någon fortsatt vård efter att den akuta situationen har hävts. BUP-teamen i pilotverksamheterna, särskilt på Folåsa, beskriver att de ser att många barn på SiS behöver ordinarie BUP-vård, och att vården av olika skäl skulle behöva ges till barnen på ungdomshemmen. Samma problem finns i övergången till annan BUP-vård när den integrerade vården ska avslutas. Om barnet ska vara kvar på ungdomshemmet när den integrerade vården har uppnått målen och avslutas, är det sannolikt att barnet behöver öppenvård. Regionerna erbjuder inga garantier för att öppenvården i närtid kan ta vid och erbjuda fortsatt vård till barnet. Detta ökar risken för att den integrerade vården fortsätter så länge barnet blir kvar på ungdomshemmet.

Erfarenheterna från de första månaderna av integrerad vård gör gällande att de nya arbetsformerna inte bara ställer krav på samverkan mellan SiS och BUP. Det ställer också nya krav på intern samverkan och verksamhetsutveckling för både SiS och regionerna. För SiS del rör detta bland annat behovet av att förtydliga och enhetliggöra SiS hälso- och sjukvårdsorganisation. SiS behöver också bidra till att barn och unga som behöver psykiatrisk specialistvård får tillgång till det genom att remittera till regionernas psykiatriska enheter. Regionerna i sin tur behöver utveckla kapacitet att möta vårdbehoven hos placerade barn och unga och utveckla arbetsformer som ökar tillgängligheten och möjliggör vård på barnens villkor.

SIP och samverkan med kommunerna

Rutinen för integrerad vård ger anvisningar för hur samverkan med de placerande kommunerna ska genomföras. Socialtjänsten har en central roll i samverkan kring barnets långsiktiga planering och att barnet får en obruten vårdkedja. Erfarenheterna från pilotarbetets första månader har visat att kommunernas beredskap för att tidigt ta en aktiv roll i planeringen framåt varierar, och att kommunerna ibland vill avvakta med att t.ex. starta en SIP. I pilotarbetet har det blivit tydligt att även ungdomshemmen har olika beredskap för att stödja att SIP-arbetet kommer till stånd. Ungdomshemmen har

ofta etablerade rutiner för samverkan med placerande socialtjänst och vid några ungdomshem och avdelningar ser man vinster med att hålla kvar vid ordinarie rutiner och risker med att övergå till SIP-strukturen. SiS behöver bidra till ett aktivare arbete med SIP i integrerad vård. Regeringsuppdragets anvisningar är att den integrerade vården ska ta sikte på långsiktiga lösningar och en obruten vårdkedja för barnen efter att SiS-vården avslutats. Kompetenshöjande insatser om SIP-arbete har genomförts i en av pilotverksamheterna och diskussioner om hur SIP-arbetet kan stärkas förs nu i alla pilotverksamheter.

Hälsoundersökning

Som tidigare nämnts hade barnen vid aktualisering i mycket låg utsträckning genomgått den hälsoundersökning som ska erbjudas alla barn inför placering utanför hemmet. För de barn där integrerad vård bidragit till att en sådan hälsoundersökning kommit till stånd har hälsoundersökningen, i kombination med en förnyad barnpsykiatrisk bedömning, skapat en värdefull helhetsbild av barnets hälso- och sjukvårdsbehov. Den integrerade vården har sitt primära fokus på psykiatriska vårdbehov och hälsoundersökningen kan bidra till en helhetssyn där kunskapen om barnets övriga vårdbehov också kan tas omhand på både kort och lång sikt. Målsättningen är att alla barn i integrerad vård ska erbjudas en hälsoundersökning och olika initiativ för att aktivera barnets socialtjänst och att underlätta genomförande har tagits på ungdomshemmen och i vissa regioner. Även nationellt i projektet förs dialog om vikten av hälsoundersökningarna, t.ex. i referensgrupper med socialtjänstföreträdare och med SKR.

