

2024-11-13

Dnr: 1.1.3-4210-2024

Delrapport 2 Integrerad vård inom SiS

Uppföljning av Integrerad vård 2023

Innehåll

Sammanfattning	5
Bakgrund	7
Regeringens uppdrag – att förbättra vården för vissa SiS-placerade barn	7
Integrerade vårdinsatser av god kvalitet – ett övergripande projektmål	7
Vissa gemensamma ramar	8
Socialstyrelsens samordning	8
SiS förutsättningar för att delta i utvecklingsarbetet	9
Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering	10
SiS uppföljning	10
Inriktningar och prioriteringar utgår från uppföljningsresultat	12
Socialstyrelsens bedömningar blir till prioriteringar	13
Oberoende halvtidsutvärdering identifierar förbättringsområden	15
Disposition och begrepp i rapporten	15
Del 1 - Barnen i projektet och deras behov av vård	18
Att bedöma vårdbehov – från aktualisering till inkludering	18
Barnen som aktualiserades för integrerad vård	19
Barnens ålder och kön	19
Bortfall – barnen som aktualiserades men inte inkluderades	20
Demografiska uppgifter om barnen	21
Lagrum och placeringsorsaker	22
Fördelning på behandlingsavdelningar och MBB-avdelningar	23
Socialtjänstens vårdplaner – barnens sociala vårdbehov	23
Händelser i barnets vård innan inklusion i integrerad vård	25
RBM, risk, behov och mottaglighet	25
Droganvändning, riskbruk och missbruk	26
Utsatthet för våld och försummelse	26
Olika typer av beteendeproblematik	26
Användning av särskilda befogenheter och andra åtgärder	27
Psykiatrisk problematik	28
Fastställda diagnoser	28
Kliniska symtom	29
Tidigare kontakt med psykiatri, hälsoundersökning och SIP	30
Vårdtid	31

Avdelningstyper	32
Vårdinnehåll	32
Användningen av särskilda befogenheter	34
Sjukhusvård och psykiatriska tvångsåtgärder	35
Integrerad vårdplanering	36
Barnens delaktighet	36
Samverkan mellan SiS, BUP och Socialtjänst	36
Placering efter avslut av integrerad vård	36
Del 2 – Utvecklingsarbetet sedan förra delrapporten	38
Vilka barn behöver integrerad vård?	38
Vårdbehovsbedömning och differentiering	38
Fortsatta gemensamma ansträngningar för att identifiera målgruppen	40
Den integrerade vårdens utformning och innehåll	42
Om integrering av vården i pilotverksamheterna	43
Pilotverksamheternas erfarenheter av att öka integreringen	44
Integrerad vård – samtidiga sociala och psykiatriska insatser	47
Integrerad vård ställer höga krav på vårdmiljön	50
Samtidig vård och säkerhet – säkerhetsarbetet behöver också integreras	51
Den integrerade vården ställer krav på medarbetarnas kompetens	53
SiS bemanning av integrerad vård	54
Vårdsamordning	54
Avdelningspersonalens kompetens	55
Bemanning och rekrytering av personal inom SiS	56
Kompetenshöjande insatser i projektet	56
Avdelningspersonalens kompetens behöver förstärkas	57
Barnets delaktighet och inflytande	59
Hemmens och avdelningarnas uppdrag påverkar vårdinnehållet	59
Regionernas bemanning och resurser	62
Mobila team eller vård på plats	63
Psykiatrisk slutenvård behöver vara en del av integrerad vård	63
Barn har behövt och fått nationell högspecialiserad vård	64
Projektgemensamt utvecklingsarbete om vårdinnehåll	64
Andra förutsättningar för den integrerade vården	65

Samtyckeshantering	65
Integrerad vård ställer höga krav på informationsdelning	65
Digital samverkan ger möjligheter	66
Särskilda befogenheter i den integrerade vården	67
SiS platsbrist påverkar utveckling och genomförande av integrerad vård	69
Obruten vårdkedja – en utmaning	71
Samordnad individuell plan, SIP	72
Barn med komplexa vårdbehov kräver fler öppna placeringsformer	73
Försök med flexibla platser	73
Svårt att hålla samman den regionala vården	73
Del 3 – Utvecklingsområden i det fortsatta arbetet med integrerad vård	75
SiS interna arbete med att utveckla integrerad vård	75
Parallell utveckling: integrerad vård och SiS övriga utvecklingsarbete	75
Det nationella projektarbetets inriktning	79
SiS förespråkar en fortsatt bred kunskapsutveckling	79
Vidareutveckling av integrerade vårdformer behövs	79
Pågående utvecklingsuppdrag inom SiS med särskild relevans för projektet	80

Sammanfattning

Under åren 2021–2024 genomförs ett utvecklingsprojekt med syfte att utveckla och pröva former för integrerad vård vid nio av SiS ungdomshem. Föreliggande rapport gäller projektåret 2023 och inledningen av året 2024. Rapporten består av tre delar som i stora drag beskriver SiS aktiviteter i pilotarbetet och vilka kunskaper 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, tillsammans med regionerna.

I del 1 *"Barnen i projektet och deras behov av vård"*, redovisas uppgifter om barnen som fram till den 31 mars 2024 erbjudits och fått integrerad vård, med fokus på barnens vårdbehov. Uppgifterna ger en inblick i vad som karaktäriserar gruppen barn som hittills har bedömts ha behov av integrerade insatser. Eftersom projektet fortsatt är i genomförandefas kan de resultat som redovisas komma att förändras och ska därför betraktas som preliminära.

I del 2 *"Utvecklingsarbete sedan senaste delrapporten"*, beskrivs hur den integrerade vården har utformats avseende målgrupp, kompetens, vårdinnehåll och vårdmiljö. Avsnittet avslutas med en redogörelse av förutsättningar i projektet som på olika vis bedöms ha påverkat möjligheterna att tillgodose barnens vårdbehov.

I del 3 *"Utvecklingsområden i det fortsatta arbetet"*, beskrivs de utvecklingsområden som identifierats som väsentliga för att fortsätta utveckla integrerad vård för barn och unga som behöver det.

Arbetet med att vidareutveckla integrerad vård behöver ske i nära samverkan med ungdomshemmen där vården ges. SiS genomgår en omfattande förändrings- och utvecklingsprocess. Den fortsatta utvecklingen av integrerad vård behöver därför också utformas med hänsyn tagen till, och i samklang med, utvecklingen av SiS uppdrag och organisering.

Några utvecklingsområden som tas upp i rapporten är:

Vårdbedömnings- och differentiering av vården - SiS behöver fortsätta att utveckla former för enhetlig vårdbedömning på nationell nivå, som stärker möjligheterna att så tidigt som möjligt under placeringen kunna identifiera vårdbehov som ställer krav på särskilda anpassningar i vården. För barn och unga med omfattande psykiatriska vårdbehov kommer SiS vårdbedömningar att behöva kompletteras med en enhetlig struktur för samverkan med regionerna avseende vårdbedömning. I integrerad vård och andra framtida samverkansformer med regionerna behöver

regionernas ansvar och möjligheter att bedöma de behov av specialiserad vård som de förväntas tillgodose förtydligas.

Specialisering av integrerad vård - Barnen i integrerad vård har uppvisat vårdbehov som i hög grad ställer krav på särskilda anpassningar av vården. Lokaler, vårdmiljö, bemanning och vårdinnehåll för integrerad vård behöver vidareutvecklas i takt med att kunskapen om målgruppen växer.

Enhetlig, avgränsad och tydlig hälso- och sjukvård – 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.

Kontinuitet i den integrerade vården - SiS behöver bidra till en sammanhållen vård för barnen som inkluderas i integrerad vård, och aktivt motverka vårdavbrott som kan undvikas. Under vårdtiden på SiS kan det övervägas om SiS placeringsenhet ska ges en tydligare roll i utvecklingsarbetet, avseende den initiala placeringen. Genom att satsa på och stärka det interna arbetet med samordnad individuell plan (SIP) kan SiS bidra till att barnen så snabbt som möjligt kommer vidare till öppna placeringar och får en obruten vårdkedja efter vården på SiS.

Juridiska frågor - Nära samverkan med regionerna ställer nya krav på informationsdelning och arbete med informationssäkerhet. SiS behöver fortsätta, och intensifiera, arbetet med att skapa förutsättningar för säkra digitala kanaler mellan SiS och regionerna för såväl informationsdelning och e-post som för säkra mötesrum för samverkan och vårdkontakter för barnen. Ett annat viktigt område att utforska vidare rör möjligheterna att upprätta gemensam vårddokumentation. I integrerad vård är vidare sekretessfrågorna och hur dessa hanteras i vardagen av avgörande karaktär. Kunskaper och tillämpning behöver vidareutvecklas på ungdomshemmen för att den integrerade vården ska kunna genomföras på ett så rättssäkert sätt som möjligt

Bakgrund

Regeringens uppdrag – att förbättra vården för vissa SiS-placerade barn

Under åren 2021–2024 samordnar Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag som innebär att Statens institutionsstyrelse (SiS) och Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) arbetar integrerat i pilotverksamheter på utvalda ungdomshem. Målgruppen är barn som vårdas enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och har samtidigt komplexa psykiatriska vårdbehov.

Projektet är ett svar på en rapport som Socialstyrelsen publicerade år 2019, som utredde förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov.¹ Utvecklingsarbetet omfattar barn placerade på behandlingsavdelning eller avdelning för mottagning och behovsbedömning (MBB), och som samtidigt har stora behov av psykiatrisk vård. Ungdomar som fyllt 18 och ungdomar som verkställer slutna ungdomsvård (LSU) omfattas inte av utvecklingsarbetet.

Regionernas medverkan finansieras av statsbidrag, som Socialstyrelsen fördelar. SiS har tillförts resurser för projektledning och nationell samordning samt vårdsamordning lokalt på deltagande ungdomshem. Följande regioner och ungdomshem ingår i projektet:

- Region Östergötland i samverkan med SiS särskilda ungdomshem Folåsa – startade i mars 2022.
- Västra Götalandsregionen (VGR) i samverkan med SiS särskilda ungdomshem Brättegården, Fagared, Ljungbacken, Margretelund och Nereby – startade i april 2022.
- Region Skåne i samverkan med SiS särskilda ungdomshem Hässleholm – startade i oktober 2022.
- Region Stockholm i samverkan med SiS särskilda ungdomshem Rebecka och Tysslinge – startade i mars 2023.

Integrerade vårdinsatser av god kvalitet – ett övergripande projektmål

Projektets övergripande mål är att det ska finnas *integrerade vårdinsatser av god kvalitet* tillgängliga för vissa barn med komplex psykiatrisk samsjuklighet, som vårdas vid SiS. Insatserna ska förbättra vården för barnen under tiden på SiS och stärka möjligheter till utslussning till andra vård- och boendeformer utanför tvångsvården.

¹ Socialstyrelsen (2019). *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård.*

Projektets effektmål är att utveckla den kunskap som behövs för att föreslå en långsiktig nationell struktur för integrerad vård. Kunskapsutvecklingen avser:

- former för att erbjuda och ge integrerad vård,
- resultat för de barn som får integrerad vård och de organisationer som ger vården,
- strukturella förutsättningar för vården utifrån gällande regler: ansvarsfördelning, organisation, resurser.

Projektet har en explorativ ansats som innebär att arbetssätt och innehåll i pilotverksamheterna ska kunna anpassas utifrån de erfarenheter och lärdomar som praktiken ger. Pilotverksamheterna ska genom sitt arbete generera kunskap om vad som behövs för en långsiktig nationell struktur för integrerad vård.

Vissa gemensamma ramar

Det finns tre grundläggande krav på pilotverksamheterna i projektet. Kraven är gemensamma och anges i regeringens uppdrag och i villkoren för statsbidrag till regionerna:

1. Pilotarbetet ska genomföras inom ramen för *gällande regelverk och ansvarsfördelning* mellan huvudmännen.
2. Pilotverksamheterna ska använda gemensamma *inklusionskriterier*.
3. 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.

Därutöver kan varje region välja hur arbetet ska organiseras och insatserna integreras, utifrån lokala förutsättningar och ambitioner. Pilotverksamheterna skiljer sig således åt till exempel avseende hur regionerna dimensionerar och bemannar arbetet och hur många ungdomshem och barn som de väljer att inkludera i sitt upptagningsområde.

Socialstyrelsens samordning

Socialstyrelsen samordnar SiS och regionernas arbete och redovisar resultat till regeringen, i delrapporter och en slutrapport.

Socialstyrelsen inhämtar kunskap om genomförandet på flera sätt. Utöver den löpande kommunikationen i projektorganisationen, på projektmöten, styrgrupper och så vidare, skickar Socialstyrelsen ut frågor, så kallade kunskapsunderlag, till pilotverksamheterna, som SiS och BUP besvarar gemensamt. Det har skett vid tre tillfällen. Svaren sammanställs av Socialstyrelsen och utgör ett underlag till gemensamma lärandedagar och återrapporteringen till regeringen.

SiS förutsättningar för att delta i utvecklingsarbetet

Inför uppdraget om att utveckla och genomföra integrerad vård identifierade SiS risker som rörde förmågan 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 i början av projektet interna rutiner och arbetssätt. Dessa beskrivs närmare i SiS första delrapport.²

Socialstyrelsen identifierade också risker kopplade till genomförandet av integrerad vård på SiS ungdomshem. Riskerna rörde 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 förutsättningarna för att bedriva integrerad vård på ungdomshemmen.

Arbetsgrupper

Socialstyrelsen inhämtar också kunskap genom olika arbetsgrupper som tillsatts i projektet. Arbetsgrupperna består av företrädare från SiS och regionerna i pilotverksamheterna och projektmedarbetare från SiS och Socialstyrelsen. Grupperna arbetar med gemensamma utvecklingsfrågor på områden som identifierats och prioriterats som centrala i projektet. Nedan följer en översiktlig beskrivning av arbetsgruppernas uppdrag. Arbetsgrupperna resultatredovisar internt i projektet, två gånger om året.

- Arbetsgruppen kallad "Rättighetsgruppen" har ett uppdrag att stödja pilotverksamheterna att beakta perspektiv och rättighetsfrågor, med fokus på barnrätt och funktionsrätt, jämställdhet och brukarperspektiv.
- Arbetsgruppen kallad "Juristgruppen" har ett uppdrag att vägleda och ge stöd i juridiska frågeställningar i projektet.
- Arbetsgruppen kallad "Arbetsgruppen långsiktiga lösningar" har ett uppdrag att föreslå åtgärder för att stärka samverkan om vård- och boendeformer för långsiktiga lösningar med vårdgivare på barnets hemort.
- Arbetsgruppen kallad "Målgruppsgruppen" har ett uppdrag att definiera målgruppen som kan bedömas vara i behov av en ny vårdform, det vill säga barn som har så komplexa och sammansatta sociala och psykiatriska behov att de inte kan få sina vårdbehov tillgodosedda i befintliga vårdformer hos SiS och regionerna.

² Statens institutionsstyrelse (2022). *Delrapport 1: Integrerad vård inom SiS. Uppföljning av integrerad vård 2022*. Dnr. 1.1.4-3126-2023.

- Arbetsgruppen kallad "Vårdinnehållsgruppen" har i uppdrag att formulera ett förslag på vårdinnehåll för en ny integrerad vårdform som avser en helhetslösning.
- Arbetsgruppen kallad "Arbetsgruppen för uppföljningsfrågor" har ett uppdrag att samordna uppföljningen i projektet mellan regionerna, och mellan regionerna och SiS. Gruppen har varit vilande under 2023–2024.

Referensgrupper för placerande socialtjänster

Kommunerna är inte företrädare i projektorganisationen på motsvarande sätt som regionerna. De är inte heller omnämnda i regeringsuppdraget. För att fånga upp kommunernas erfarenheter av den integrerade vården bjuder projektet återkommande in placerande socialtjänster till referensgrupper. Det är socialsekreterare som är eller har varit ansvariga för ett barn som inkluderats i projektet som erbjuds att delta. Det är utredare på Socialstyrelsen och delprojektledare på SiS som är sammankallande.

Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen ansvarar för att lämna årliga delrapporter om projektet till regeringen och en slutrapport i september år 2025. Socialstyrelsen har ett övergripande ansvar för en *oberoende utvärdering* av projektet och har uppdragit genomförandet av en sådan utvärdering till Lumell Associates AB (Lumell). Lumells utvärdering ska belysa projektnivån (projektet som helhet), pilotverksamheterna och gränssnitten mellan de ingående verksamheterna. SiS och regionerna ska dokumentera och följa upp sina insatser i sina respektive ärende- och uppföljningssystem och ge underlag till Lumell.

Socialstyrelsen genomför också ett forskningsprojekt. Forskningsprojektet syftar till att utveckla kunskap om de barn som bedöms vara i behov av en integrerad vård, följa upp vårdens utfall på kort sikt ur ett individperspektiv samt ta del av hur barnen i projektet upplevt vården.³ Forskningsprojektet inhämtar information från SiS, BUP, inkluderade barn och placerande socialtjänst.

SiS uppföljning

SiS följer löpande upp den integrerade vården. 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

³ Socialstyrelsen (2022). *Utvärdering av pilotprojektet integrerad vård, ansökan Etikprövningsmyndigheten*. Dnr. 38921-2022-2.

utforskande och lärande under projekttiden, sammanställer SiS årsvis uppföljningsdata i delrapporter: Den första delrapporten presenterades i april 2023⁴ och delrapport två, föreliggande rapport, i december 2024. Slutrapporten beräknas vara klar i juni 2025.

⁴ Statens institutionsstyrelse (2022). *Delrapport 1: Integrerad vård inom SiS. Uppföljning av integrerad vård 2022*. Dnr. 1.1.4-3126-2023.

I denna rapport redovisas uppföljningsdata i del 1 nedan: "Barnen i projektet och deras behov av vård". En närmare beskrivning av SiS uppföljningsarbete finns i den uppföljningsplan som SiS har tagit fram för projektet.⁵ I uppföljningsplanen har följande områden identifierats som viktiga att dokumentera och följa över tid:

- Målgruppens storlek och vårdbehov.
- Rutiner för SiS genomförande av integrerad vård.
- Rutiner för samverkan med regionerna.
- Bemanning, kompetens, lokaler och budget för att genomföra vården.

Av regeringens uppdrag framgår att projektet ska analyseras ur ett jämställdhetsperspektiv. En sådan analys kommer att redovisas i projektets slutrapport och kan då vägledas av SiS inriktning för arbetet med jämställdhetsintegrering.⁶ I denna rapport redovisas könsuppdelad statistik i del 1. I del 2 refereras till en särskild satsning för att bättre möta flickors och kvinnors vårdbehov i verksamheten, som är ett svar på ett tidigare regeringsuppdrag till SiS.⁷

Inriktningar och prioriteringar utgår från uppföljningsresultat

Inriktningar och prioriteringar i projektet bygger på de samlade uppföljningsresultaten av SiS och regionernas arbete med att utveckla former för den integrerade vården. SiS arbete har senaste året fokuserat på de utvecklingsområden som redovisades i SiS första delrapport:⁸

- Vårdbedömsbedömning och differentiering – behov av en enhetlig modell för vårdbedömsbedömning.
- Utformning och specialisering – fokus på bemanning, kompetens, lokaler och gruppammansättning.
- Utformning av SiS hälso- och sjukvårdsuppdrag – behov av enhetlighet och förtydligande av roller och uppgifter.
- Socialtjänstens ansvar i den integrerade vården – att samverka för en långsiktig vårdkedja för barnen.
- SiS förutsättningar för integrerade vårdformer – tydliggörande av hur gällande lagstiftning och regelverk påverkar förutsättningarna.

⁵ Statens institutionsstyrelse (2023). *Utvärdering och uppföljning av Integrerad vård- Uppföljningsplan för Integrerad vård inom SiS*. Dnr 1.1.4-3126-2023.

⁶ Statens institutionsstyrelse (2021). *Inriktning för arbetet med jämställdhetsintegrering 2022–2025*. Dnr. 1.1.3-4382-2021.

⁷ Statens institutionsstyrelse (2022) *Samlad satsning för att bättre möta flickors och kvinnors behov inom tvångsvården – lägesrapport efter 1,5 års arbete*. Dnr 1.1.4-6459-2022.

⁸ Statens institutionsstyrelse (2022). *Delrapport 1: Integrerad vård inom SiS. Uppföljning av integrerad vård 2022*. Dnr. 1.1.4-3126-2023.

- Barnrätt – fokus på praktiken, särskilt barnets delaktighet i vården.

Prioriteringar har också gjorts med utgångspunkt i slutsatserna i Socialstyrelsens uppföljningar, med särskilt fokus på delrapporten som avser år 2023.⁹ Vidare har Lumells halvtidsutvärdering legat till grund för inriktningen i projektet.¹⁰

Socialstyrelsens bedömningar blir till prioriteringar

Socialstyrelsens övergripande slutsats i delrapporten från maj 2023 är att projektet har skapat en tydlig struktur för samverkan mellan SiS och regionerna och att den präglas av ett gemensamt fokus på att skapa en sammanhållen vård (a.a.). Regionernas bedömning i rapporten är att de har bättre förutsättningar än innan att tillhandahålla den psykiatriska vården.

Regionerna framhåller särskilt betydelsen av den kunskap de får tillgång till genom att barnet finns i SiS verksamhet. Barnet kan löpande ge uttryck för sina vårdbehov och ge respons på förändringar i måendet när interventioner och anpassningar prövas. SiS uppfattar i sin tur att situationen runt barnet stabiliseras i takt med att regionen uppmärksammar och tillgodoser barnets psykiatriska vårdbehov. Att regionerna går igenom barnets vårdshistorik och vårdbehov har inneburit att barn som haft olika problem och tillstånd en längre tid har kunnat få vård. Socialstyrelsen uppfattar att det fortsatt är en utmaning att hitta långsiktiga lösningar för barnets vård- och boende, inte minst för de barn som har de mest omfattande och komplexa vårdbehoven. Svårigheterna att arbeta långsiktigt relaterar till hur barnets hemkommun och hemregion är involverade, den samverkan beskrivs som otillräcklig.

Socialstyrelsen bedömer i rapporten från 2023 att bland andra följande projektaktiviteter behöver genomföras under 2023 och 2024:

- Fortsatt arbete för att tydliggöra vilka vårdbehov som behöver integrerade insatser från BUP och SiS tillsammans samt hur en integrerad vård mellan SiS och BUP kan bedrivas på SiS befintliga ungdomshem.
- Fortsatt arbete med att definiera omfattning och vårdbehov hos målgruppen som är i behov av en annan vårdform än parterna i dagsläget kan erbjuda och hur en sådan vårdform bör vara utformad.
- Fortsatt arbete för att stärka socialtjänstens delaktighet runt de barn som inkluderas.

⁹ Socialstyrelsen (2023). *Utveckling av integrerad vård för barn i SiS särskilda ungdomshem. Delrapport 2023.*

¹⁰ Lumell Associates (2023). *Utvärdering av pilotprojektet inom regional psykiatri och hos Statens institutionsstyrelses piloter för integrerad vård – Halvtidsutvärdering 2023.*

- Ökad kunskap om hur fortsatt vård efter den integrerade vården bör planeras och utformas.
- Se över förutsättningarna för att stärka nivån av integrering för barnen med de mest komplexa behoven. Projektet bör eftersträva att under pilottiden pröva särskilda avdelningar för integrerad vård. Dock behöver förutsättningarna för sådana först utredas.
- Se över frågor som rör barnets möjligheter att skilja på frivilliga insatser och insatser som ingår i den sociala tvångsvården i integrerad vård, och särskilt i en helhetslösning där både SiS och BUP bemannar en avdelning.
- Se över hur informationsdelningen mellan BUP och SiS bör se ut för att minska risken för att medicinska frågor "faller mellan stolarna".
- Ta fram kunskap om hur lämpliga lokaler för att bedriva integrerad vård i på lång sikt kan utformas.

Sammantaget beskriver Socialstyrelsen lovande resultat i delrapporten men pekar samtidigt på betydande risker. Riskerna handlar om att projektet ska stanna vid att kompensera för de allvarliga brister som identifierats i den ordinarie samverkan, att pilotverksamheterna ska arbeta för brett och inte tillräckligt integrerat. Socialstyrelsen bedömer också att det, med en bredare målgrupp, finns en risk för att projektet inte kommer att kunna besvara frågan om huruvida en integrerad vårdform för barnen med de största och mest komplexa behoven behövs. Socialstyrelsen konstaterar att frågor om ordinarie samverkan och hur den kan stärkas mellan SiS och regionerna ligger utanför projektet. Socialstyrelsen uppfattar samtidigt frågan om behovet av att utveckla den ordinarie samverkan som central, och har föreslagit att den hanteras i ett särskilt tilläggsuppdrag.

I Socialstyrelsens senaste delrapport (maj 2024) bekräftas tidigare resultat; att samarbetet mellan SiS och BUP leder till integrerad och förbättrad vård för barn som har behov av den och viktig ny kunskap. Socialstyrelsen konstaterar att särskilda avdelningar för integrerad vård inte har kunnat testas inom pilotprojektet och inte heller kommer att kunna testas under den återstående projektiden. Samtidigt uppfattar Socialstyrelsen att erfarenheterna hittills i projektet talar för att en mindre grupp barn med särskilt komplexa vårdbehov kan behöva en särskild integrerad vårdform. Det är inte utrett vad en sådan eventuell ny vårdform behöver innehålla för att vara effektiv och ändamålsenlig. Pilotverksamheterna förväntas kunna bidra med viktig kunskap i denna fråga genom sitt fortsatta arbete i projektet.¹¹

¹¹ Socialstyrelsen (2024). *Utveckling av integrerad vård för barn i SiS särskilda ungdomshem - Delrapport 2024*.

Oberoende halvtidsutvärdering identifierar förbättringsområden

Lumell redovisade sin halvtidsutvärdering i mars 2023. Lumells övergripande slutsats är att det är sannolikt att projektet genom en mer integrerad vård för barn placerade på SiS kan bidra dels till ett förbättrat arbete med utredning, vård och utslussning till andra vårdformer och dels till en förbättrad och effektiv vård för barn placerade på SiS. Lumell uppfattar vidare att projektet har förutsättningar att bidra till att bygga kunskap om integrerad vård på SiS ungdomshem.

Lumell uppfattning är att projektet våren 2023 ännu inte tagit fram en modell för en ny integrerad vårdform för de svårast sjukaste barnen. Lumell menar att den nivå av integrering som SiS och regionerna hittills utvecklat och prövat i de fyra pilotverksamheterna i huvudsak kan sägas ingå i ordinarie samverkan.

Lumell uppfattar att arbetet med integrerad vård sätter ljuset på flera utvecklingsbehov i den psykiatriska vården av barn som är placerade på SiS. För pilotprojektets två sista år föreslår Lumell sju förbättringsområden:

1. Fortsätt utveckla den nationella styrningen av pilotprojektet.
2. Se över behovsbedömning- och remitteringsprocessen.
3. Se över möjligheten till muntlig samtyckesinhämtning.
4. Se över möjlighet för ökad informationsdelning.
5. Undersök möjligheter för utökat gemensamt lärande.
6. Se över rollbeskrivningarna för hälso- och sjukvårdspersonal vid SiS ungdomshem.
7. Fortsätt systematiska förberedelser för vad som ska hända efter 2025.

Disposition och begrepp i rapporten

Rapporten inleds med en beskrivning av projektets inriktning efter den första delrapporten (maj 2023). Därpå följer tre delar:

Del 1 *"Barnen i projektet och deras behov av vård"* - I den här delen redovisas uppgifter om barnen som hittills erbjudits och fått integrerad vård, med fokus på barnens vårdbehov. Uppgifterna ger en inblick i vad som karaktäriserar gruppen barn som hittills har bedömts ha behov av integrerade insatser. Eftersom projektet fortsatt är i genomförandefas kan de resultat som redovisas komma att förändras och ska därför betraktas som preliminära.

Del 2 *"Utvecklingsarbete sedan senaste delrapporten"* – I den här delen beskrivs hur den integrerade vården har utformats avseende målgrupp, kompetens, vårdinnehåll och vårdmiljö. Avsnittet avslutas med en redogörelse av förutsättningar i projektet som på olika vis bedöms ha påverkat möjligheterna att tillgodose barnens vårdbehov.

Del 3 "*Utvecklingsområden i det fortsatta arbetet*". I den tredje och sista delen beskrivs de utvecklingsområden som identifierats som väsentliga för att fortsätta utveckla integrerad vård för barn och unga som behöver det.

Centrala begrepp

- Begreppet *pilotprojekt* används för att beskriva projektet på nationell nivå.
- Begreppet *pilotverksamhet* avser de regioner och ungdomshem som deltar i projektet.
- Med *vistelseregion* avses den region där ungdomshemmet är beläget och *hemregion* avser den region där barnet är folkbokfört.
- Begreppet *kommunen* avser kommunens övergripande uppgifter inom socialtjänsten, *socialnämnden* avser beslutsansvaret inom kommunen och *socialtjänsten* eller *socialsekreteraren* syftar på det praktiska utförandet.
- Begreppet *regionen* kan avse det övergripande ansvaret inom hälso- och sjukvården eller deltagande region i projektet, det ska framgå av texten.
- Begreppet *barn- och ungdomspsykiatri* (BUP) syftar på det praktiska utförandet.
- *Integrerad vård*: den sociala och psykiatriska vården ges samordnat, och av ett tvärprofessionellt team på ungdomshemmet, som i samverkan utreder barnets eller den unges behov samt bedömer och påbörjar relevanta behandlingar och andra insatser.
- *Integrerad vårdform*: definierat av Socialstyrelsen som en helhetslösning (vårdinnehåll, kompetens, lämpliga lokaler) där SiS och BUP arbetar tillsammans med specialiserad och integrerad vård för att tillgodose de samlade vårdbehoven för barn med så komplexa och sammansatta sociala och psykiatriska behov att de inte kan få sina vårdbehov tillgodosedda inom nuvarande vårdformer inom SiS och BUP.
- Begreppen *aktualisera* och *inkludera*: SiS *aktualiserar* ett barn i projektet genom att ett team på ungdomshemmet bedömer om barnet uppfyller inklusionskriterierna för integrerad vård. Ett bedömningsstöd för att aktualisera är framtaget särskilt för projektet.¹² Finns det ett samtycke till att delta skickar ungdomshemmet en remiss till barn- och ungdomspsykiatri.
- Beslut om att *inkludera* barnet i projektet kan fattas efter att BUP har träffat barnet och genomfört en bedömning av de barnpsykiatriska vårdbehoven. Beslutet att inkludera ett barn i projektet bygger på sex

¹² Statens institutionsstyrelse (2023). *SiS rutin för integrerad vård*. Bilaga 5. *Bedömningsstöd för aktualisering till integrerad vård*. Dnr. 1.1.4-3126-2023.

kriterier för inklusion, framtagna särskilt för projektet.¹³ Den slutgiltiga bedömningen om barnet ska inkluderas eller inte gör SiS och BUP gemensamt vid ett så kallat inklusionsmöte.

¹³ Statens institutionsstyrelse (2023). *SiS rutin för integrerad vård*. Bilaga 6. *Inklusionskriterier för integrerad vård*. Dnr. 1.1.4-3126-2023.

Del I - Barnen i projektet och deras behov av vård

För att ett barn ska komma i fråga för integrerad vård ska barnet vara inskrivet på något av de nio ungdomshem som deltar i projektet. Socialnämnden kan alltså inte ansöka om en plats för integrerad vård i samband med ansökan om plats. Vården görs istället tillgänglig för barn som behöver den genom en process på ungdomshemmet som sker i två steg: barnet *aktualiseras* innan barnet kan *inkluderas*.

Att bedöma vårdbehov – från aktualisering till inkludering

Integrerad vård riktar sig till SiS-placerade barn med omfattande och komplexa sociala och psykiatriska vårdbehov, för vilka samtidiga och samordnade insatser är särskilt viktiga. För att säkerställa att vården inriktas mot "rätt" målgrupp har projektgemensamma inklusionskriterier¹⁴ tagits fram.

Det är oftast SiS som *aktualiserar* barnet för integrerad vård, men i några fall har barnet aktualiserats av regionen. Om behov av integrerad vård uppmärksammas startas en process där ett team på ungdomshemmet bedömer om barnet uppfyller inklusionskriterierna för integrerad vård.¹⁵ Teamet gör bedömningen med hjälp av ett bedömningsstöd, som är framtaget av SiS särskilt för projektet.¹⁶ Eftersom de psykiatriska vårdinsatserna är frivilliga är det barnet självt, eller den som bestämmer tillsammans med barnet eller i barnets ställe (se sid. 65 ff.), som ger sitt samtycke att delta.

Om kraven för inklusion och samtycke uppfylls remitteras barnet till integrerad vård. Det sker genom att SiS-teamet skickar en remiss till BUP. Det är sedan barnpsykiatrins uppgift att bedöma om den psykiatriska problematiken hos barnet är av den art och grad som IV-arbetet ska inriktas mot.

Beslut om att *inkludera* barnet i projektet kan fattas efter att BUP har accepterat remissen, träffat barnet och gjort en bedömning av de barnpsykiatriska vårdbehoven. Barnets egen beskrivning av sina behov och sin situation är central. SiS och BUP gör därefter en gemensam bedömning om barnet ska inkluderas eller inte. Det sker vid ett så kallat inklusionsmöte.

De gemensamma inklusionskriterierna och bedömningsstödet är utgångspunkten för inklusion oavsett i vilken kommun, region eller på vilket

¹⁴ Inklusion i pilotprojekt med integrerad vård, Socialstyrelsen dnr 5.7-16155/2023.

¹⁵ Statens institutionsstyrelse (2023). *SiS rutin för integrerad vård*. Bilaga 6. *Inklusionskriterier för integrerad vård*. Dnr. 1.1.4-3126-2023.

¹⁶ Statens institutionsstyrelse (2023). *SiS rutin för integrerad vård*. Bilaga 5. *Bedömningsstöd för aktualisering till integrerad vård*. Dnr. 1.1.4-3126-2023.

ungdomshem barnet aktualiseras. Den samlade vårdbehovsbedömningen är pilotverksamheternas verktyg för att urvalet till den integrerade vården ska genomföras på ett systematiskt och likvärdigt vis.

Barnen som aktualiserades för integrerad vård

De första barnen inkluderades i integrerad vård i mars 2022. Fram till den 31 mars 2024 hade teamen på ungdomshemmen aktualiserat 107 barn för integrerad vård vid 113 tillfällen. 7 av de 107 barnen aktualiserades således vid flera tillfällen efter att de bytt ungdomshem. Ett fåtal, 5 av dessa 7 barn, inkluderades i integrerad vård vid två tillfällen i samma eller olika pilotverksamheter.

I föreliggande avsnitt redovisas unika individer om inte annat anges

De fyra pilotverksamheterna startade upp sin verksamhet vid olika tidpunkter. VGR och RÖ började inkludera barn i mars 2022, Region Skåne i oktober 2022 och Region Stockholm i mars 2023. Pilotverksamheterna har också olika kapacitet avseende hur många barn de kan vårda samtidigt, där VGR anger 10 samtidiga ärenden, Region Stockholm 6 samtidiga ärenden, Region Skåne 5 samtidiga ärenden medan RÖ anger att de tar emot efter behov. Flest barn aktualiserades under ovan angivna period i RÖ och i VGR. Fördelat på pilotverksamhet aktualiserades 42 barn vid ungdomshemmen i Västra Götalandsregionen, 37 barn på ungdomshemmet Folåsa (RÖ), 14 barn i Region Stockholm och 18 barn på ungdomshemmet i Hässleholm (Region Skåne).

Barnens ålder och kön

Integrerad vård omfattar barn upp till 18 år. Det yngsta barnet var vid aktualisering 9 år och det äldsta 17 år. Medianåldern för barnen som aktualiserades fram till 240331 var 15 år. Av de 107 barn som aktualiserades var 69 flickor och 38 pojkar. Medianåldern bland de aktualiserade flickorna var 15 år. För pojkarna var medianåldern 15,5 år. 80 av 107 barn var i skolpliktig ålder när de aktualiserades till integrerad vård.

För SiS ungdomsvård som helhet, d.v.s. alla som placerades på SiS år 2023, gällde ca en tredjedel av intagningarna flickor och två tredjedelar pojkar. Medelåldern bland de intagna var 16,3 år under 2023 och 23 procent av de intagna var över 18 år.

Ungdomshemmen som ingår i IV-projektet täcker ca hälften av SiS platser i ungdomsvården. Fördelningen av platstyp, samt fördelning av platser för äldre och yngre pojkar och flickor i IV-projektet var i början av år 2024 helt jämförbar med ungdomsvården som helhet. Undantaget var LSU-platser vars

andel var avsevärt lägre än för ungdomsvården som helhet.¹⁷ Mot bakgrund av platsbrist, renoveringar och annat har SiS under året löpande ställt om, och kommer att fortsätta ställa om, platser. Bland annat har antalet platser för LSU ökat kraftigt. Det är svårt att just nu bedöma hur platsomställningarna påverkar och kommer att påverka i vilken utsträckning de ungdomshem som ingår i IV-arbetet är representativa för hela SiS.