Gällande regelverk påverkar möjligheterna att samverka

Som tidigare nämnts medger inte lagstiftningen gemensam vårddokumentation i den integrerade vården. Att SiS och BUP inte kan ges läsrätt i varandras patientjournaler har ställt höga krav på att nödvändig information överförts på andra vis, vilket skapat merarbete samt dubbeldokumentation. Såväl ungdomshemmen som BUP har rapporterat avsaknad av gemensam dokumentation som ett bekymmer och flaggar för risker avseende patientsäkerheten. Särskilt har risker som uppstår vid avancerad läkemedelsbehandling uppmärksammats.

Sekretesslagstiftningen har försvårat vissa delar det motivationsarbete BUPs personal önskat genomföra. BUP har rapporterat att många barn som inkluderats har upplevts som delvis ambivalenta till att träffa BUPs personal och att det hade kunnat underlätta för barnen om BUPs medarbetare hade haft möjlighet att sakta bygga relation och förtroende genom att vistas mer i barnens boendemiljöer. Eftersom barnen har bott på avdelningar tillsammans med barn som inte varit föremål för BUP-vård, och som inte lämnat några samtycken, har sådana aktiviteter ställt höga krav på planering och att övriga barns rättigheter tillvaratagits.

Inför uppstart av integrerad vård fanns farhågor om att samtyckesinhämtningen skulle upplevas som krånglig och administrativ av barn och vårdnadshavare. Det fanns också

en oro över att det skulle dra ut på tiden och försena uppstart av behövliga insatser. Att SiS och BUP inte kan inhämta gemensamma samtycken har i praktiken betytt att föräldrarna har kontaktats av både SiS och BUP i olika samtyckesfrågor. Erfarenheterna är att samtyckesinhämtningen fungerat i huvudsak väl. Från någon av pilotverksamheterna rapporteras att ett flertal föräldrar ställt frågor om varför SiS och BUP inte samordnar sig bättre, eftersom de upplever att de måste samtycka till samma sak vid flera tillfällen. Generellt har emellertid önskemålen om förenklade samtyckesprocedurer i högre utsträckning kommit från de professionella än från barn och vårdnadshavare.

Av informationssäkerhetsskäl har informationsöverföringen mellan SiS och BUP behövt ske vid fysiska möten eller per telefon i de pilotverksamheter där parterna inte har kunnat upprätta en säker lösning för krypterad mail. Samma gäller för de pilotverksamheter som inte har kunnat upprätta en säker lösning för digitala möten. Erfarenheterna från integrerad vård visar att tillgång till säker digital kommunikation via mail och i digitala mötesrum har effektiviserat informationsöverföring, ökat tillgängligheten och förenklat planering och möteslogistik. Frånvaron av digitala möjligheter att kommunicera har skapat risker för informationsbortfall, ineffektiv tidsanvändning och personuppgiftsincidenter. SiS centrala projektorganisation har upprättat en intern dialog med de enheter inom SiS som ansvarar för myndighetens anslutning till Säker digital kommunikation (SDK), Inera/SKR. Integrerad vård har i dessa dialoger bedömts lämpligt för att pilottesta SDK inom SiS. En dialog med Västra Götalandsregionens IT-avdelning har initierats och ett ömsesidigt intresse för att pröva SDK inom ramen för integrerad vård finns.

Under våren 2023 rekryteras en jurist till integrerad vård. Syftet med rekryteringen är att med ett verksamhetsutvecklande perspektiv utreda hur regelverken påverkar SiS möjligheter att genomföra integrerat arbete med andra huvudmän och vilka regeländringar som skulle kunna öka förutsättningarna för god och patientsäker samverkan.

Iakttagelser kopplade till ungdomshemmens förutsättningar avseende lokaler, bemanning, kompetens och bemötande

För att löpande samla information om förutsättningarna för att bedriva integrerad vård av god kvalitet på ingående ungdomshem inhämtas varje månad uppgifter från myndighetens ordinarie verksamhetsuppföljning, systematiska kvalitetsarbete och ungdomshemmens egenkontroll. Verksamhetsanalyserna under de månader under 2022 som hemmen deltagit i integrerad vård, visar att alla ungdomshem utom ett, vid minst en månadsanalys, bedömts ha vissa brister. Tre av ungdomshemmen har uppvisat allvarliga brister under en eller två månader. Bristerna handlar främst om avsaknad av anpassade lokaler, svårigheter att bemanna, men också om ökat användande av tvångsåtgärder och brister i medarbetarnas bemötande.