Eftersom integrerad vård enbart vänder sig till barn som ännu inte fyllt 18 år är den lägre medelåldern i IV-gruppen jämfört med SiS målgrupp som helhet förväntad. Att fler flickor än pojkar aktualiserades för IV kan till en viss del bero på att ca 35 % av urvalet aktualiserats på Folåsa, som kom igång med IV-vården först, och som enbart vårdar flickor. I Stockholmspiloten har IV-vården hittills koncentrerats till ungdomshemmet Rebecka som också enbart tar emot flickor. Skillnaden mellan pojkar och flickor kan komma att jämnas ut efterhand som nya barn aktualiseras i övriga piloter och om IV-vården får en större utbredning på Tysslinge som vårdar äldre pojkar. Att gruppen som aktualiseras för och inkluderas i integrerad vård kommer att domineras av flickor är emellertid att förvänta, eftersom den psykiska ohälsan bland flickor i berörda åldersgrupper är mer omfattande än den bland pojkar.¹⁸

Bortfall – barnen som aktualiserades men inte inkluderades

Av de 107 barn som aktualiserades fram till 31 mars 2023 inkluderades 73 barn i integrerad vård. 34 barn inkluderades inte. Tiden mellan aktualisering och inklusion har i projektet i snitt varit ca 30 dagar, och för de 34 barn som inte inkluderades har aktualiserings- eller inklusionsprocessen vid någon tidpunkt och av olika skäl avbrutits.

För 12 av de 34 barnen skickades inte någon remiss till BUP. För 4 av barnen bedömde SiS att barnen kunde få sina behov tillgodosedda genom remiss till öppenvård eller få vård via ungdomshemmets hälso- och sjukvårdspersonal. För 4 barn gavs inget samtycke av barnet eller barnets föräldrar. För 4 barn avbröts vården vid ungdomshemmet och barnet flyttades till annat ungdomshem inom SiS eller till ett HVB innan remiss hann skickas.

För 22 av de 34 barnen som inte inkluderades skickade SiS en remiss till BUP. Fem av dessa barn blev flyttade till annat SiS innan eller precis efter nybesöket. För 2 barn skickades remissen direkt vidare till öppenvården. I ett fall togs samtycket tillbaka. I ett fall är dokumentationen oklar. För 13 barn genomfördes ett gemensamt inklusionsmöte men där man beslutade att inte inkludera barnet. Här varierar anledningarna. Som exempel drog några av barnen tillbaka sitt samtycke eller bedömdes sakna motivation att delta i

¹⁷ LSU-placerade kan inte aktualiseras för integrerad vård. Resonemanget finns med då den ökade efterfrågan på LSU-platser påverkar platsfördelning på berörda ungdomshem

¹⁸ Statens institutionsstyrelse (2023). *Kartläggning av vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS år 2022*. SiS Dnr 1.1.3-4392-2023.

vården. För andra barn hade en utflyttsplanering påbörjats. Fem av barnen bedömdes kunna få behövliga insatser i BUP:s öppenvård och remitterades istället dit.

Barnen som inkluderades i integrerad vård

I följande avsnitt redovisas uppgifter om de 73 unika barn som fram till 31 mars 2024 inkluderades i integrerad vård. Av de 73 barnen som inkluderades var 51 flickor och 22 pojkar. Det yngsta barnet var vid inkludering 10 år och det äldsta 17 år.

Tabell 1 Fördelning ålder och kön inkluderade individer.

Ålder	Upp till 12 år	13-14 år	15-17 år	Summa
Flicka	3	23	25	51
Pojke	4	5	13	22
Summa	7	28	39	73

Medelåldern för samtliga barn var 14,5 år, och medianåldern 15 år. Eftersom ungdomshemmen i piloterna har olika målgrupper skiljer sig åldersfördelningen mellan piloterna.

Tabell 2. Fördelning ålder och kön i pilotverksamheterna.

Ålder	Folåsa		VGR		Skåne		Stockholm		totalt
	Flicko	pojkar	flickor	pojkar	flickor	pojkar	flickor	pojkar	
-12 år	1		1	2	1	2			7
13-14 år	18		1	2	4	2	2	1	30
15-17 år	9		8	10	2	2	8	1	40
Totalt	28		10	14	7	6	10	2	77*
Medelålde	14,1		15,1	15,3	13,4	13,2	15,5	15	

*73 unika individer. Fyra barn har inkluderats vid två tillfällen i olika piloter.

I Skåne var medelåldern bland barnen lägst med en snittålder för flickor på 13,4 år, och pojkar 13,2 år. Barnen som fick IV i Skåne var således i snitt knappt två år yngre än barnen i Stockholm och VGR, och i snitt knappt ett år yngre än barnen på Folåsa. Att pilotverksamheterna mött barn i olika åldersgrupper kan ha påverkat utformningen av integrerad vård lokalt. Ett barn i mellanstadieåldern och ett barn i gymnasieålder ställer i flera väsentliga avseenden olika krav på såväl vårdmiljö som vårdinnehåll.

Demografiska uppgifter om barnen

Vid en placering på SiS ska närhetsprincipen i möjligaste mån beaktas. Barnen som inkluderades var placerade från 48 kommuner i 16 regioner. De allra flesta, 77 procent av barnen (56 av 73 barn), placerades på ett ungdomshem

utanför sin hemregion. Endast 17 barn har placerades och fick integrerad vård i sin hemregion.

Lagrum och placeringsorsaker

Alla barn som inkluderades var placerade enligt LVU. För drygt två tredjedelar (55 barn) var grunden för placeringen barnets eget beteende (beteendefall, 3 § LVU). För en knapp tredjedel (22 barn) var grunden till omhändertagandet det egna beteendet i kombination med brister i hemmiljön (miljöfall, 2 § LVU). Det kan jämföras med SiS totalpopulation där 10 procent placerats enligt både 2 och 3 § LVU. För 62 procent (45 barn) var situationen i samband med placeringen så akut att socialnämnden beslutade om att omhänderta barnet omedelbart (6 § LVU).

En del av barnets sociala problematik kan förstås genom de orsaker till placeringen som socialnämnden uppger. Av tabellen nedan framgår de inkluderade barnens placeringsorsaker. Dessa jämförs med samtliga intagna barns och ungas placeringsorsaker på SiS för året 2022. Placeringsorsakerna kategoriseras i enlighet med LVU-lagstiftningen: missbruk av beroendeframkallande medel (missbruk), brottslig verksamhet (kriminalitet) och annat socialt nedbrytande beteende.

Tabell 3, Placeringsorsak barn i integrerad vård respektive SiS som helhet 2022.

Placeringsorsak	Andelar, inkluderade i IV 2022 till mars 2024			Andelar, intagna på SiS 2022		
	Flickor	Pojkar	Samtliga	Flickor	Pojkar	Samtliga
Annat socialt nedbrytande beteende	59	64	60	37	10	19
Kriminalitet	0	5	1	1	12	9
Kriminalitet och annat socialt nedbrytande beteende	6	18	10	3	11	8
Kriminalitet och missbruk	0	0	0	1	15	11
Kriminalitet, missbruk och annat socialt nedbrytande beteende	14	14	14	9	29	22
Missbruk	2	0	1	8	7	7
Missbruk och annat socialt nedbrytande beteende	20	0	14	40	13	22
Orsak ej registrerad	0	0	0	1	2	2
Totalt	100	100	100	100	100	100

Barnen i integrerad vård ingår också bland samtliga intagna på SiS 2022 (Källa SiS i korthet 2022)

För 98 procent av barnen som inkluderades i IV fanns ”annat socialt nedbrytande beteende” som en av placeringsorsakerna, jämfört med 71

procent av SiS målgrupp i stort. Av tabellen framgår att 60 procent av de aktualiserade barnen har ”annat socialt nedbrytande beteende” som *enda* placeringsorsak, i jämförelse med 19 procent av hela gruppen barn och unga på SiS. I de fall det socialt nedbrytande beteendet beskrivits närmare är det vanligaste beteendet aggressivitet och våldsamt utagerande, något vi återkommer till senare i redovisningen och som tycks utmärka barnen som inkluderas i integrerad vård.

Fördelning på behandlingsavdelningar och MBB-avdelningar

Integrerad vård har genomförts på både behandlingsavdelningar, förstärkta behandlingsavdelningar och avdelningar för mottagning och behovsbedömning (MBB). Barnen som fått integrerad vård var under tiden i integrerad vård placerade enligt tabellen nedan.

Tabell 4. Fördelning av avdelningstyp vid inklusion i IV

Avdelningstyp vid inklusion				
	MBB	Behandling	Förstärkt (SFA)	Totalt
Flickor	11	33	7	51
Pojkar	5	15	2	22
Samtliga	16	48	9	73

Något mer än 20 procent av barnen inkluderades till den integrerade vården på någon av SiS avdelningar för mottagning och behovsbedömning (MBB) och knappt 80 procent av barnen var när iv-vården påbörjades placerade på behandlingsavdelning. För ca 12 procent av barnen påbörjades vården på förstärkt behandlingsavdelning (SFA). Andelen barn som inkluderats i IV på en SFA-avdelning har ökat sedan mars 2024, detta på grund av att ytterligare en avdelning för SFA-vård tillkom i maj 2024.

Socialtjänstens vårdplaner – barnens sociala vårdbehov

Enligt 11 kap 3 § SoL är socialtjänsten skyldig att upprätta en vårdplan vid ett omhändertagande enligt LVU. En vårdplan ska finnas med i socialnämndens underlag vid en ansökan om LVU-vård. Vårdplanen ska bland annat beskriva målet med vården, vårdbehoven och vilka särskilda insatser som behövs. I en översiktlig granskning av 57 av de inkluderade barnens vårdplaner framträdde några vårdbehovsområden som återkom hos en hög andel av barnen, och där socialtjänsten beskrev behov av insatser under placeringen på SiS. I cirka tre fjärdedelar av de granskade vårdplanerna framkom bakgrundsinformation om att barnet innan placering uppvisat ett aggressivt och våldsamt utagerande beteende, och i drygt hälften av vårdplanerna uppgavs att barnen innan placering rymt vid upprepade tillfällen och/eller fört en vagabonderande tillvaro och vistats i sociala riskmiljöer. I ungefär hälften av de granskade vårdplanerna nämndes droganvändning, riskbruk eller omfattande missbruk av alkohol och/eller droger.

De vanligaste vårdbehoven som togs upp i vårdplanerna var:

Trygg miljö och känslomässigt stöd: I knappt 85 procent av vårdplanerna beskrevs att barnet hade behov insatser i form av en trygg och säker miljö med tillgång till stabila vuxna som kan erbjuda känslomässigt stöd och vägledning i vardagen. I flera vårdplaner togs behov av trygg och tydlig gränssättning kring problemskapande beteenden upp.

Hälsosamma vardagsrutiner och ADL-träning: I ca 75 procent av vårdplanerna beskrevs att barnet hade behov av insatser för att komma in i hälsosamma vardagsrutiner. Det rörde ofta regelbunden och sund mathållning, goda rutiner för sömn och hygien samt träning på praktiska färdigheter och socialt samspel i vardagssituationer.

Skola och sysselsättning: Majoriteten av barnen som inkluderats i IV var skolpliktiga. I drygt 80 procent av vårdplanerna beskrevs behov av insatser kring barnens skolsituation eller framtida sysselsättning. Det kunde röra sig om att komma igång med skola och undervisning igen, fullfölja grundskolan, bedömningar av barnets behov av anpassningar i skolmiljön mm. För några av de äldre barnen beskrevs istället behov av insatser kring att hitta en meningsfull sysselsättning eller ett arbete.

Familj, nätverk och prosociala kamratrelationer: I drygt 85 procent av vårdplanerna lyftes olika behov och insatser kopplade till barnets kontakter med sin familj. Det rörde sig ofta om att hålla, eller på olika vis utveckla, kontakten med syskon och föräldrar eller andra viktiga vuxna i hemmiljön. I flera vårdplaner lyftes behov av insatser för att stödja den unge i att utveckla prosociala kompisrelationer och intressen som kan ge ökad tillgång till positiva sociala sammanhang.

Psykisk ohälsa och funktionsvariationer: I vårdplanerna ska Socialtjänsten beskriva barnets samlade vårdbehov och kan därför också ta upp behov av insatser från andra vårdgivare än SiS, som till exempel hälso- och sjukvårdsinsatser. I en majoritet av vårdplanerna, 90 procent beskrevs att barnet hade någon form av psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning. I drygt 40 procent av vårdplaner beskrevs uttryckligen att insatser från BUP, Barn- och ungdomshabilitering eller LSS behövde fortsätta eller initieras under placeringstiden. I drygt 20 procent av vårdplanerna beskrevs behov av utredningsinsatser kopplad till psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning.

Sammanfattningsvis beskrev socialtjänsten vårdbehov av både social och psykiatrisk karaktär. De sociala vårdbehoven beskrevs oftast på en grundläggande behovsnivå och handlade huvudsakligen om att skapa en stabil och fungerande vardag och skolgång, att stabilisera problematiska beteenden och att erbjuda en trygg och stödjande boendemiljö. Behov och insatser kopplade till psykisk ohälsa var vanligast och fanns beskrivet i en majoritet av vårdplanerna.

Händelser i barnets vård innan inklusion i integrerad vård

Bland barnen som inkluderades fanns stora skillnader mellan hur länge de varit placerade på SiS innan den integrerade vården startade. Det varierade mellan två veckor och knappt tre år, med en medeltid på 4–5 månader (140 dagar).

Utöver aktuell vårdperiod hade 43 procent av flickorna och 14 procent av pojkarna minst en tidigare placering på SiS. Boendet innan den pågående placeringen på SiS var för 75 procent (n=55) av barnen HVB-hem och för 8 procent (n=6) av barnen familjehem. 14 procent (n=10) av barnen bodde vid placeringstillfället hemma i sin familj eller hos en nära släkting, för flera av dessa barn finns noteringar om att boendet hemma var tillfälligt p.g.a. vårdssammanbrott i tidigare placeringsform. Tre procent bodde i boenden anpassade för omfattande och varaktiga funktionshinder i enlighet med lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Under den aktuella vårdperioden hade 29 procent av flickorna och 9 procent av pojkarna avvikit från vården, eller gjort, avvikningsförsök vid minst ett tillfälle.

RBM, risk, behov och mottaglighet

SiS underlag för behovsbedömning inför integrerad vård kompletteras med screening av psykiatrisk problematik och funktionsnivå med skattningsinstrumenten Youth Self-Report (YSR)¹⁹ och Child Behavior Checklist (CBCL)²⁰. Dessa skattningskalor 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 till exempel YLS-CMI, SAVRY eller ERASOR).

RBM-modellen baseras på ett vetenskapligt grundat ramverk som sammanfattar vad som är viktigt att ta fasta på vid planering, utformning och genomförande av insatser för att motverka fortsatt normbrytande beteende och återfall i brott. Inom SiS ungdomsvård ska RBM-principerna vara vägledande för behandlingsplaneringen. Det övergripande målet med att utforma den sociala vården och behandlingen enligt RBM:s principer är att insatsen ska bli verksam på individnivå, bland annat genom att ungdomens risknivåer på olika områden matchas med lämpliga nivåer på insatserna. Läsbar vård bör förbehållas barn och unga som uppvisar höga risker på skattningsområdena.

¹⁹ Achenbach, T.M. (2001) Youth Self-Report for Ages 11-18. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families..

²⁰ Achenbach, T.M. (2001) Child Behavior Checklist for Ages 6-18. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.

För 56 av de 73 inkluderade barnen fanns en aktuell RBM-bedömning vid inklusionstillfället. För ytterligare tre barn genomfördes RBM-bedömningen som en del av IV i en integrerad utredningsprocess på MBB-avdelning. Den absoluta majoriteten av de sammanlagt 59 RBM-bedömningarna visade på höga risker för återfall i antisocialitet.

Pilotverksamheterna har i olika sammanhang kommunicerat att läsbarheten ofta varit en förutsättning för att kunna ge barnen integrerad vård under trygga och säkra former. Resultaten från RBM bedömningarna stödjer pilotverksamheternas bedömningar av att IV i de allra flesta fall behöver genomföras, eller i alla fall inledas, på en läsbar avdelning.

Bortfallet för de inkluderade barnen har varit stort i ADAD, YSR och CBCL. Skattningsresultat från dessa instrument bedöms därmed inte avspegla undersökningsgruppen i tillräckligt hög utsträckning och redovisas därför inte i denna delrapport.

Droganvändning, riskbruk och missbruk

I de inkluderade barnens placeringsdokumentation fanns uppgifter om olika grader av riskbruk eller missbruk för drygt hälften. För 34 % av de inkluderade barnen ingick missbruk som en av placeringsgrunderna²¹ och för ca en fjärdedel av de inkluderade barnen var drogbruket av en omfattning som medfört att missbruksdiagnos ställts eller förmodades föreligga²². För övriga barn där skadligt bruk av droger dokumenterats kunde det röra sig om ett mer eller mindre sporadiskt bruk koppla exempelvis till vissa miljöer eller situationer, eller symtomlindring vid dåligt mående.

Utsatthet för våld och försummelse

För en majoritet av de inkluderade barnen fanns uppgifter om utsatthet för våld och/eller försummelse. Totalt angavs att 92 procent (n=67) av barnen 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 72 procent av barnen för fysiskt våld, totalt 67 procent för psykiskt våld, 59 procent för sexuellt våld och totalt 57 procent av barnen hade blivit utsatta för försummelse. Det fanns en större andel misstänkta fall när det gällde utsatthet för sexuellt våld än för övriga våldsformer.

Olika typer av beteendeproblematik

I bedömningsstödet sammanställs, utöver diagnoser och kliniska symtom, även andra typer av beteenden som kan vara kopplade såväl till barnets sociala omständigheter som barnets psykiatriska problematik och mående. Det rör till exempel självskadebeteende, sexuell beteendeproblematik,

²¹ Se tabell 3, sid. 19 i denna rapport, om placeringsgrunder för LVU.

²² Se tabell 5, sid. 28 i denna rapport, om fastställda diagnoser och kliniska symtom.

våldsamt utagerande beteende och olika typer av udda, farliga eller på andra vis avvikande beteenden.

Våldsamt utagerande beteende: För samtliga pojkar och för 82 procent av flickorna, totalt knappt 90 procent av barnen, fanns dokumentation om att barnen hade utövat våld eller hot mot annan. Det förekom också våld i form av skadegörelse. Uppgifter om våldsamt utagerande beteende fanns ofta nämnt redan i socialtjänstens platsansökan, i vårdplanen och i dokumentation från barnets tidigare placeringar. Ofta var det våldsamma beteendet en av anledningarna till behandlingssammanbrott i öppna placeringsformer, och att barnet placerades på SiS. Under vårdperioden på SiS då barnet inkluderades hade 13 procent av barnen, innan inklusion i integrerad vård, flyttats mellan olika SiS-institutioner på grund av allvarligt våldsincidenter vid minst ett tillfälle.

Självskadebeteende och/eller suicidala beteenden: För knappt 80 procent av flickorna och drygt 40 procent av pojkarna fanns uppgifter om omfattande och allvarligt självskadebeteende och/eller suicidalt beteende. För cirka 60 procent (44 barn) hade suicidriskbedömning gjorts av läkare eller SiS-psykolog vid minst ett tillfälle under nuvarande placering, lika stor andel för flickor och pojkar.