Trots att verksamhetsuppföljningen visar på allvarliga brister har den integrerade vården kunnat genomföras på alla ungdomshem och rapporterats fungera i huvudsak väl. SiS har löpande arbetat för att åtgärda lokala brister och utveckla vårdinnehåll för att bättre möta de placerade barnens vårdbehov. Ungdomshemmen som uppvisat allvarliga brister har genom upprättade handlingsplaner genomfört omfattande satsningar med t.ex. kompetenshöjande insatser, tät uppföljning av rättstillämpning och tillförts stöd i bemannings- och rekryteringsfrågor.

Det finns några exempel från den integrerade vården där rapporterade brister *kan* ha haft en koppling till ungdomshemmets förmåga att över tid ge den integrerade vården bästa möjliga förutsättningar. Vid en pilotverksamhet har BUP-teamet efterfrågat mer samarbete med avdelningspersonalen vilket i perioder inte kunnat genomföras med hänvisning till hög beläggning i kombination med en ansträngd bemanningssituation. Svårigheten att bemanna har under samma perioder indikerats som brister identifierade i verksamhetsuppföljningen. Vid ett annat ungdomshem, där brist på anpassade lokaler uppmärksammades i verksamhetsuppföljningen, påverkades ett integrerad vård-ärende av ungdomshemmets begränsade förmåga att anpassa vårdmiljön och boendet efter barnets vårdbehov.

Av regeringsuppdraget framgår att de tänkta målgrupperna och vissa typer av vårdbehov ställer höga krav på specialisering av verksamheten. Hittills har arbetet med att etablera integrerad vård på ungdomshemmen i viss mån präglats av att regeringsuppdraget inte vidare klargör hur den sociala delen av den integrerade vården avgränsas och vad den ska innehålla. De första erfarenheterna av integrerad vård har visat att barnen som aktualiserats i hög utsträckning har vårdats i enskildhet, att barnen presenterat komplexa psykiatriska vårdbehov, låga funktionsnivåer och höga nivåer av våld och utagerande. Detta avspeglar vårdbehov som i hög grad ställer krav på anpassade och säkra lokaler. Det ställer också krav på hög bemanning och att medarbetare rustas med kompetens att bemöta såväl funktionsnedsättning som olika typer av psykiatriska tillstånd. Det har också inkluderats barn där det visat sig att SiS och BUPs ordinarie resurser inte gemensamt räckt till för att skapa optimala lösningar för att möta vårdbehoven. Oftast rörde bristerna tillgång till anpassade boendelösningar och

tillgången till hälso- och sjukvårdsutbildad personal i SiS verksamhet. Efterhand som ärenden avslutas kommer kunskaperna om vilka långsiktiga lösningar som bedömts lämpliga att öka, vilket kan bidra med kunskap om hur den integrerade vården inom SiS behöver utformas. I takt med att kunskapen om barnen och vilka insatser de behöver växer kommer det att bli viktigt att löpande dokumentera vilka resurser som krävs för att möta barnens vårdbehov, vilka av dessa resurser som finns tillgängliga i verksamheten idag och vilka som behöver tillföras.