Sexuell beteendeproblematik och sexuell utsatthet: 40 procent av flickorna och 45 procent av pojkarna bedömdes ha någon form av sexuell beteendeproblematik eller sexuell utsatthet. För flickorna rörde det sig oftast om sexuell utsatthet som posering, sex i utbyte mot pengar eller droger, eller vistelse i miljöer med risk för sexuellt utnyttjande. För pojkarna rapporterades sexuellt utagerande och normbrytande beteenden som grovt sexualiserat språk, hög konsumtion av pornografi och sexuella ofredanden. Fastställda eller misstänkta sexuella övergrepp mot andra var betydligt vanligare bland pojkarna än bland flickorna.

Annat avvikande beteende: 37 procent av flickorna och 64 procent av pojkarna uppgavs ha något "annat avvikande beteende". Det kunde till exempel röra sig om återkommande förvirrings- eller depersonaliseringstillstånd, djurplågeri, eldanläggelse, fixeringar, urinerande eller kladd med avföring i rummet.

Användning av särskilda befogenheter och andra åtgärder

Fysiska ingripanden: För 38 procent av barnen (28 barn, 22 flickor och sex pojkar), fanns uppgifter om att personalen ingripit med fysiskt tvång vid minst ett tillfälle månaden innan barnet inkluderades i integrerad vård.

Avskiljningar: För 30 barn, 22 flickor och 8 pojkar, hade minst en avskiljning registrerats under vårdperioden innan barnet inkluderades i integrerad vård. Andelen flickor som avskilts innan den integrerade vården startades var således ca 43 procent och andelen pojkar som avskilts var 36 procent.

Tendensen vi noterade i första delrapporten, om att könsfördelningen avseende avskiljningar tycktes se annorlunda ut bland barnen som inkluderades i integrerad vård jämfört med SiS i övrigt, håller i sig. Bland barnen i integrerad vård har pojkarna avskilts i nästan lika hög utsträckning som flickorna.

VIE (vård i enskildhet): För 51 av de inkluderade barnen (70 %), 36 flickor och 15 pojkar, fanns minst en period i VIE registrerad innan inklusion i integrerad vård. En fjärdedel av de inkluderade barnen, 13 flickor och fem pojkar, hade minst 70 procent av vårdtiden i VIE innan de inkluderades.

Läkemedelsbehandling: För 84 procent av barnen (n=61) fanns vid inklusion uppgifter om pågående psykofarmakologisk läkemedelsbehandling och totalt 64 procent (47 barn) av barnen hade, eller hade haft, någon ytterligare insats kopplad till psykisk ohälsa, oftast kontakt med SiS-psykolog.

Utökad tillsyn: För 18 procent av flickorna och 15 procent av pojkarna fanns minst en period av utökad tillsyn dokumenterad. Den utökade tillsynen var ordinerad utifrån allvarligt självskadebeteende eller förhöjd självmordsrisk. Uppgifter om utökad tillsyn har dock varit svåra att spåra i dokumentationen och det är till exempel inte alltid tydligt när utökad tillsyn förändras i intensitet, eller när och varför den avslutas.

Akuta insatser från den regionala sjukvården: Totalt 27 procent (n=20) av barnen har fått en akut insats (ambulans och/eller sjukhusbesök) på grund av psykisk ohälsa innan inklusion i integrerad vård.

Psykiatrisk problematik

För samtliga barn som inkluderats finns en dokumenterad psykiatrisk problematik. En eller flera psykiatriska frågeställningar har också formulerats i remissen till BUP för integrerad vård. Huvuddelen av barnen har tidigare bedömts och eller utretts för psykiatriska besvär. Uppgifterna nedan beskriver barnens psykiatriska tillstånd *innan* de bedöms av BUP inom ramen för integrerad vård.

Fastställda diagnoser

Med några enstaka undantag hade alla inkluderade barn minst en fastställd psykiatrisk diagnos vid inklusion i integrerad vård, 76 procent av barnen hade minst två fastställda diagnoser och 45 procent av barnen hade tre eller fler fastställda diagnoser.

Ställt i relation till andra kartläggningar²³ av SiS-placerade barn, hade en större andel av barnen i integrerad vård fler diagnoser. Att barnen som får integrerad vård tycks ha en mer omfattande psykiatrisk problematik på gruppnivå är i linje med förväntningarna och kan vara en indikation på att aktualiseringsprocessen och bedömningsstödet är ett fungerande stöd för ungdomshemmen att identifiera rätt barn för insatsen.

Kliniska symtom

Majoriteten av barnen hade en komplex psykiatrisk problematik med såväl tidigare fastställda diagnoser som symtom på ytterligare, ännu inte diagnostiserade psykiatriska tillstånd. Därför redovisas också kliniska symtom nedan. Kliniska symtom baserades på dokumenterade observationer och bedömningar och andra uppgifter av vikt till exempel påbörjad utredning som inte slutförts. Uppgifterna om fastställd problematik och kliniska symtom hämtades ur barnets journaler och sammanställdes av psykolog, sjuksköterska och behandlingssekreterare för att skatta behovet av integrerad vård för barnet.

I tabell 4 nedan ställs uppgifterna om barnen som inkluderades i integrerad vård i relation till en kartläggning av psykisk ohälsa hos hela gruppen barn och unga som vårdades på SiS 2022²⁴.

Tabell 5. Misstänkta och fastställda diagnoser i integrerad vård och i SiS totalpopulation

Diagnos	Andelar, inkluderade i IV 2022 till mars 2024		Andelar, intagna på SiS 2022	
	Fastställd	Symtom på	Fastställd	Symtom på
ADHD/ADD <i>Attention deficit hyperactivity disorder eller attention deficit disorder</i>	71	11	60	21
Autism <i>Autismspektrumstörning, Aspergers syndrom</i>	34	27	18	6
Bipolär <i>Bipolär sjukdom</i>	0	11	0	0
Depression <i>oavsett diagnostyp</i>	14	25	10	11
IF <i>Intellektuell funktionsnedsättning</i>	5	11	7	2
Missbruk <i>Substansrelaterade syndrom</i>	11	16	19	33
Personlighetssyndrom <i>Borderline eller antisocialt personlighetssyndrom</i>	*	15	4	19
Psykos eller <i>psykosliknande tillstånd</i>	0	27	1	1
Trauma/PTSD eller <i>annan diagnos relaterad till stress/trauma</i>	30	52	19	25

²³ Statens institutionsstyrelse (2023). *Kartläggning av vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS år 2022*. Dnr 1.1.3-4392-2023; Socialstyrelsen (2019). *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård*.

²⁴ Statens institutionsstyrelse (2023). *Kartläggning av vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS år 2022*. Dnr 1.1.3-4392-2023.

Tvång <i>Tvångssyndrom, tourettes eller tics</i>	*	16	3	2
Uppförandestörningar <i>Uppförandestörning eller trotssyndrom</i>	40	32	21	40
Ångest <i>oavsett diagnostyp</i>	16	34	9	25
Ätstörningar och födorelaterade syndrom	*	16	1	1

Barnen i integrerad vård kan också ingå i undersökningen som rör hela SiS gruppen. *Färre än 5 % redovisas inte på grund av hänsyn till personlig integritet.

De vanligaste fastställda diagnoserna hos barnen som inkluderades i integrerad vård är ADHD (71 procent), följt av uppförandestörning (40 procent), autism (34 procent), trauma/PTSD (30 procent) samt ångest och depression (16 respektive 14 procent). De vanligaste kliniska symtomen som rapporterades rörde PTSD/trauma, uppförandestörning och ångesttillstånd. Ungefär hälften av barnen som inkluderades uppvisade symtom på PTSD eller andra traumarelaterade besvär. För drygt 32 procent av barnen iaktogs symtom på någon form av uppförandestörning och för ungefär en tredjedel av barnen förelåg misstanke om ångesttillstånd. SiS professionella uppgav vidare att det fanns misstanke om psykotillstånd hos 27 procent av de inkluderade barnen. Symtom på autism iaktogs hos 27 procent av barnen och symtom på bipolaritet hos 11 procent av barnen.

Tabell 4 visar att andelen fastställda diagnoser i flera fall var högre för barnen i integrerad vård än för SiS generellt. Substansrelaterade syndrom och personlighetssyndrom var dock vanligare i hela ungdomsvården. Detta kan möjligen delvis förklaras av att målgruppen för integrerad vård är barn och att personlighetssyndrom mycket sällan fastställs innan 18 års ålder. Även om barn kan ha provat eller också återkommande har använt droger uppfyller barn sällan diagnoskriterier för beroende. Uppgifter från placeringsinformationen visade emellertid att riskbruk och missbruk av alkohol och droger förekom hos minst hälften av barnen som inkluderades i integrerad vård.

Tidigare kontakt med psykiatri, hälsoundersökning och SIP

För knappt 90 procent av barnen som inkluderades angav socialtjänsten i redan i samband med ansökan om plats att det förelåg någon form av psykiatrisk problematik, inklusive neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.²⁵ Vidare angavs att 67 procent av barnen hade en pågående psykiatrisk vårdkontakt vid tiden för placeringen. Trettiofyra procent av de inkluderade barnen hade tidigare varit placerade på SiS minst en gång.

Trots att en så stor andel av barnen hade en pågående kontakt med både socialtjänst och hälso- och sjukvård vid placeringstillfället var det endast för sex barn, 9 procent av barnen, som socialtjänsten uppgav att det fanns en samordnad individuell plan (SIP). 14 av de 73 barnen (19 %) hade inför

²⁵ Uppgifterna är hämtade från den elektroniska platsansökan socialnämnden gör vid ansökan om plats på ett av SiS särskilda ungdomshem.

placering genomgått den hälsoundersökning som ska erbjudas alla barn inför placering utanför hemmet.

Barnen som avslutat integrerad vård

Resultaten för den integrerade vården avseende utformning och innehåll kommer huvudsakligen att redovisas och diskuteras i SiS slutrapport för integrerad vård som beräknas vara klar i juni 2025. Vid den 31 mars 2024, som var brytpunkt för föreliggande rapport, hade 49 barn avslutat integrerad vård, och barnen som avslutat var mycket ojämnt fördelade över pilotverksamheterna. Det finns betydelsefulla skillnader mellan piloterna, till exempel barnens ålder, om vården getts vid SFA-avdelning och hur den samlade hälso- och sjukvårdsbemanningen sett ut, som i hög grad har påverkat hur piloterna utformat vården, och därmed också utfallet.

Med den kunskapen vi har om barnen som inkluderats från den 31 mars och framåt, samt erfarenheterna från vården som pågår bedömer vi att resultatredovisningen delvis kommer att behöva göras pilotvis, och att underlaget fram till den 31 mars är otillräckligt för en sådan redovisning. Nedan redovisning av resultaten från avslutade ärenden hålls därmed på en översiktlig nivå. Resultaten kommer sannolikt att förändras efterhand som antalet avslutade ärenden ökar.

49 barn, 35 flickor och 14 pojkar, hade den 31 mars 2024 avslutat integrerad vård, fördelade över pilotverksamheterna enligt nedan.

Tabell 6 Fördelning mellan pilotverksamheterna av avslutade ärenden t o m 31 mars 2024

	Östergötland	VGR	Skåne	Stockholm	Totalt
Flicka	20	3	6	6	35
Pojke		10	3	1	14
Totalt	20	13	9	7	49

För 41 av de 49 barnen genomfördes den integrerade vården på en behandlingsavdelning varav 1 barn på SFA, och för 5 av barnen genomfördes vården på en MBB-avdelning. För 3 barn påbörjades integrerad vård på en MBB-avdelning, men barnet flyttade under tiden i integrerad vård till en behandlingsavdelning och avslutade den integrerade vården där, och för ytterligare ett av barnen avbröts den integrerade vården då socialtjänsten erbjöds en plats på en SFA-avdelning till barnet.

Vårdtid

Den integrerade vården pågick i snitt 173 dagar, med stora inbördes skillnader. Den kortaste vårdtiden rörde en avgränsad insats där barnet enbart

var inkluderat i två veckor trots att vården/insatsen fullföljdes. För flera barn överskred vårddiden emellertid ett år, och som längst pågick den integrerade vården i 388 dagar. Cirka 40 % av barnen (n=20) hade en vårddid som översteg sex månader.

Vårddiden var i snitt lika lång för flickor som för pojkar. Däremot fanns indikationer på skillnader i vårddid beroende på vilken typ av SiS-avdelning barnen varit placerade på under den integrerade vården. För de fem barn som genomfört hela den integrerade vården på MBB-avdelning var snitttiden 59 dygn, med en spridning mellan 14 och 101 dagar.

Avdelningstyper

För 27 av de 49 barnen genomfördes hela den integrerade vården på en låst behandlingsavdelning, ett barn genomförde hela den integrerade vården på en (låst) SFA-avdelning.

För 5 barn genomfördes hela den integrerade vården på en öppen behandlingsavdelning och för 5 av barnen genomfördes hela den integrerade vården på en MBB-avdelning.

Fjorton av barnen flyttades under sin integrerade vård mellan olika avdelningar vid minst ett tillfälle. För tre barn påbörjades till exempel integrerad vård på en MBB-avdelning, men barnet flyttade under tiden i integrerad vård till en behandlingsavdelning och avslutade den integrerade vården där. Sju barn flyttade under integrerad vård från en låst behandlingsavdelning till en öppen behandlingsavdelning. Övriga fyra barn flyttades av andra anledningar, kopplade till deras vårdbehov.

Vårdinnehåll

Uppgifterna om vårdens innehåll nedan är hämtade från barnens inklusions- och avslutshandlingar samt ur de ärendeutvärderingar som genomförs när ett ärende avslutats.

Handlingarna som uppgifterna hämtats ur är än så länge enbart översiktligt granskade för att i föreliggande rapport kunna ge en första grovkornig bild av insatser som barnen fått på de olika behovsområdena. Syftet är att *ge exempel* på vad den integrerade vården innehållit samt hur BUP och Sis samverkat och integrerat vården på olika områden. Handlingarna och informationen kommer att systematiseras och analyseras noggrant inför slutrapportering av projektet.

Trygg miljö och känslomässigt stöd: Av dokumentationen för de avslutade barnen framgick att olika typer av stabiliserande och stödjande aktiviteter var centralt i den integrerade vården. Insatserna hade ofta en övergripande formulering, *"motivera och stödja NN i vardagen"*, *"omfattande omsorgs- och stabiliseringsarbete"*, *"handlingsplan för akuta situationer"* och i inklusions- och

avslutshandlingarna var insatserna sällan nedbrutna till en konkret aktivitetsnivå. Det framgick dock att SiS och BUP ofta samarbetat på olika sätt i aktiviteterna. En vanlig beskrivning var att BUP gav handledning och stöd till avdelningspersonalen i det stabiliserande arbetet, och en annan att avdelningspersonal ofta deltog i olika BUP-aktiviteter tillsammans med barnen för att skapa kontinuitet och trygghet.

Hälsosamma vardagsrutiner och ADL-träning: I både inklusions- och avslutshandlingarna fanns återkommande exempel på hur utredande och stödjande insatser från arbetsterapeut bidragit till att stödja barnen i vardagen och på avdelningen. I VGR har BUP:s psykologer i hög grad samverkat med avdelningarna för att utveckla barnens vardagsfunktion. I sådana aktiviteter hade avdelningspersonalen ofta i uppgift att kartlägga och observera barnets färdigheter, samt att stödja barnet i att använda hjälpmedel. Återkommande dokumenterade aktiviteter var "Kartläggning ADL och aktivitetsbalans", "Sensorisk kartläggning", "Schema med bildstöd". Det framgick även på detta behovsområde att SiS och BUP ofta samverkade i aktiviteter som tog sikte på att stärka vardagsfunktion och praktiska och sociala färdigheter. Insatser kopplade till skolan var vanligast förekommande i pilotverksamheterna i Skåne och Östergötland.

Missbruksbehandling: Bland de ärenden som avslutades innan den 31 mars 2024 fanns visserligen insatser med specifikt fokus på barnens missbruk eller riskbruk dokumenterade i inklusionshandlingen. Det fanns fler planerade insatser (inklusionshandlingen) än genomförda insatser (avslutshandlingen). Med tanke på för hur stor andel av barnen som socialtjänsten har lyft behovet av insatser riktat mot missbruk, ligger det nära till hands att anta att insatser kopplade till missbruk och riskbruk är ett område som bör vidareutvecklas i den integrerade vården.

Barnpsykiatrisk bedömning och utredning: För samtliga barn som avslutats fanns psykiatriska frågeställningar vid inklusion. För samtliga barn inleddes också vården med en barnpsykiatrisk bedömning²⁶, ibland kompletterad med fördjupad psykologisk utredning. Det fanns flera exempel på hur SiS och BUP:s psykologer på olika sätt har hjälpts åt att genomföra den psykologiska utredningen. Det fanns också flera exempel på att omvårdnadspersonalen på avdelningarna bidrog i utredningsarbetet med att genomföra skattningar och systematiska observationer i barnens vardag.

Psykoedukation: Av ärendeutvärderingarna framkom att psykoedukativa insatser var ett återkommande inslag i den integrerade vården, det vill säga utbildning som handlar om att lära sig mer om olika svårigheter och diagnoser, hur man fungerar och vad man kan göra för att det ska bli bättre. Insatserna genomfördes oftast av BUP:s personal och riktades oftast direkt till

²⁶ Barnen som inkluderas träffar Bup för en barnpsykiatrisk bedömning, ett så kallat nybesök, redan innan beslut om inklusion fattas.

barnen. Det fanns också exempel på att psykoedukativa insatser gavs till barnens familjer eller till den avdelningspersonal som oftast fanns till hands i barnets vardag.

Psykologisk behandling: Pilotverksamheterna har rapporterat att den psykologiska behandlingen i hög utsträckning har inriktats på att stabilisera mående och beteende hos barnen för att på sikt öka mottagligheten för psykologiska behandlingsprogram. Den psykologiska behandlingen har i hög utsträckning behövt anpassas utifrån barnens funktionsnivå, och det har ofta varit svårt att genomföra ett behandlingsprogram i sin helhet. Känslskola och individuella psykoterapeutiska samtal återkom i dokumentationen. Olika behandlingskomponenter med inriktning på självskadebeteende och trauma var också vanligt förekommande.

Läkemedelsbehandling: En av de allra vanligaste insatserna under integrerad vård var läkemedelsbehandling. Läkemedelsbehandlingen ordinerades av BUP men genomfördes alltid i nära samverkan med SiS sjuksköterskor.

Användningen av särskilda befogenheter

Behovet av särskilda befogenheter påverkas av SiS förmåga att anpassa miljön runt barnet. Det kan handla om att till exempel reglera kravnivå efter barnets förutsättningar, antalet platser per avdelning, möjligheter att sektionera, och tillgång till personal. Barnen som inkluderades i integrerad vård presenterade, som beskrivits ovan, mycket höga nivåer av våldsam utagerande beteende. Ofta kunde barnens våldsamma beteenden förstås som symtom på en omfattande och komplex neuropsykiatrisk problematik men ibland också som symtom kopplade till personlighetsproblematik och antisocial utveckling. Oavsett bakomliggande problematik behövde, även i den integrerade vården, våldet hanteras och olika typer av skyddsåtgärder tillgripas för att säkerställa en trygg vård- och arbetsmiljö.

Pilotverksamheterna har hittills kommunicerat att både SiS och BUP behöver stärka sina kunskaper om att förstå, förebygga och bemöta våld i vården och att gemensamma metoder och förhållningssätt kan vara av stort värde. Vidare har pilotverksamheterna kommunicerat att vårdmiljön och möjligheterna att göra individuella anpassningar kan vara av stor betydelse.

Vård på låsbar enhet - Pilotverksamheterna har på ett enhetligt vis rapporterat att barnen som inkluderades i mycket hög utsträckning inledningsvis hade vårdbehov som motiverade låsbar vård. Av regeringsuppdraget framgår att den integrerade vården ska ta sikte på långsiktiga och öppna vårdformer för barnen som inkluderas. I pilotverksamheterna har behovet av stöd till barnet i övergången från låsta till öppnare vårdformer, och hur det bör lösas, diskuterats löpande.

Uppföljningen visar att den integrerade vården genomfördes i sin helhet på låsbara avdelningar för knappt 60 % av barnen (28 av 49 barn). I fem av de 49

avslutade ärendena vårdades barnet under hela tiden i integrerad vård på en öppen avdelning. I åtta ärenden fanns uppgifter om att barnet under pågående IV-vård flyttades till öppen avdelning (på samma ungdomshem) eller TFCO-familj och avslutade den integrerade vården under öppnare former. Så totalt har 13 barn åtminstone delvis vårdats under öppnare former under tiden för den integrerade vården.

Vård i enskildhet (VIE): För drygt hälften av de 49 barnen som hade avslutat integrerad vård fanns minst ett tillfälle VIE registrerat under pågående integrerad vård. För 9 av 49 barn, ca en femtedel av barnen, genomfördes minst 70 % av vårdtiden i integrerad vård i VIE.

Pilotverksamheterna har rapporterat att en hög andel av barnen i integrerad vård hade omfattande behov av individuella anpassningar i vårdmiljön. Barnen hade stora svårigheter, och kunde fara illa av, att hantera stimuli nivån på en standardavdelning och att samvårdas med fem till sex andra barn. VIE förbättrade möjligheten att utforma en individuellt anpassad vård- och boendelösning som i högre utsträckning matchade barnets vårdbehov.

Fysiska ingripanden och avskiljningar: Bland de 49 barn som avslutat integrerad vård hade 50 % av flickorna och en tredjedel av pojkarna minst en avskiljning registrerad under pågående integrerad vård. För hälften av barnen fanns också uppgifter om att minst ett fysiskt ingripande registrerats under integrerad vård-perioden.

Pilotverksamheterna rapporterar att det kan ta tid att kartlägga barnets våldsutövande, förstå det och att utveckla och implementera våldsförebyggande vårdmiljöer och ett individanpassat våldsförebyggande bemötande. Det kan också ta tid att kalibrera och få god effekt av behövlig läkemedelsbehandling.

Inför slutrapport kommer en fördjupad analys göras av hur de särskilda befogenheterna använts under den integrerade vården. Av särskilt intresse är att försöka utröna för vilka barn användandet av olika typer av ingripande åtgärder kan minska genom integrerade insatser, och vilka typer av ingripande insatser som behöver finnas i integrerade vårdformer för att kunna erbjuda målgruppen en trygg och säker vårdmiljö. Vidare om det finns barn för vilka våldsproblematiken kan vara en risk som behöver hanteras på lång sikt, och om vårdkedjan efter SiS behöver stärkas för att kunna hantera barn och unga där våldsproblematik behöver beaktas som en konstant risk.

Sjukhusvård och psykiatriska tvångsåtgärder

Av SiS dokumentation framgår att 10 av de 49 barnen (20 procent) under sin tid i integrerad vård vid minst ett tillfälle bedömdes eller vårdades på sjukhus för sina psykiatriska vårdbehov. Uppgifter om psykiatriska tvångsåtgärder under integrerad vård följs huvudsakligen upp av regionerna, och redovisas därför inte i föreliggande sammanställning.

Integrerad vårdplanering

En grundläggande samordnad vårdplanering mellan SiS och BUP genomfördes i alla avslutade ärenden. I ärendeutvärderingarna fanns uppgifter om att formerna för samverkan, d v s de gemensamt upprättade rutinerna för integrerad vård, var betydelsefulla och hjälpsamma. Rutinen för integrerad vård ställer krav på initial gemensam vårdsamordning och regelbundna gemensamma avstämningar. Att utveckla den gemensamma vårdplaneringen har varit ett viktigt fokus under 2023–2024 (se sid. 43 ff.).

Barnens delaktighet

I vilken utsträckning barnen aktivt deltagit i sin vård har särskilt följts upp i ärendeutvärderingarna. I majoriteten av ärendena uppges pilotverksamheterna att barnen till exempel involverats i planeringen av såväl den integrerade vården som av vården som barnens skrivs ut till. Barnen har i relativt hög utsträckning deltagit i SIP-möten, och i fall då de inte önskat delta har deras önskemål och synpunkter hämtats in och tagits upp på mötet.

Pilotverksamheterna rapporterar också att många av barnen har en ambivalent inställning till vård och att barnens förmåga och vilja att delta aktivt kan fluktuera över tid. I projektet förs en löpande dialog om motivationsarbete och hur motivationsarbetet kan byggas upp mot bakgrund av att integrerad vård är en frivillig insats.

Samverkan mellan SiS, BUP och Socialtjänst

Av ärendeutvärderingarna framgår att socialtjänstens roll och engagemang i den integrerade vården varierade. I ca en fjärdedel av ärendeutvärderingarna som granskades fanns uppgifter om att socialtjänstens delaktighet och engagemang brustit. I ytterligare en fjärdedel av utvärderingarna lyftes den positiva samverkan med socialtjänsten som åstadkommit som en framgångsfaktor. En genomlysning av barnens delaktighet pågår i projektet under hösten 2024. Genomlysningen genomförs av den nationella arbetsgruppen som har i uppdrag att bevaka rättighetsperspektiv i vården. Gruppen tittar bland annat på barnens möjligheter att påverka, hur insatserna anpassats efter barnens önskemål, vilken barnsyn som genomsyrar arbetet och hur piloterna arbetat med att pröva barnets bästa. Resultatet kommer att redovisas i SiS slutrapportering av projektet.

Placering efter avslut av integrerad vård

I 23 av 49 avslutade ärenden var barnet kvar på SiS efter avslutad integrerad vård. I sju av de 23 ärendena flyttade barnet till ett annat ungdomshem, varav 2 till SFA-avdelning.

I 16 ärenden var barnet kvar på samma ungdomshem när den integrerade vården avslutades. Av dem fick två barn fortsatt vård på en låst MBB/akut-avdelning, nio barn fick fortsatt vård på en låsbar behandlings-avdelning och

fem barn fick fortsatt vård på en öppen behandlingsavdelning.

Av de 26 barn som flyttade ut från SiS i samband med avslut av integrerad vård flyttade 11 till ett HVB, 6 till familjehem, 6 barn flyttade hem till förälder/vårdnadshavare och tre barn till andra boende eller omsorgsformer.

Del 2 – Utvecklingsarbetet sedan förra delrapporten

SiS och regionerna ska tillsammans samla in kunskap om hur den integrerade vården kan arbeta med urval och inklusion, utredning och bedömning, påbörjande av behandling och annat stöd samt samordning och planering av vård och omsorgskedjan. Kunskapsinsamlingen och utvecklingsarbetet utgår från vården som bedrivs i pilotverksamheterna. Pilotverksamheternas utformning av vården skiljer sig åt i vissa avseenden och har likheter i andra.

Redan i ansökningarna om statsbidrag inför uppstart av projektet framträdde olikheter i regionernas intentioner med sin medverkan, deras tankar om innehåll och arbetssätt och deras tänkta bemanning samt dimensionering av arbetet. Vissa skillnader har jämnats ut under projektåren, andra ter sig mer konstanta.

Deltagande ungdomshem bidrar också med olika förutsättningar. Exempelvis skiljer sig målgrupper, platstyper och vårdmiljöer åt och hemmens hälso- och sjukvårdsorganisationer är olika dimensionerade. Att piloternas arbetssätt skiljer sig åt berikar projektet med en bredd av erfarenheter och resultat.

Utvecklingsarbetet under 2023 och 2024 har tagit sin utgångspunkt i de utvecklingsområden som pekats ut i delrapporterna från SiS, Socialstyrelsen och Lumell från 2023 (se sid. 10 ff.). Utvecklingsarbetet är emellertid bredare än så och i följande avsnitt redovisas delar av arbetet och förutsättningarna för detta med fokus på:

- *Vilka barn som behöver integrerad vård* - om vårdbedömsbedömning, differentiering och målgrupp.
- *Den integrerade vårdens innehåll och utformning* - om integrering, de sociala vårdinsatserna, vårdmiljö, medarbetarnas kompetens mm.
- *Andra förutsättningar för integrerad vård* - Om juridiska förutsättningar, särskilda befogenheter och SiS kapacitetsbrist.
- *Långsiktighet och obruten vårdkedja* - om kontinuitet i barnens vård.

Vilka barn behöver integrerad vård?

Vårdbedömsbedömning och differentiering

I förslaget om pilotprojekt som föregick regeringsuppdraget²⁷ tar Socialstyrelsen upp att den integrerade vården troligen kommer att behöva differentieras och specialiseras eftersom olika tillstånd och vårdbehov hos de som inkluderas kommer att ställa olika typer av krav på till exempel vårdmiljö och personalens kompetens. Att den integrerade vården har genomförts inom

²⁷ Socialstyrelsen (2019). *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov - Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård*.

ramen för befintlig differentiering inom SiS, har påverkat möjligheterna att utforska ökad specialisering, till exempel när det gäller lokaler och bemanning. SiS har dock parallellt med integrerad vård-projektet fortsatt att utveckla differentieringen för hela ungdomsvården, vilket också breddat erfarenhetsbasen för integrerad vård-projektet. På de berörda ungdomshemmen finns t.ex. nu fyra särskilt förstärkta avdelningar (SFA) där flera av barnen fått sin integrerade vård. Förstärkta avdelningar för barn med särskilda tillsynsbehov (STB) pilottestas just nu inom SiS. En av pilotavdelningarna för STB finns i VGR.

Processen för att bedöma barnets behov av vård har setts över

Process och verktyg för aktualisering, vårdbehovsbedömning och inklusion till integrerad vård finns utförligt beskriven i föregående delrapport²⁸. I korthet består processen av sex steg:

1. Ärendet aktualiseras, oftast av SiS.
2. Ärendet bedöms av SiS, mot bakgrund av inklusionskriterierna, med hjälp av ett strukturerat bedömningsstöd.
3. Information om integrerad vård till socialtjänst, vårdnadshavare och barn samt bedömning av bestämmanderätt.
4. Remiss till BUP, samt inhämtande av skriftligt samtycke för informationsdelning.
5. Remissbehandling och nybesök hos BUP för barnpsykiatrisk bedömning.
6. SiS och BUP tar gemensamt ställning till barnets vårdbehov vid ett så kallat inklusionsmöte.

I halvtidsutvärderingen av integrerad vård bedömde Lumell att det behovsbedömnings- och remissförfarande som SiS använder var för omfattande, att informationsinsamlingen vid aktualisering eventuellt tog för lång tid och innehöll överskottsinformation. Mot den bakgrunden granskades ett sextiotal inkluderade integrerad vård-ärenden. För ärendena som undersöktes var genomsnittstiden från aktualisering till inklusion drygt en månad. Momentet som ofta tog mest tid i anspråk var inhämtande av samtycke från barnens vårdnadshavare. En ändring i rutinen gällande samtyckesinhämtning gjordes och fördes in i anvisningarna. Övriga moment bedömdes ta rimlig tid i anspråk, och inga andra ändringar i proceduren infördes. Processen bygger på att två vårdgivare tillsammans bedömer vårdbehov. SiS behöver kartlägga barnets behov och vårdhistorik strukturerat för att kunna göra likvärdiga bedömningar av vårdbehoven. För att BUP ska kunna bedöma vårdbehov behöver de träffa barnet för nybesök och barnpsykiatrisk bedömning. Innan ett nybesök behöver BUP sätta sig in i remiss och tidigare dokumentation. Med tanke på innehållet i de olika stegen

²⁸ Statens institutionsstyrelse (2023). *Delrapport 1 Integrerad vård*. Dnr 1.1.4-3126-2023.

blev intrycket att pilotverksamheterna arbetar aktivt för att hålla väntetiden för varje barn så kort som möjlig.

Konsultationsteam – BUP vägleder SiS att remittera till rätt vårdnivå

I början av pilotarbetet framkom att det fanns en osäkerhet på ungdomshemmen kring vilka barn som skulle tas emot av integrerad vård och vilka barn som snarare skulle remitteras till BUP:s öppenvård. För att stödja ungdomshemmen i psykiatrisk vårdbedömning införde BUP-teamet i VGR under 2023 ett nytt arbetssätt kallat "konsultationsteam". Tanken var att ett team från BUP, bestående av specialistläkare och psykolog skulle besöka ungdomshemmen i VGR regelbundet för att träffa ungdomshemmens hälso- och sjukvårdsteam, samt de som samordnar vården på avdelningarna. På konsultationsteamet fick SiS personal möjlighet att göra aidentifierade ärendebeskrivningar av barn som uppfattades ha psykiatriska besvär. Utifrån SiS-personalens redogörelser och information bistod BUP-personalen med vägledning om vårdnivå. Konsultationsteamet har tagits emot väl och har lett till att fler barn med behov av psykiatrisk vård har identifierats, och remitterats till ordinarie öppenvård, men också till integrerad vård. Konsultationsteamet ersätter inte i några avseenden ovan beskrivna vårdbedömning för integrerad vård. Arbetssätten kompletterar varandra och konsultationsteamet upplevs ha lett till en ökad kunskap på SiS om BUP:s uppdrag och arbetssätt.

Fortsatta gemensamma ansträngningar för att identifiera målgruppen

Ett av projektmålen är, som tidigare nämnts, att beskriva och avgränsa målgruppen för integrerad vård. Under 2023 och första halvåret 2024 fördes en löpande diskussion om målgruppens avgränsning, både på den nationella projektnivån och i pilotverksamheterna. Efterhand som antalet inkluderade barn ökade kunde "grupper i gruppen" skönjas, dels avseende typ av problematik och dels avseende samlad svårighetsgrad. Diskussionen i det nationella projektet har främst rört det senare, den samlade svårighetsgraden eller vårdtyngden i respektive ärende, och att det eventuellt framträdde en grupp bland de inkluderade barnen som presenterade en särskilt komplex och svårbedömd eller svårbehandlad problematik. Dessa barns samlade behov var enligt pilotverksamheterna svåra att ta omhand under de förutsättningar som integrerad vård-projektet verkade (och verkar) i. Pilotverksamheterna bedömde under slutet av 2023, i en första skattning av barnen som då inkluderats, att för i grova drag hälften av de inkluderade barnen var integrerad vård i den form som erbjudits i pilotverksamheterna tillräcklig. Men också att cirka hälften av barnen hade en särskilt komplex och svår problematik där den integrerade vården, så som den getts i piloterna, inte var rätt utformad för att möta barnens vårdbehov fullt ut. Socialstyrelsen menade att det var dessa barn, barnen som behövde något "mer" än integrerad vård, det fortsatta arbetet skulle inriktas på.

En arbetsgrupp har försökt definiera målgruppen ytterligare

En nationell arbetsgrupp kallad "Målgruppsgruppen" tillsattes och fick under vintern 2023 i uppdrag att ytterligare definiera den del av målgruppen som kunde bedömas vara i behov av en ny vårdform, det vill säga barn som har så komplexa och sammansatta sociala och psykiatriska behov att de inte kan få sina vårdbehov tillgodosedda i den integrerade vård som under projektet byggts upp i pilotverksamheterna.

Arbetsgruppen bestod av regionernas specialistläkare i psykiatri, medicinskt sakkunnig inom barn- och ungdomspsykiatri på Socialstyrelsen samt SiS och Socialstyrelsens projektledare. Gruppen utgick från de ärenden som bedömts som de mest komplexa bland de barn som inkluderats och föreslog en ny målgruppsbeskrivning och inklusionskriterier för en ny vårdform.

Målgruppsbeskrivningen som togs fram tar fasta på de samlade vårdbehoven i ett ärende och är inriktad på att beskriva svårighetsgrad oavsett vilken typ av psykiatrisk och social problematik barnet presenterar. En inbyggd svårighet i en målgruppsbeskrivning som ska rymma många olika typer av problematik är att få den tillräckligt spetsig och träffsäker. Förslaget kommer att prövas och revideras gemensamt av regionerna och SiS under den återstående projektiden.

Differentiering - olika behov ställer olika krav på vårdinnehåll, kompetens och vårdmiljö

Pilotverksamheterna har utöver att barnens problematik varierar i generell svårighetsgrad rapporterat om att barnen presenterar olika typer eller kategorier av problematik som ställer olika krav på vårdinnehåll, kompetens och vårdmiljö.

Redan i Socialstyrelsens förslag om pilotprojekt²⁹ fanns tankar om differentiering och förslag om specialisering av den integrerade vården avseende tre olika kategorier av tillstånd:

1. autismspektrumtillstånd och intellektuella funktionsnedsättningar,
2. allvarligt och upprepat självskadebeteende eller suicidbeteende, eller
3. psykoser eller annan allvarlig psykisk störning.

SiS har i olika sammanhang beskrivit liknande kategorier av vårdbehov i ungdomsvårdens och missbruksvårdens populationer som legat till grund för det arbete med differentiering av vården som myndigheten påbörjat, som till exempel utvecklingen av särskilt förstärkta avdelningar (SFA). Vårdbehoven har bland annat beskrivits i SiS interna kartläggning av särskilda vårdbehov

²⁹ Socialstyrelsen (2019). *Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov – Förutsättningar och former för integrerad vård och annan specialiserad vård.*

från 2020³⁰. Vårdbehovsområdena kräver enligt SiS särskilda insatser, särskild organisering och kunskap, samt förstärkt samverkan med regionerna. Vårdbehoven som återfanns hos både LVU- och LSU-placerade barn och unga liknar och överlappar varandra i viss mån men kan övergripande kategoriseras enligt nedan:

- A. Barn och unga där vårdbehoven domineras av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar som tex autism och intellektuell funktionsnedsättning och som kan beskrivas motsvara personkrets 1 inom ramen för LSS. Ofta i kombination med annan psykiatrisk tilläggsproblematik.
- B. Barn och unga där problematiken domineras av kriminalitet, antisocialitet, kluster B-relaterad personlighetsproblematik och med stort våldskapital och instrumentell våldsbenägenhet. Inte sällan i kombination med olika neuropsykiatriska tillstånd.
- C. Specialistpsykiatriska området. Unga med omfattande psykiatrisk problematik i form av till exempel psykossjukdom, ångesttillstånd och bipolära tillstånd. Även i denna grupp kompliceras diagnostiken ofta av komplex samsjuklighet och neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Sexuella beteendestörningar, trauma, våldsam utagerande, risk- och missbruk och allvarlig självskadeproblematik förekommer i alla grupper ovan. Sexuella beteendestörningar är emellertid vanligast i grupperna A och B, medan allvarligt självskadebeteende och svårbedömd och ihållande suicidalitet är vanligast i grupperna A och C.