Kostnader avseende lokaler och utrustning

Ungdomshemmen har överlag inte genomfört några betydande strukturella förändringar i förhållande till den integrerade vården. Bilden som ges av institutionscheferna är att ungdomshemmen är flexibla och vana vid att lösa de behov som uppstår och deras bedömning är att integrerad vård hittills inte har inneburit några egentliga merkostnader. På ett ungdomshem har BUP fått tillgång till ett särskilt arbetsrum, men fler institutionschefer ser behovet av lämpliga permanenta lokaler för ändamålet. Flera ungdomshem signalerar att möjligheten att erbjuda arbetsrum och möteslokaler för BUP-personal är begränsade. SiS är generellt inte utrustade för att bedriva avancerad hälso- och sjukvård och utrustning som t.ex. BUPs läkare är vana vid att ha tillgång till finns inte alltid på plats. Vissa inköp av kontorsmöbler och utrustning och larmtelefoner har genomförts på ungdomshem där BUP finns på plats flera dagar per vecka. En reflektion från en av institutionscheferna var att närvaron av ytterligare en arbetsgrupp på plats på ungdomshemmet i förlängningen innebär ökade kostnader som är svåra att uppskatta, men viktiga att ta med i beräkningen om integrerad vård blir permanent. Institutionschefernas samlade bedömning är att integrerad vård på sikt inte ryms inom befintlig budgetram och att det inför slutrapportering blir ett viktigt arbete att mot bakgrund av de erfarenheter som pilotverksamheterna genererar, beräkna och budgetera för de kostnader som integrerad vård kan innebära.

Vinster av integrerad vård

De samlade erfarenheterna är att integrerad vård, trots utmaningarna, har gett tillgång till vårdinsatser och arbetssätt som inte hade varit möjliga att genomföra i BUPs öppenvård. När BUP är på plats ökar möjligheten till flexibilitet gällande möten med barnet. Hög tillgänglighet och tät kommunikation i teamet för integrerad vård har bidragit till en snabbare handläggning vilket medfört en kortare tid mellan remiss och vårdens uppstart. Samarbete kring kartläggning och utredning har klargjort barnets vårdbehov och bidragit till att en gemensam kunskap om barnets vårdbehov har etablerats. Barnens läkemedelsbehandling har i många fall setts över och BUP-läkarna har haft ett nära samarbete med SiS sjuksköterskor i uppföljning av utfallet. Rätt diagnostik och läkemedelsbehandling har gett bättre förutsättningar för adekvata insatser och anpassat bemötande. BUPs bidrag med handledning avseende anpassningar och bemötande har varit uppskattade inslag som ofta skapat mer samsyn och ökad förståelse för barnens problematik.

Genomförandet av hälsoundersökningar, i kombination med en förnyad barnpsykiatrisk bedömning, har skapat en helhetsbild av barnets hälso- och sjukvårdsbehov.

I flera ärenden där våldsamt utagerande var en väsentlig del av problembilden, och tvångsåtgärder användes frekvent, kunde den integrerade vården snabbt göra skillnad. Med t.ex. optimering av läkemedelsbehandling, kunskapsöverföring från BUP till SiS om barnets tillstånd och vårdbehov, och handledning av avdelningspersonalen stärktes förutsättningarna för enhetligt och tryggt bemötande. I dessa fall iaktogs förbättrat mående och högre funktion hos barnet, minskade tvångsåtgärder och färre akutbesök och inläggningar i psykiatri.

I det gemensamma bedömnings- och behandlingsarbetet har SiS och BUP kunnat formulera gemensamma rekommendationer till socialtjänsten och underlätta planeringen framåt för en obruten vårdkedja. I SIP-processerna som initierats har barn, föräldrar, socialtjänsten och andra centrala aktörer involverats. Arbetet med barnens anhöriga och övrigt nätverk har stärks och föräldrars inställning till att söka hjälp och ta emot vård har ökat. Den integrerade vården har också bidragit till stabilitet och långsiktighet i vårdkedjan genom tydliga överlämningar och rekommendationer till mottagande vårdenhet.