Även bland de barn som inkluderades i integrerad vård kan ovan beskrivna kategorier skönjas. I diskussioner med regionerna har liknande tankar framkommit, och i något av de kunskapsunderlag som pilotverksamheterna sammanställt³¹ finns övergripande beskrivningar om olika behovskategorier. Att utforska om sådana kategorier går att identifiera bland de inkluderade barnen skulle kunna vara av värde för att rama in målgruppen för integrerad vård. Genom att analysera målgruppen utifrån vårdbehov som ställer olika krav på vårdmiljö och vårdinnehåll skulle också kunskapsarbetet avseende dessa områden kunna utvecklas vidare.

Den integrerade vårdens utformning och innehåll

Av regeringsuppdraget framgår att integrerad vård ska utvecklas för att möta vårdbehoven hos barn som behöver heldygnsvård inom socialtjänsten och som har samtida behov av psykiatrisk vård som annars skulle ges i sluten

³⁰ Statens institutionsstyrelse (2020). *Särskilda vård- och resursbehov – En kartläggning av särskilda vård- och resurskrävande ungdomar och klienter som vårdats inom SiS åren 2018 och 2019*. Rapport 6 2020, SiS i fokus.

³¹ Region Östergötland feb 24

form. Vården ska i första hand riktas till barn och unga med de största behoven.

Avseende arbetsformer har Socialstyrelsen fastslagit att regionens personal och SiS personal ska arbeta tillsammans i tvärprofessionella team på ungdomshemmen och gemensamt ta fram lämpliga arbetsformer för utredning och bedömning, påbörjande av stödinsatser och behandling samt samordning och planering av vård- och omsorgskedjan inför avslutad vistelse vid SiS.

Som tidigare nämnts har pilotverksamheterna delvis haft olika förutsättningar. Hur olika förutsättningar på ungdomshemmen, så som målgrupp, avdelningstyp och platssituationen på SiS, påverkat utvecklingsarbetet diskuteras i följande avsnitt.

Avsnittet inleds med en beskrivning av hur projektet arbetat med att öka integreringen i pilotverksamheterna. I sin delrapport från 2023 konstaterade Socialstyrelsen att en enhetlig modell för eller definition av begreppet integrerad vård saknas. Samtidigt fastslogs att integrerad vård i projektet definieras som att *”den sociala och psykiatriska vården ges samordnat och av ett tvärprofessionellt team som i samverkan utreder barnets eller den unges behov samt bedömer och påbörjar relevanta behandlingar och andra insatser”*. Vidare skrev Socialstyrelsen att integrerad vård innebär en tätare samverkan än den som är att förvänta inom ramen för ordinarie vårdutbud, och att en utmaning i projektet var att det i praktiken tycktes oklart vad en ordinarie samverkan mellan SiS och regionerna ska bestå av.

I halvtidsrapporten från 2023 presenterade Lumells en modell för att bedöma nivå av integrering. Med utgångspunkt i modellen bedömde Lumells att integreringen som vid den tidpunkten uppnått i pilotverksamheterna till stora delar motsvarade en nivå som borde kunna åstadkommas inom ramen för ordinarie samverkan, och att projektet därmed inte utvecklat någon modell för en ny integrerad vårdform. För att bygga kunskap om en ny integrerad vårdform, menade Lumells, behövde pilotverksamheterna utforska möjligheterna att tillämpa en högre grad av integrering än vad som hittills gjorts.

Om integrering av vården i pilotverksamheterna

Ungdomshemmen hade vid projektstart olika beredskap för att ”släppa in” BUP i en nära samverkan på avdelningsnivå och på flera håll inom SiS fanns inledningsvis en förväntan om att BUP genom projektet skulle komma till SiS och ta hand om barnens psykiatriska behov utan att det skulle påverka SiS-vården i någon större utsträckning. I början av arbetet beskrevs kommunikation och informationsöverföring från BUP och integrerad vårdteamet till avdelningspersonalen som en stor utmaning i flera av piloterna. BUP fick signaler om att avdelningspersonal och andra professioner inte hade

tid att mötas för att diskutera vården av barnen gemensamt. Generellt bedömde dock pilotverksamheterna, vid tidpunkten för utvärderingarna våren 2023, att integreringen ökat sedan start och att vården i flera väsentliga avseenden nu planerades och genomfördes gemensamt.

Mot bakgrund av uppföljningsrapporterna från 2023 intensifierades emellertid arbetet med att öka integreringen ytterligare i piloterna. En arbetsgrupp bestående av projektledare från Socialstyrelsen, SiS, Region Östergötland och VGR tillsattes för att, utifrån Lumells input, ta fram en projektgemensam skattningsskala för att operationalisera integrering i pilotverksamheterna.³² Syftet var dels att tydliggöra vad som inom projektet avsågs med integreringsgrad, i konkreta termer och mätbara steg. Ett annat syfte var att skapa en gemensam ram för pilotverksamheterna att skatta integreringsgraden och bedöma om det fanns behov av att stärka det lokala arbetet på något område.

Några exempel på områden eller dimensioner av integrering som tas upp i modellen är i vilken utsträckning det finns en gemensam målbild, i vilken utsträckning vården arbetsleds och styrs gemensamt och i vilken utsträckning pilotverksamheten arbetar utifrån gemensam kunskap och metodik. Modellen tar upp tio områden där SiS och BUP i pilotverksamheterna kan och bör integrera sitt arbete. För respektive område kan SiS och BUP bedöma var, på en skala, pilotverksamheten befinner sig och ställa sig frågorna: *Vill vi öka graden av integrering? Vilka aktiviteter, konkreta, skulle kunna flytta oss i önskad riktning? Vem gör vad? När?*

Pilotverksamheterna har nu möjlighet att testa skattningsskalan som ett sätt att utveckla det lokala pilotarbetet. Det gemensamt överenskomna ramverket för integrering kan också komma till användning i planering och utformning av ett eventuellt fortsatt uppdrag om att utveckla integrerad vård.

Pilotverksamheternas erfarenheter av att öka integreringen

Det område piloterna främst siktade på att öka integreringen i var gemensam vårdplanering och ömsesidig informationsöverföring. Olika lösningar prövades för att komma framåt. Pilotverksamheterna har i olika omfattning testat att gå från de separata vårdavstämningar för integrerad vård som rutinen föreskriver, till att BUP istället deltog i avdelningens ordinarie möten för vårdplanering och dialog kring barnens vård (behandlingsteam och behandlingskollegium). På vissa håll i projektet kunde avdelningens ordinarie möten nästan helt ersätta separata vårdavstämningsmöten, medan man på andra håll behöll vårdavstämningarna samtidigt som BUP:s deltagande på avdelningarnas möten ökade. Förändringarna har inneburit att frekvensen i vårdsamordningsarbetet generellt har ökat och att BUP-personalen träffade fler yrkeskategorier runt barnen. På behandlingsteamens planerar och följer SiS

³² Integreringstabellen och Skatta integrering, arbetsmaterial, SiS 2023

och BUP gemensamt upp barnets sociala- och psykiatriska vårdplanering. Funktioner från ungdomshemmet upplevde en ökad förståelse för den psykiatriska vården och kunde inhämta ett psykiatriskt perspektiv på planeringen av insatser. BUP fick återkopplande information och bredare insyn i barnens vardag och skolgång. På de avdelningar som kommit längst integreringsmässigt deltar BUP nu i både behandlingsteam och behandlingskollegium. BUP kan också vid behov delta på avdelningarnas överlämningar mellan arbetspass. Regionerna framhåller särskilt betydelsen av att direkt från avdelningspersonalen och löpande kunna följa barnets vårdbehov och hur barnet uppfattar och svarar på de insatser och anpassningar som prövas.

En högre intensitet i vårdplanering innebar att personalen träffades oftare. Det underlättade också planering och bokning av gemensamma insatser. Ett vanligt arbetssätt i piloterna är att SiS och BUP-personalen genomför insatser tillsammans, till exempel kan barnets kontaktperson delta i stödsamtal med BUP-psykolog för att skapa kontinuitet och trygghet för barnet.

I två av pilotverksamheterna finns en tydligare integrering av SiS skolverksamhet i integrerad vård-projektet. Här tycks arbetsterapeuternas roll ha varit särskilt viktig. Från dessa piloter rapporteras om att den ökade integreringen gett goda resultat i skolgången, och det i sin tur uppfattats ha gett en positiv effekt på vården i sin helhet.

Ett sätt att integrera kunskap och skapa gemensam metodik i behandlingen är handledning. Ett återkommande arbetssätt i piloterna är ärendespecifik handledning till personal på avdelningen, individuellt eller i grupp. BUP:s handledning avser framför allt att hjälpa personal på avdelningen att möta utmaningar i barnets vardag, utifrån barnets unika förutsättningar och behov. Fortbildande och psykoedukativa insatser riktade till avdelningspersonal, om till exempel psykosjukdom eller autismspektrumtillstånd, förekommer också med viss regelbundenhet.

Ett område där ökad integrering efterfrågats i piloterna är gemensam ledning/arbetsledning. Framförallt BUP-personal uttryckte inledningsvis att det kunde vara svårt att påverka vårdinnehåll och behandling i tillräcklig utsträckning. Frågorna som väcktes handlade om vem som hade rätt att bestämma om vad i den integrerade vården. Eftersom vård i samverkan innebär att många beslut behöver fattas gemensamt har frågor av den karaktären kunnat lösas genom utveckling av chefssamverkan. I VGR-piloten utvecklades chefssamverkan från att genomföras regionalt, gemensamt för de fem ungdomshemmen, till att genomföras lokalt på varje ungdomshem, för att möjliggöra en tydligare lokal ledning av det integrerade arbetet. Genom förflyttningen blev chefssamverkan mer relevant för både SiS och BUP eftersom sekretessförhållandena mellan ungdomshemmen inte längre påverkade vilka diskussioner som kunde föras i gruppen. Sis kvalitetschefer, som bland annat är chefer för ungdomshemmens hälso- och

sjukvårdspersonal, är en central samverkanspart för BUP när de arbetar mot olika avdelningar på ungdomshemmen.

Samtliga pilotverksamheter lyfter betydelsen av att få ökad inblick i och förståelse för den andra vårdgivarens verksamhet och uppdrag. I det tycks tid, gemensamma erfarenheter och antal gemensamma ärenden ha betydelse. En ökad integrering tycks lättare komma till stånd på avdelningar där barn regelbundet inkluderas i integrerad vård. På avdelningar där integrerad vård är en "sällanuppgift" är god integrering av vården fullt möjlig, det finns tydliga exempel på det, men det kräver en större arbetsinsats från både BUP:s och SiS-avdelningens sida.

Oklara roller och ansvar för hälso- och sjukvård på hemmen påverkar

Uppfattningen i integrerad vård-projektet är fortsatt att behovet av en tydligare hälso- och sjukvårdsorganisation inom SiS är stort. En otydlig organisation och stora variationer i den lokala utformningen på ungdomshemmen komplicerar samverkan med regionerna och gör det svårt att få den integrerade vården enhetlig. I integrerad vård-projektets halvtidsutvärdering identifieras SiS hälso- och sjukvårdsorganisation som ett av sex förbättringsområden: "att se över rollbeskrivningarna för hälso- och sjukvårdspersonal vid SiS ungdomshem."³³

Det har genomförts riktade dialoger med SiS sjuksköterskor, psykologer och kvalitetschefer med ansvar för ungdomshemmens hälso- och sjukvård i projektet, om ansvarsfördelning och roller och utvecklingsbehov inom ramen för projektet. Att skapa tydliga rollbeskrivningar särskilt för pilotarbetet har hittills inte varit möjligt eftersom pilotarbetet bara rör en liten grupp barn och hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsuppgifter rör alla barn och unga på ungdomshemmen. Dialogerna med psykologer och sjuksköterskor utgör dock ett viktigt kunskapsunderlag inför slutredovisningen av projektet.

Det pågår ett förändringsarbete inom SiS på det här området. Hälso- och sjukvårdsverksamhet har under 2023 beskrivits och analyserats i en intern kartläggning³⁴, som har resulterat i en översyn av SiS hälso- och sjukvårdsorganisation.³⁵ I juni 2024 fattades beslut om ny organisation, som innebär att en ny sektion inrättas på huvudkontorets avdelning för forskning och utveckling 1 januari 2025, "Sektionen för hälso- och sjukvård". Vidare har en medicinsk rådgivare inrättats på SiS huvudkontor.

³³ Lumell Associates (2023). *Utvärdering av pilotprojektet inom regional psykiatri och hos Statens institutionsstyrelses piloter för integrerad vård – Halvtidsutvärdering 2023*, sid. 16.

³⁴ Statens institutionsstyrelse (2023). *Beskrivning och analys av SiS hälso- och sjukvårdsverksamhet 2023*. Dnr. 1.1.4-7749-2023.

³⁵ Statens institutionsstyrelse (2023). *Uppdrag om organisering av myndighetens hälso- och sjukvårdsverksamhet*. Dnr. 1.1.4-7749-2023.

I den pågående genomlysningen av den statliga ungdomsvården³⁶ ska utredningen väga in förslag gällande hälso- och sjukvården från betänkandet "Barn och unga i samhällsvård".³⁷

Den pågående utredningen om ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården kan också komma att påverka ansvaret för hälso- och sjukvården vid ungdomshemmen, även om utredningen inte har något särskilt ansvar att titta på hälso- och sjukvården vid SiS ungdomshem. Utredningen ska redovisas senast den 2 juni 2025.³⁸

Oavsett vilket hälso- och sjukvårdsuppdrag SiS slutligen får är samverkan med regionerna fortsatt nödvändig och avgörande för en god och sammanhållen vård för barn och unga med komplexa och omfattande hälso- och sjukvårdsbehov. Med ett förtydligat och avgränsat hälso- och sjukvårdsuppdrag för SiS kommer det bli tydligare hur arbets- och uppgiftsfördelning mellan till exempel en SiS-psykolog och en BUP-psykolog bör se ut. Det kan, i sin tur, underlätta uppbyggnad av en enhetlig integrerad vård, oavsett på vilket ungdomshem den ska genomföras.

Integrerad vård – samtidiga sociala och psykiatriska insatser

Det kan finnas organisatoriska och arbetsmiljömässiga fördelar med hög grad av integrering. Integrering kan emellertid också bli ineffektivt om det tar för mycket samordningsresurser i anspråk eller riskerar skapa dubbelarbete utan att önskade effekter i vården uppnås. Det är vidare inte självklart att en ökad integrering tillvaratar barnens intresse på bästa vis. En ökad integrering skulle kunna skapa oönskade effekter, som till exempel att det blir otydligt för barnen vilka insatser som är frivilliga att delta i.

I den integrerade vården ska barnpsykiatrisk frivillig vård samordnas tätt med den sociala tvångsvård som bedrivs på SiS. Barnen som inkluderas i den integrerade vården har rätt att veta vilka delar i vården som är frivilliga och vilka som kan genomföras med tvång. På det viset förutsätter själva konstruktionen integrerad vård att det går att tydliggöra vilka insatser som ingår i den sociala vården och vilka insatser som är hälso- och sjukvårdsinsatser.

Målgruppen för integrerad vård är barn med omfattande och komplex social och psykiatrisk samsjuklighet. Gruppen som inkluderats kännetecknas av att sociala och psykiatriska sårbarhetsfaktorer har påverkat barnens utveckling över lång tid och utmynnat i komplexa tillstånd där den sociala och den

³⁶ Socialdepartementet (2024). *En reform av den statliga barn- och ungdomsvården för en trygg och kvalitativ vård*. Dir. 2024:13.

³⁷ Socialdepartementet (2023). *För barn och unga i samhällsvård*. SOU 2023:66.

³⁸ Socialdepartementet (2023). *Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården*. Dir. 2023:73.

psykiatriska problematiken är så sammanflätad att den inte längre låter sig sorteras i tydliga sociala respektive psykiatriska vårdbehov.

Med en komplex och sammanflätad problematik blir det i en praktisk och klinisk vardag på en avdelning svårt att särskilja vilka insatser och behandlingskomponenter som hör till hälso- och sjukvården och vilka som faller inom socialtjänstområdet. SiS och BUP har utifrån barnens problematik och tillstånd många överlappande ansvarsområden i att till exempel stödja barnen i sin vardag och färdighetsutveckling, att stödja en fungerande skolgång, arbeta med barnets nätverk, motverka missbruk och annat. I en behandlingsmiljö där vården genomförs integrerat och BUP:s och SiS personal tydligt jobbar tillsammans med insatser kopplade till målgruppens problematik blir det högst troligen svårt för ett barn att identifiera vilka insatser de har rätt att säga nej till. Det är god, samordnad och samtidig vård för barnet som är målet. Att utforska vid vilken grad av integrering en tillräckligt samordnad vård kan ges är således en uppgift för projektet.

Socialtjänstens uppdrag till SiS

Inför placering på SiS formulerar socialtjänsten en vårdplan. I vårdplanerna formuleras barnens vårdbehov och vad socialtjänsten förväntar sig av SiS-vården i form av insatser.

Av vårdplanerna för de barn som inkluderats i integrerad vård framgår att den sociala vården ska erbjuda barnen en trygg miljö med tillgång till stabila vuxna som kan ge känslomässigt stöd, hälsofrämjande rutiner och ADL-träning, stöd i att få skolgång eller daglig sysselsättning att fungera och stöd i att utveckla positiva och prosociala relationer med familj och vänner. För barnen som inkluderats i integrerad vård tycks socialtjänstens förväntningar på den sociala vården i huvudsak handla om att stabilisera barnens livssituation. Insatserna tar ofta sikte på grundläggande vardagsfunktion och basal färdighetsträning.

En majoritet av vårdplanerna beskriver att barnen också har omfattande hälso- och sjukvårdsbehov, och att insatser i form av psykiatrisk behandling och/eller utredning behövs. Barnens funktionsnivå påverkas naturligtvis i hög utsträckning av neuropsykiatriska- och komplexa psykiatriska tillstånd, vilket i hög utsträckning också påverkar mottagligheten för de ovan beskrivna sociala insatserna. Insatserna behöver anpassas individuellt utifrån det enskilda barnets förmåga och unikt sammansatta problematik för att barnet ska kunna ta dem till sig. Vid så komplexa tillstånd som barnen i integrerad vård uppvisar krävs specialiserad psykiatrisk kompetens för att bedöma hur anpassningar behöver utformas. I integrerad vård tillförs sådan kompetens av barnpsykiatri.

Allt tydligare hur den sociala vården behöver svara upp mot behoven i målgruppen

I SiS första delrapport om integrerad vård konstateras att myndigheten behöver fortsätta utforska hur den sociala vården på ungdomshemmen behöver anpassas för att möta IV-målgruppens vårdbehov. De ovan beskrivna sociala vårdinsatser tycks utgöra den integrerade vårdens centrala sociala komponenter. Projekterfarenheterna hittills visar att SiS, för att specialisera den integrerade vården, behöver vidareutveckla verksamheten på följande områden:

Anpassade avdelningsmiljöer: Den integrerade vården genomförs på SiS. Det är således SiS som behöver säkerställa att lokalerna där vården bedrivs är anpassade efter målgruppens behov. Se vidare på sid. 50 ff.

Trygghet och säkerhet: En majoritet av barnen i integrerad vård uppvisar, som en del av den samlade problematiken, ett våldsamt utagerande beteende. Den sociala vårdmiljön, och personalen, behöver vara rustade för att förebygga och bemöta våldsamt utagerande på ett systematiskt och kunskapsbaserat vis. Se vidare på sid. 53 ff.

Personalens kompetens: När BUP och SiS tillsammans planerar och genomför integrerad vård kan de sociala insatserna ovan, med hjälp av BUP:s expertis, anpassas efter barnens behovs- och funktionsnivå. För att kunna genomföra vården som planeras behöver emellertid SiS-personalen som bemannar avdelningar där integrerad vård genomförs, utöver den redan krävda kompetensen för SiS behandlingspersonal, ha grundläggande kompetens på det neuropsykiatriska och psykiatriska kunskapsområdet. Se vidare på sidan 53 ff.

Hög struktur och metodik i vardagsarbetet: För att stabiliserande insatser ska kunna genomföras strukturerat behövs systematik och metodik. SiS riktlinjer för mottagning- och behovsbedömning och behandling ger SiS-avdelningarna en kunskapsbaserad struktur för det sociala arbetets genomförande. Genomförandet dokumenteras och kan följas i barnets sociala journal. I den integrerade vården behöver den sociala vården samordnas med hälso- och sjukvården för att uppnå den grad av integrering som kan vara nödvändig för att skapa och genomföra ett samlat vårdinnehåll. Eftersom gemensam vårdokumentation inte kan upprättas inom ramen för gällande regelverk är det en utmaning att upprätta, hålla och följa önskvärda gemensamma strukturer.

Vidareutvecklade instruktioner och anvisningar saknas än så länge för de anpassade behandlingsavdelningarna SFA och STB. En tydligare gemensam ram avseende vårdinnehåll och genomförande av vården på dessa avdelningar kan öka förutsättningarna för framgångsrik samverkan med den regionala psykiatrin och barn- och ungdomshabiliteringen i allmänhet och

den integrerade vården i synnerhet. Normering av SFA och STB pågår på sektionen för verksamhetsutveckling på SiS HK.

Integrerad vård ställer höga krav på vårdmiljön

Regeringsuppdraget gav inga anvisningar, vare sig till SiS eller Socialstyrelsen, om att på förhand ta fram särskilda platser eller lokaler för att genomföra utvecklingsarbetet. Några arbeten för att kravställa vårdmiljö och lokaler inför uppstart gjordes därför inte. Den integrerade vården bedrivs således på ordinarie avdelningar på något av de nio ungdomshem som är med i projektet, utifrån rådande lokala förutsättningar. Det innebär att det inom integrerad vård-projektet finns exempel på moderna, målgruppsanpassade och funktionella lokaler och på lokaler som är äldre, nedslitna och saknar behövliga anpassningar.

När regionerna, SiS och Socialstyrelsen har diskuterat frågor om lokalernas utformning samt vård- och arbetsmiljöer betonas återkommande behovet av följande:

Vårdmiljö:

- Små avdelningar med max 3–4 boende.
- Egen boendesektion med separat in- och utpassering, låsbar med möjlighet att öppna upp efterhand som stabilisering inträder. Tillgång till gemensamhetsutrymmen.
- Hög säkerhet, robust inredning, sensoriska anpassningar avseende ljud, ljus, färg och så vidare.
- Möjligheter att göra individuella anpassningar i vårdmiljön.

Pilotverksamheterna beskriver behov av boendemiljöer som i sin utformning har en genomgående neuropsykiatrisk anpassning, det vill säga möjlighet till stimulusbegränsning, goda förutsättningar till aktivering och till att öva adaptiva vardagliga färdigheter och tydlig struktur i vardagen med hjälp av kognitiva hjälpmedel. Många av barnen som inkluderats i integrerad vård-projektet har vårdats i enskildhet (VIE). De höga VIE-talen kan vara en indikation på att en hög andel av målgruppen har behov av en avgränsad och anpassad vårdmiljö, och har en problematik som medför svårigheter att samvårdas med andra i en vanlig avdelningsmiljö.

Arbetsmiljö:

- Utformning som möjliggör för personal att hålla god överblick och god tillsyn.
- Lokalmässiga förutsättningar för en arbetsgrupp från två vårdgivare att kunna arbeta gemensamt och separat. Exempelvis behöver digital uppkoppling mot respektive huvudmans verksamhetssystem fungera.

SiS har idag inte några lokaler som motsvarar ovanstående. De lokaler som idag är bäst anpassade för integrerad vård, och i högst utsträckning matchar beskrivningen ovan, är de lokaler som finns, ska iordningställas eller byggas nya som särskilt förstärkta avdelningar (SFA) och avdelningar för särskilda tillsynsbehov (STB). SiS har för närvarande ett underskott av sådana avdelningar.

Det krävs omfattande utveckling av vårdmiljöerna för att de ska vara lämpliga för den integrerade vårdens uppdrag och inriktning. I SiS regleringsbrev³⁹ för budgetåret 2024 finns anvisningar om att myndigheten ska arbeta med vidareutveckling av lokalbeståndet och arbeta för att säkerställa anpassade och ändamålsenliga lokaler för vården. Ett intensivt arbete pågår och det finns hos SiS ledning en uttalad viljeinriktning om att på sikt gå mot mindre barngrupper och flexibla avdelningar. Arbetsgruppen för integrerad vård har under 2024 inlett en dialog med Sektionen för lokalförsörjning vid SiS huvudkontor för att erfarenheterna från integrerad vård ska kunna tas tillvara i myndighetens lokalförsörjningsplanering.

SiS och regionernas ansvar att säkerställa en trygg och säker vård för barnet relaterar i hög utsträckning till frågan om vårdmiljöer, som i sin tur relaterar till frågor om säkerhet. SiS har under projektiden infört en differentierad säkerhetsklassning av hemmen i tre olika säkerhetsnivåer.

Samtidig vård och säkerhet – säkerhetsarbetet behöver också integreras

Målgruppens ofta omfattande psykiatriska problematik påverkar i hög grad hur säkerheten bedöms, exempelvis utagerande beteende, självskada eller självmordsnära beteenden. Svårigheter att integrera ett barnpsykiatriskt perspektiv och ett säkerhetsperspektiv på vården har återkommande varit uppe för diskussion i projektet. Pilotverksamheterna har erfarenhet av att perspektiven krockar. De standardiserade klassificeringar, arbetssätt och bedömningar som säkerhetsarbetet inom SiS vilar på, det vill säga hur det är normerat, uppfattas skapa begränsningar i friheten att utforma individuella insatser och anpassningar för barnet. Ansvariga för vården i pilotverksamheten har upplevt att risk- och säkerhetsbedömningar har hindrat dem från att genomföra det som utifrån ett vård- och barnpsykiatriskt perspektiv har bedömts vara till barnets bästa.

SiS beslut om att säkerhetsbedömningar ska genomföras på varje barn innebär till exempel att antalet personal ett barn behöver vid utevistelser normerats.⁴⁰ I den pågående översynen av hemmens organisation konstateras att det finns en målkonflikt gällande arbetet med säkerhetsbedömningar och tillgänglig

³⁹ Socialdepartementet (2023). *Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende Statens institutionsstyrelse*. S2023/03257.

⁴⁰ Statens institutionsstyrelse (2023). *Riktlinje för säkerhetsbedömning*. Dnr. 1.4.2-6841-2023; Statens institutionsstyrelse (2024). *Instruktion för säkerhetsbedömning*. 1.4.2-4134-2024.

bemannning i förhållande till barnens rättigheter till exempelvis utevistelser, skolgång och sysselsättning.⁴¹

I den integrerade vården är BUP närvarande i verksamheten och har aktuell kunskap om den medicinska vården och barnets hälsa. Det är ett tillskott av information och kunskap om barnet som skiljer den integrerade vården från den ordinarie verksamheten. Frågor om hur kunskapen ska tas om hand och beaktas har väckts och diskuterats i projektet under året. Uppfattningen från SiS sida är att det finns goda förutsättningar att arbeta integrerat också på säkerhetsområdet, för en samtidig vård och säkerhet. För att lyckas krävs dialog och ömsesidig förståelse för bedömningsgrunder, metodik och arbetssätt.

Under 2023 har en dialog inletts med SiS säkerhetsavdelning om vårdmiljöer och förutsättningar för integrerade perspektiv i arbetet med riskinventeringar och säkerhetsbedömningar. I dialogen har projektledningen på SiS, vårdsamordnare och BUP från pilotverksamheten i VGR samt företrädare för SiS säkerhetsavdelning deltagit. Syftet var att gemensamt utforska vårdmiljöns betydelse i en integrerad vårdlösning. I ett första steg handlade dialogen konkret om hur den medicinska kunskapen kan utgöra ett underlag i säkerhetsbedömningarna. Samtalen resulterade i en samsyn om värdet att ta tillvara kunskapen som den integrerade vården kan ge, att beakta den medicinska expertisen i arbetet med riskanalyser och säkerhetsbedömningar.

BUP i VGR har också tagit initiativ till gemensam planering mellan SiS säkerhetsansvariga och regionens motsvarighet med målsättningen att öppna upp för mer individanpassade säkerhetsrutiner och handlingsplaner.

När den integrerade vården på det här sättet omfattar integrerade arbetssätt också avseende säkerhet kan det bidra till en större samsyn om barnets behov. Integreringen bör ske så tidigt som möjligt, redan när ett barn inkluderas i integrerad vård, och sedan löpande i samband med gemensamma vårdavstämningar mellan BUP och SiS.

I 2023 års revidering av rutinen för integrerad vård har mötesagendor för vårdsamordning och vårdavstämning kompletterats för att säkerställa att säkerhetsbedömningarna beaktas i planeringen av barnets vård.⁴² Pilotverksamheterna fortsätter att utforska möjligheterna till samtidig vård och säkerhet.

⁴¹ Statens institutionsstyrelse (2023). *SiS nya organisation för institutionerna*. Dnr. 1.1.4-1836-2023. s. 15.

⁴² Statens institutionsstyrelse (2023). *SiS rutin för integrerad vård*. Dnr. 1.1.4-3126-2023.

Nya förutsättningar att förebygga och bemöta våldsamt beteende när vården är integrerad

En gemensam nämnare för en huvuddel av de inkluderade barnen är att våldsamt och utagerande beteende är en del av problematiken.

Våldsamt beteende kan förstås och tolkas på olika vis. Våld kan vara reaktivt och uppstå som en följd av överkrav och brist på anpassningar i vårdmiljön. Våld kan också vara av en mer instrumentell karaktär härledas till en antisocial utveckling där våldets syfte är att skrämma och kontrollera. För individer med komplex social och psykiatrisk problematik krävs en bred kunskap och klinisk erfarenhet för att identifiera vad som driver ett våldsamt beteende.

I pilotverksamheterna har både SiS och BUP beskrivit behov av att vidareutveckla kompetens i att utreda, bemöta och behandla våldsamt beteende.

I SiS verksamhet finns riktlinjer för hur det våldsförebyggande arbetet ska genomföras. Som exempel ska Bröset violence checklist (BVC)⁴³ användas dagligen för att på kort sikt bedöma och motverka risk för våld. SiS har också riktlinjer för att upprätta individuella "trygghetsplaner"⁴⁴, som ska användas för att involvera individen i det våldsförebyggande arbetet och möjliggöra ett individanpassat bemötande i kritiska situationer. SiS följer upp hur BVC och trygghetsplanen används i vården av de inkluderade barnen. Det finns dock brister i dokumentationen som medför att det är svårt att avgöra hur systematiskt verktygen används. SiS rutin för integrerad vård tar inte särskilt upp hur BVC och trygghetsplanen ska användas eftersom utgångspunkten har varit att riktlinjer för verksamheten i stort efterföljs. Erfarenheterna från pilotarbetet indikerar att rutinen för integrerad vård kan behöva kompletteras med ett förtydligande om systematiskt våldsförebyggande arbete. Frågan kommer att diskuteras vidare i arbetsgruppen för integrerad vård under hösten 2024.

Den integrerade vården ställer krav på medarbetarnas kompetens

I den integrerade vården arbetar SiS personal i team med BUP:s personal på ungdomshemmet där barnet är placerat. Vården genomförs inom ramen för SiS ordinarie vård- och behandling och hälso- och sjukvård och har inte inneburit förändrade eller nya kompetenskrav.

⁴³ Statens Institutionsstyrelse (2011). *Instruktion för överlämning mellan arbetspass*. Dnr 14-741-2011.

⁴⁴ Statens Institutionsstyrelse (2022). *Riktlinje för trygghetsplanen*. Dnr 1.4.2-8257-2022.

SiS bemanning av integrerad vård

För den integrerade vården knyts ett integrerad vård-team till barnet på den avdelning där barnet vårdas. Sammansättningen av integrerad vård-teamet regleras i rutinen för integrerad vård, som en rekommendation: sjuksköterska, psykolog samt behandlingssekreterare bör ingå i teamet och skolpersonal och behandlingspedagog kan ingå. Ungdomshemmen har utformat teamen något olika. Huvudsakligen består teamen av behandlingssekreterare, psykolog, sjuksköterska, lärare och behandlingssamordnare eller behandlingspedagog. Vid vissa ungdomshem kan enhetschefer ingå.

Det finns således inte ett fast integrerad vård-team på ungdomshemmet utan det sätts samman utifrån vilken avdelning barnet är på. Vilka som deltar i teamet beror på barnets behov och komplexiteten i ärendet och delvis också på bemanningen på respektive avdelning. Det innebär att det finns skillnader i utformningen av teamen såväl mellan ungdomshemmen som mellan avdelningar på samma ungdomshem. Deltagande från exempelvis SiS psykologer och sjuksköterskor varierar kraftigt mellan ungdomshemmen. På vissa ungdomshem har dessa professioner hög närvaro och på andra deltar de bara sporadiskt i IV-vården. Andra skillnader rör i vilken utsträckning familjebehandlare och medarbetare i skolverksamheten är involverade.

Både Socialstyrelsen och Lumell har i sina rapporter påtalat värdet av att utveckla fasta team för integrerad vård på ungdomshemmen. Regionerna har beskrivit utmaningar med att i varje nytt ärende också få ett nytt team att samverka med. I nuvarande organisering av integrerad vård där barnen inkluderas på avdelningarna där de är placerade, skulle *ett* fast IV-team på ungdomshemmet innebära strukturella ingrepp i avdelningarnas ordinarie arbetssätt runt barnen. SiS såg risker med sådana förändringar och fördelar med att de som jobbar närmast barnet är de som deltar i IV-arbetet, och tillförde istället vårdssamordnare till ungdomshemmen.

Vårdssamordning

Funktionen "vårdssamordnare" har inrättats tillfälligt på SiS under projektperioden. Funktionen ska fungera som en fast kontakt för BUP och bidra till stadga och enhetlighet i samverkan med ungdomshemmen. Vårdssamordnaren ska också avlasta ungdomshemmen med den extra administration och dokumentation som projektet kräver. Vårdssamordnaren står i nära kontakt med ungdomshemmens medarbetare som ingår i IV-teamen. Vårdssamordnaren har en nyckelroll när barn aktualiseras för remiss till integrerad vård och i det inledande arbetet med att upprätta en samverkansstruktur runt de barn som inkluderas i vården. Vårdssamordnarna är knutna till de ungdomshem som deltar i projektet; två för ungdomshemmen i VGR, en för SiS ungdomshem Rebecka och SiS ungdomshem Tysslinge i Region Stockholm, en för SiS ungdomshem Hässleholm och en för SiS ungdomshem Folåsa. Kompetenskraven för en vårdssamordnare i integrerad vård är samma som för behandlingssamordnare

(se nedan). I projektet har kompetensen hos dem som innehaft rollen varierat. Huvudsakligen har vårdsamordnarna varit socionomer, och i tre av pilotverksamheterna har vårdsamordnarrollen i vissa perioder bemannats med psykologer. Under 2024 har en utvärdering av vårdsamordnarrollen påbörjats. Utvärderingen är en del i arbetet med att samla in kunskap om hur SiS bäst kan möta de krav den integrerade vården ställer på ungdomshemmens bemanning och kompetens.

Avdelningspersonalens kompetens

Av de medarbetare som arbetar direkt med barnen på avdelningarna utgör behandlingsassistenter, behandlingspedagoger och behandlingssamordnare den största yrkesgruppen. Kompetenskrav för behandlingsassistenter är gymnasieexamen och erfarenhet av arbete med människor i utsatta livssituationer, till exempel arbete inom psykiatri eller inom LSS-omsorg. Kraven för behandlingspedagog är examen från 2-årig eftergymnasial utbildning vid folkhögskola eller yrkeshögskola med inriktning mot socialt/pedagogiskt behandlingsarbete eller examen från högskola med motsvarande inriktning. Vid omvårdnadsarbete av hälso- och sjukvårdskaraktär kan nämnda krav ersättas med yrkesutbildning till undersköterska eller mentalskötare i kombination med flerårig yrkeserfarenhet. Kraven för behandlingssamordnare är lämplig högskoleutbildning såsom socionom, beteendevetare eller annan likvärdig högskoleutbildning, alternativt 2-årig yrkeshögskola med gedigen erfarenhet av programverksamhet.

Sammansättningen av behandlingsassistenter, behandlingspedagoger och behandlingssamordnare på en avdelning är reglerad inom SiS: minst 10 procent ska vara behandlingssamordnare och max 20 procent ska vara behandlingsassistenter.