Arbetet med integrerad vård framåt

Genomgången av arbetet så här långt och uppföljningsresultaten har ringat in ett antal områden som behöver prioriteras i det fortsatta arbetet med att utveckla integrerad vård. En del av utvecklingsarbetet handlar, och har handlat, om avgränsningar för att klargöra vad integrerad vård ska vara. Exempel som tagits upp i rapporten är avgränsningen av målgruppen, vilka barn behöver integrerad vård och varför, och avgränsningen mellan integrerad vård och andra samverkansformer mellan SiS och regionerna. När en avgränsning runt en viss fråga börjar få konturer synliggörs ofta nya frågor. Det gäller även här. I avgränsningen av målgruppen för integrerad vård synliggörs den större grupp barn på SiS som också har omfattande vårdbehov, men som inte faller inom ramen för uppdraget. När samverkan i den integrerade vården tar form, framträder frågan om hur samverkan runt barnen som inte kan ges integrerad vård ska organiseras. Följande områden för fortsatt arbete rör därför i vissa fall bredare frågor än enbart integrerad vård, där utvecklingsarbetet med integrerad vård behöver ske i nära samverkan och parallellt med andra utvecklingsarbeten som pågår i myndigheten.

Enhetlig metod för vårdbedömning och differentiering: SiS eftersträvar att integrerad vård blir en del av SiS ordinarie vårdutbud. SiS behöver utveckla en enhetlig, transparent, systematisk och spårbar vårdbedömning som stärker möjligheterna att så tidigt som möjligt under placeringen kunna matcha barn och ungas vårdbehov mot rätt SiS-tjänst. Målgruppen för integrerad vård är överlappande mot t ex målgruppen för SFA och STB. Med enhetlig metodik och systematisk uppföljning kan SiS bygga upp kunskap som stärker förmågan att differentiera och stärker förutsättningarna för god matchning mellan vårdbehov och vårdutbud. Bedömningsstödet som utvecklats för att kartlägga vårdbehov kan bli ett viktigt bidrag i arbetet och kan med enkla medel vidareutvecklas och anpassas för myndighetsövergripande tillämpning. Vidare behöver bortfallet av normerade bedömningar åtgärdas. Det rör de särskilda skattningar som används i integrerad vård, men det rör också andra riktlinjestyrda skattningar som ADAD och RBM-bedömningar.

Specialisering av integrerad vård: I integrerad vård vårdas barn med omfattande psykiatriska vårdbehov i kombination med sociala vårdbehov. Uppföljningen så här långt visar att barnen presenterar höga nivåer av våld och utagerande och att många behöver enskild vård. Tidigare utsatthet för våld och misstankar om olika grader av traumatisering förekommer hos den absoluta majoriteten. I integrerad vård får barnen ett högkvalificerat bemötande av sina hälso- och sjukvårdsbehov genom regionernas specialistvård. SiS behöver under 2023 och 2024, parallellt med att vi lär oss mer om barnens vårdbehov, ta ställning till och formulera vilken specialisering som krävs för att skapa en lämplig omvårdnadsmiljö för integrerad vård. Det rör hur lokaler behöver vara utformade och utrustade, med vilka professioner och roller vården behöver bemannas och vad avdelningspersonalen behöver ha för kompetens. Det rör också vilka bemanningsnivåer som krävs för att skapa utrymme för att behövliga samverkansaktiviteter runt barnen ska kunna komma till stånd. Strategier för att motverka vårdavbrott samt att erbjuda specialiserad kompetens för nätverksarbete och

Samverkan kan också vara viktiga komponenter för att den integrerade vården ska kunna bidra till stabilitet i barnets vårdkedja framåt. En annan central fråga handlar om graden av integrering och samlokalisering med regionerna. Frågor som behöver utredas kopplat till det rör t.ex. i vilken utsträckning det är lämpligt att samla barn med mycket omfattande problematik på en och samma enhet, och i så fall hur många platser en sådan avdelning bör ha. Det är emellertid oklart hur långt frågan om samlokalisering kan utredas, eller prövas, inom det pågående projektet. Regionernas ansökningar om statsbidrag utgår från andra organiseringsformer och frågor om t.ex. placeringsformer och juridiska frågor kopplade till vårdens frivillighet är inte klarlagda avseende samlokalisering.

Sis hälso- och sjukvård behöver ges en enhetlig utformning, roller och uppgifter behöver avgränsas och förtydligas: Barnen i integrerad vård har omfattande hälso- och sjukvårdsbehov där det ofta förekommer mycket avancerad läkemedelsbehandling. För att kunna avgöra hur SiS och BUP ska samverka i hälso- och sjukvårdsfrågor behöver SiS hälso- och sjukvårdsuppdrag avgränsas tydligare. SiS hälso- och sjukvårdspersonal behöver veta hur deras roller och uppgifter är avgränsade och vad de ska bidra med för kompetens i det integrerade arbetet. Regionernas läkare behöver veta vilka förutsättningar för att bedriva hälso- och sjukvård som finns på SiS ungdomshem, inte minst när det gäller att bedöma om och när ett barn behöver vårdas på sjukhus för att få sina hälso- och sjukvårdsbehov tillgodosedda.

Socialtjänsten behöver involveras mer i den integrerade vården och SiS-placerade barn behöver ges tillgång till regionernas hälso- och sjukvårdsutbud. Socialtjänsten är en central aktör i barnens vårdkedja. För att lyckas med målsättningen obruten och långsiktig vårdkedja för barnen behöver placerande socialtjänst vara en aktiv part i den integrerade vården redan från början. SiS behöver bidra till att bredda samverkan med socialtjänsten bland annat genom att stärka information och dialog inför uppstart av integrerad vård och genom att bidra till att SIP-processer kommer till stånd redan i uppstartsfasen.

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. En hög andel av SiS placerade barn- och unga behöver tillgång till regionernas hälso- och sjukvårdsutbud och här behöver SiS i ökad utsträckning bidra genom att remittera barn med behov av barnpsykiatriskt stöd till BUP. Regionerna kommer behöver möta upp med flexibla former av vård, t ex mobila team, som kan ge barnen vård på deras villkor.

Tydliggöra hur gällande lagstiftning och regelverk påverkar SiS förutsättningar för integrerade vårdformer. Erfarenheterna från den inledande perioden av integrerad vård

har visat att gällande regelverk, och hur dessa tolkas och tillämpas inom SiS verksamhet, påverkar förutsättningarna för integrerad samverkan i flera avseenden. För att SiS ska kunna bidra till förslag om långsiktiga lösningar för målgruppen behöver de juridiska förutsättningarna klarläggas ytterligare och utvecklingsbehov identifieras och kommuniceras. SiS behöver undersöka om det finns utrymme och möjligheter att utveckla tillämpning av gällande regler i en riktning som gynnar samverkan. Vidare är det angeläget att identifiera behov av regeländringar som bidrar till att SiS ges bättre förutsättningar att samverka. En central juridisk fråga rör informationsdelning och möjligheterna för SiS att upprätta gemensam vårddokumentation med regionerna. Andra frågor rör informationssäkerhet och möjligheter till olika former av digital kommunikation, för såväl patientarbete som samverkan mellan huvudmännen, via t.ex. e-post och i säkra digitala mötesrum.

Att frågan om samlokaliserad vård mellan SiS och BUP diskuteras i projektet aktualiserar frågor som rör ansvarsfördelning, placeringsformer och hälso- och sjukvårdens frivillighet.

Fortsätta att utveckla arbetet med barnrätt och barnens delaktighet i vården. Ett grundläggande arbete har gjorts och uppföljningen visar att barnen ges möjligheter till delaktighet. Delaktigheten kan dock stärkas ytterligare genom t.ex. kompetenshöjande insatser till SiS medarbetare. Att arbeta mer strukturerat med prövningar av barnets bästa kan öka fokus på barnets behov och önskemål i situationer då huvudmännen inte är eniga i arbetet. Att löpande inhämta barnens synpunkter och upplevelser av den integrerade vården stärker inte bara deras möjligheter till delaktighet och påverkan, utan stärker även pilotarbetets möjligheter att justera, bygga ut, revidera och tänka nytt avseende metod- och verksamhetsutveckling. Den integrerade vårdformen är till för barnen och ska ges utifrån deras behov och förutsättningar och det blir därmed naturligt att det är just dessa behov och förutsättningar som styr utvecklingsarbetet.