På SiS förstärkta behandlingsavdelningar finns utökade kompetenskrav för behandlingsassistenter, behandlingspedagoger och behandlingssamordnare. Det krävs fördjupningsutbildning i Motiverande samtal (MI) och konflikthantering, introduktionsutbildning i Funktionell analys, utbildning i att möta självskada samt en tvådagars fördjupningsutbildning om att arbeta med neuropsykiatrisk problematik och funktionsnedsättningar.

Sedan hösten 2021 deltar nyanställda behandlingsassistenter, behandlingspedagoger och behandlingssamordnare i en riktad obligatorisk grundutbildning. Det krävs en tillsvidareanställning för att genomgå utbildningen, som är 10 veckor lång. Tre av veckorna genomförs på internat och är gemensamma för övriga medarbetare som arbetar direkt med barn, ungdomar och klienter, exempelvis sjuksköterskor, lärare, psykologer och behandlingssekreterare. Utbildningen ger fördjupade kunskaper om bland annat: SiS uppdrag och målgrupper, lagstiftning, psykiatri/neuropsykiatri, beroendeproblematik, etik och mänskliga rättigheter, aktuella

behandlingsmetoder, konflikthantering, Motiverande samtal (MI), suicidprevention och Traumamedveten omsorg, (TMO). Parallellt med utbildningen handleds deltagarna av särskilt utbildade handledare på sina respektive arbetsplatser.

Utbildning i suicidprevention och konflikthantering är obligatorisk för samtliga anställda som arbetar direkt med barn, ungdomar eller klienter, oavsett anställningsgrund.

Bemanning och rekrytering av personal inom SiS

Personalens sammantagna kompetens vad gäller utbildning och erfarenhet ska ge förutsättningar att möta de behov av vård som målgruppen har och säkerställa en trygg och säker vård. SiS har under en längre tid haft stora utmaningar i att bemanna verksamheten. Det beror dels på att det är svårt att attrahera och rekrytera rätt kompetens, dels på svårigheter att behålla medarbetare.⁴⁵ När ungdomshemmens bemanning är otillräcklig påverkar det grundförutsättningarna för en effektiv vård och behandling. Skillnaderna mellan ungdomshemmen och avdelningarna kan vara stora vad avser personalens kompetens och andelar av personalen som genomgått relevanta interna utbildningar, både de obligatoriska och övriga.⁴⁶ För projektet innebär det att förutsättningar att ge varje barn en ändamålsenlig vård och behandling skiljer sig åt i pilotverksamheterna.

Kompetenshöjande insatser i projektet

Den integrerade vården har vuxit fram genom samverkan och har tagit sig något olika uttryck i pilotverksamheterna. Behov av fortbildning och kompetensutveckling ska uppmärksammas och tillgodoses löpande och efter behov i respektive pilotverksamhet.

Den vanligaste kompetenshöjande insatsen som beskrivits är kontinuerliga personalkonsultationer från både psykolog och läkare, och läkemedelsinformation riktad till SiS medarbetare. BUP kan exempelvis handleda medarbetare övergripande på en avdelning eller rikta sig till utpekade medarbetare eller funktioner i specifika ärenden. Ett annat exempel är arbetsterapeuten som kan delta i elevhälsoteam, samverka på avdelningarna och, som i Östergötlands fall, hålla i föreläsningsserier för SiS lärare och medarbetare i skolverksamheten. I Östergötland och Stockholm har BUP-teamet också tagit fram ett digitalt utbildningsmaterial riktat till avdelningspersonal. Materialet är av psykoedukativ karaktär och behandlar de vanligaste psykiatriska tillstånden.

⁴⁵ Statens institutionsstyrelse (2023). *Internrevisionen – Granskning av bemanningsplanering*. Dnr. 1.3.2-249-2023.

⁴⁶ Riksrevisionen (2024). *SiS särskilda ungdomshem – brister i statens tvångsvård av barn och unga*. RiR 2024:7. s. 62.

Avdelningspersonalens kompetens behöver förstärkas

Utöver att säkerställa att personalen uppfyller kraven för sina befattningar enligt ovan, kan avdelningspersonalens kompetens behöva utvecklas i några avseenden. Erfarenheterna från integrerad vård pekar i riktningen att en ökad grundläggande förståelse för neuropsykiatriska funktionsvariationer, psykiatrisk sjukdom och systematisk omvårdnad skulle underlätta samverkan och höja kvaliteten på vissa insatser.

Att förebygga och bemöta våldsamt beteende – En hög andel av barnen i integrerad vård har ett våldsamt beteende. Personalen som arbetar med barnen bör därför ha särskilda kunskaper och utvecklad metodik för att på ett systematiskt och kunskapsbaserat vis hantera och förebygga våld i avdelningsmiljöerna.

I mars 2024 slutredovisade SiS ett regeringsuppdrag om att utveckla det våldsförebyggande arbete med målet att motverka konflikter som leder till hot och våld i mötet med särskilt utsatta barn och ungdomar.⁴⁷ I planering av kompetensutveckling på området finns det skäl att uppmärksamma och beakta den kunskap och de erfarenheter som sammanställts i rapporten. Ett pågående uppdrag på Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) bör också beaktas där SBU genomför kunskapssammanställningar om alternativa metoder och arbetssätt till tvångsvården inom den psykiatriska tvångsvården, den rättspsykiatriska tvångsvården och den statliga institutionsvården. Uppdraget ska slutredovisas senast i december 2025.⁴⁸

Grundläggande kunskaper om olika psykiatriska sjukdomstillstånd – Detta ingår ofta i grundutbildningen för behandlingspedagoger och annan omvårdnadspersonal. Kunskaperna kan dock behöva fyllas på och uppdateras med viss regelbundenhet.

Grundläggande kunskaper om personcentrerad vård – Om personcentrerad vård blir ett etablerat begrepp/inslag i integrerad vård bör personalen introduceras i metodiken.

Grundläggande kunskaper om medicinskt omvårdnadsarbete – Om avdelningspersonalen rustas med grundläggande kunskaper i medicinsk omvårdnad kan kvaliteten på insatser som rör barnens medicinska behov höjas.

Fördjupade kunskaper om att arbeta med neuropsykiatriska funktionshinder, med särskilt fokus på autism och intellektuell funktionsnedsättning (IF) – En

⁴⁷ Statens institutionsstyrelse (2024). *Slutredovisning av regeringsuppdrag. Uppdrag om våldsförebyggande arbete i regleringsbrev för budgetåret 2022 avseende Statens institutionsstyrelse*. Dnr. 1.1.1-7693-2022.

⁴⁸ Socialdepartementet (2023) *Uppdrag att genomföra kunskapssammanställningar om alternativa metoder och arbetssätt till tvångsätgärder*. Dnr. S2022/04744.

kunskapshöjning avseende bemötande av barn på autismspektrat och barn med IF har återkommande efterfrågats av avdelningarna som deltagit i integrerad vård-arbetet.

Fördjupade kunskaper om att bemöta självskadebeteende och suicidnära barn och unga – Detta har efterfrågats regelbundet av avdelningarna som deltagit i integrerad vård-arbetet.

Stärkta kunskaper om sekretesslagstiftningen – Den integrerade vården ställer höga krav på personalens förmåga att tillämpa regelverket om sekretess i det dagliga arbetet. Erfarenheterna från pilotverksamheterna visar att kunskaperna behöver stärkas på SiS avdelningar.

Samtidigt som det är viktigt att det finns grundläggande kunskaper hos avdelningspersonalen, är det också viktigt att komma ihåg att specialistkunskap och expertis avseende psykiatri tillförs genom BUP:s närvaro i vården. Barnens behov är ofta komplexa, och standardiserade metoder, råd och arbetssätt kan behöva anpassas och individualiseras med utgångspunkt i de specialistkunskaper på området som BUP har. Det kontinuerliga lärandet i att samverka med specialister från BUP i den dagliga vården torde bidra till en generell kompetensökning i SiS personalgrupper.

Det är också viktigt att stärka och utveckla *enhetschefernas kompetens* avseende till exempel intern organisation samt att leda arbete i samverkan med andra vårdgivare. Vård av barn och unga med komplex problematik och höga symtomnivåer är behäftad med ökade risker i såväl vården som arbetsmiljön. Tydlighet i arbetsledning och uppgiftsbeskrivning samt systematiska arbetssätt är nyckelkomponenter för att öka motståndskraften mot destruktiva parallellprocesser.

Den integrerade vårdens innehåll – arbetet med att individanpassa insatser

Den integrerade vårdens innehåll har tagit olika form i pilotverksamheterna, dels beroende på vilket grunduppdrag ett ungdomshem eller avdelningarna där den integrerade vården genomförts har, och dels beroende på regionernas inriktning och arbetssätt. Eftersom den integrerade vården genomförs i SiS ordinarie verksamhet påverkas vårdinnehållet av uppdrag och struktur på avdelningen där barnen vårdas.

Att ge barnet den vård det behöver är i grunden ett rättighetsprojekt. Att ge frivillig vård i en verksamhet som har befogenheter att inskränka grundläggande fri- och rättigheter kräver kunskap och aktualiserar konstant bärande principer som proportionalitet och självbestämmande. Barnens möjligheter att delta i och påverka sin vård bör prägla såväl arbetssätt som vårdinnehåll.

Barnets delaktighet och inflytande

I SiS rutin för integrerad vård tydliggörs ansvaret att möjliggöra och säkerställa barnets delaktighet och inflytande och hur det ska beaktas genom hela processen, utifrån barnets behov och förutsättningar.

Varje pilotverksamhet gjorde inledningsvis en övergripande barnkonsekvensanalys för att säkerställa att barnets rättigheter finns med när beslut ska fattas i den integrerade vården. Arbetsgruppen kallad "Rättighetsgruppen" har samordnat och varit ett stöd i det arbetet. Arbetsgruppen har utbildat pilotverksamheterna och tagit fram den gemensamma mall som används för att genomföra analyserna. Under 2024 följer respektive pilotverksamhet upp sina analyser. Uppföljningen kan bidra med kunskap om hur de inkluderade barnens rättigheter har beaktats i praktiken. Uppföljningen fokuserar på barnets rätt till delaktighet och inflytande. "Rättighetsgruppen" håller ihop analysarbetet för ett gemensamt lärande och utveckling. Uppföljningen blir en del av projektets slutredovisning.

Socialstyrelsen har introducerat "Personcentrerad vård" i projektet, hittills enbart som ett begrepp. Det finns emellertid ambitioner att under hösten 2024 utforska det också som ett arbetssätt i projektet, att pröva personcentrering som en gemensam grund och strategi för att förverkliga barnets rätt till delaktighet och inflytande.

Ett perspektiv att beakta för denna målgrupp, som är ung och har omfattande komplexa vårdbehov, är barnets rätt att avstå från att uttrycka sina åsikter och önskemål, som av vissa kan upplevas svårt och krävande. Det är viktigt att lägga information och erbjudandet om deltagande på en lättillgänglig nivå. Det är med andra ord viktigt att möta det unika barnet där det befinner sig, och för många i den yngre åldersgruppen är det en för högt ställd förväntan att kunna kommunicera tydliga önskemål och aktivt delta i planering och avväganden gällande den egna vården. Ett tydligt och centralt exempel är hanteringen av barnets samtycke till vård, som lyfts nedan (se sidan 65 ff.).

Hemmens och avdelningarnas uppdrag påverkar vårdinnehållet

Integrerad vård har genomförts på tre olika avdelningstyper. Avdelningarna har olika uppdrag och arbetssätt, i viss mån skiljer sig också bemanning och personalens specialisering åt.

Avdelningar för mottagning och behovsbedömning⁴⁹ (MBB) har i uppdrag att avbryta kriminalitet, missbruk eller annat normbrytande beteende och samtidigt bedöma behov och rekommendera insatser till nästa steg i vårdkedjan. Omsorg och stabilisering tillsammans med en systematisk risk-

⁴⁹ Statens institutionsstyrelse (2022). *Riktlinje för SiS ungdomsvård – Mottagning och behovsbedömning & Behandling*. Dnr. 1.1.4-5833-2022.

och behovsbedömning, screening av fysisk och psykisk ohälsa samt bedömning av behov kopplade till skolgång är centrala delar i MBB-avdelningarnas uppdrag. MBB-avdelningarna är anpassade för kortare vårdtider. Utgångspunkten är att behovsbedömningsprocessen tar ca åtta veckor i anspråk, och att barnet eller den unge sedan ska slussas vidare till lämpliga behandlingsalternativ inom eller utanför SiS.

Det finns goda erfarenheter av samverkan även i vården på MBB-avdelningar. Från bland andra SiS ungdomshem Hässleholm och SiS ungdomshem Tysslinge har pilotverksamheterna rapporterat om välfungerade, samordnade insatser som gynnat bredd och kvalitet i bedömningsarbetet. Samtidigt rapporterar BUP-teamen att MBB-avdelningarnas personal, oftare än på andra avdelningstyper, hänvisar till att det är svårt att få resurserna att räcka till för utökad samverkan och insatser. Det har således varit svårt att integrera vården fullt ut. På vissa avdelningar har uppgifts- och ansvarsfördelningen mellan BUP:s medarbetare och ungdomshemmets MBB-team, där det finns psykolog och tillgång till läkare hos både SiS och BUP utgjort en utmaning.

Enbart sex av de barn som hade avslutat den integrerade vården i mars 2024 genomförde hela sin vårdperiod på en MBB-avdelning, ytterligare tre inledde sin vård på MBB-plats. Även om gruppen barn som fått integrerad vård på MBB-avdelning var liten så indikerar uppföljningsdata att vårdtiderna för integrerad vård på en MBB-avdelning blir avsevärt kortare, än om vården genomförs på en behandlingsavdelning.

SiS Behandlingsavdelningar. Det huvudsakliga uppdraget på en behandlingsavdelning är att erbjuda vård, stöd och behandling utifrån barnets eller den unges individuella behov och socialtjänstens uppdrag och planer.⁵⁰ Målsättningen är att bryta negativ utveckling och skapa tillräcklig stabilitet i barnets eller den unges fungerande och livssituation så att fortsatta vårdinsatser kan ges utanför institutionsmiljön. Behandlingsavdelningen kan vara låsbar eller öppen.

Den integrerade vården har hittills huvudsakligen genomförts på SiS låsbara behandlingsplatser. För fem barn genomfördes hela perioden av integrerad vård på öppen behandlingsplats, och ytterligare några barn flyttades under den integrerade vården från låsbar till öppen plats.

De erfarenheter från integrerad vård som redovisas i delrapporten bygger således i hög utsträckning på erfarenheter av att genomföra integrerad vård på behandlingsavdelningar. Behandlingsavdelningarna är rustade för att ge individuellt utformad social vård och behandling. Beredskapen för individuella anpassningar skapar i grunden goda möjligheter för samverkan med BUP. Avdelningarna har emellertid 6–7 vårdplatser, vilket medför att

⁵⁰ Statens institutionsstyrelse (2024). *Instruktion för planering och genomförande – Behandlingsavdelning*. Dnr. 1.1.4-2076-2024.

möjligheterna för att åstadkomma individanpassningar avseende till exempel stimulinivå och social exponering är begränsade.

Erfarenheterna av IV-vård på behandlingsavdelningar varierar. Några skäl till det kan vara att SiS-vården är åldersuppdelad på skolpliktiga barn (upp till 15 år), respektive ej skolpliktiga barn och unga (16–20 år). Vården är också i huvudsak könsuppdelad. Det finns enstaka könsblandade avdelningar för skolpliktiga barn, men i huvudsak är avdelningarna på SiS uppdelade på avdelningar för pojkar respektive flickor.

Som ett exempel på skillnader som framträtt i ljuset av åldersskillnader kan nämnas att pilotverksamheterna i Skåne och Östergötland, där enbart skolpliktiga barn vårdas, har haft en annan betoning på, och kommit längre i att integrera skolverksamheten i den integrerade vården än de pilotverksamheter som i huvudsak vårdar den äldre åldersgruppen.

Särskilt förstärkta avdelningar (SFA) är behandlingsavdelningar särskilt anpassade för att vårda barn och unga med omfattande funktionsnedsättningar i kombination med svår psykisk ohälsa. Avdelningar för SFA är inte differentierade avseende ålder. De förstärkta avdelningarna torde kunna understödja den integrerade vården på ett positivt sätt. Det finns flera skäl till det:

- Målgrupperna överlappar. Den höga förekomsten av omfattande och kombinerade funktionsnedsättningar med samtidig psykiatrisk tilläggsproblematik är vanlig i målgruppen för integrerad vård och i målgruppen för SFA. Pilotarbetets resultat hittills visar att målgruppen för integrerad vård har behov av liknande anpassningar som ska finnas på de förstärkta avdelningarna.
- *Anpassningar i vården och vårdmiljön* – Avdelningarna för SFA är eller kommer att bli anpassade såväl bemanningsmässigt, lokalmässigt och kompetensmässigt. Avdelningarna har redan idag högre bemanning än ordinarie behandlingsavdelningar. Kompetensen som ska finnas på en förstärkt avdelning har flera gemensamma drag med den kompetens de integrerade vårdteamen beskriver som grundläggande för att arbeta med målgruppen i integrerad vård-projektet. Avdelningarna för SFA har 4 platser, och har bättre möjligheter att fysiskt anpassa miljö och gruppstorlek genom till exempel inre sektionering, än en vanlig SiS-avdelning.
- *Geografisk placering* – De SFA-avdelningar SiS har finns i områden där psykiatriska mottagningar och psykiatrisk slutenvård ligger inom ett rimligt geografiskt avstånd. En viktig aspekt av integrerad vård är ett nära och välfungerande samarbete med en psykiatrisk slutenvårdsenhet.

Av de 49 barn som hade avslutat den integrerade vården i mars 2024 hade enbart ett barn genomfört den integrerade vården på en SFA-avdelning. Projektet har emellertid större erfarenheter av SFA-vården än så eftersom sammanlagt 9 barn hade inkluderats i den integrerade vården på en SFA-avdelning i mars 2024. Sedan dess har antalet barn som fått integrerad vård på SFA ökat ytterligare eftersom en ny SFA-avdelning öppnade på en Brättegården i maj 2024. På avdelning Kullen på Brättegården har BUP och SiS fått möjlighet att arbeta tillsammans med samtliga barn på avdelningen under en lång sammanhängande tidsperiod (ca 11 månader). Med alla barn på avdelningen inkluderade skapades nya möjligheter integrera arbetet och samverkan utvecklades positivt.

Erfarenheterna från integrerad vård-arbetet visar att de förstärkta avdelningarna, precis som alla andra avdelningar, kan fungera olika väl under olika perioder. Det finns också lokala variationer i hur SFA-uppdraget tolkas och genomförs och i lokalernas utformning och skick. Pilotverksamheternas erfarenheter av att samverka på SFA-avdelningar skiljer sig därmed åt.

För barn som placeras på SFA kan det ofta vara svårt för socialtjänsten att hitta lämpliga placeringar efter SiS, och risken för att barnen blir kvar på avdelningen trots att de är färdigbehandlade är relativt hög. En tendens som kan iakttas utifrån uppföljningen är att vårdtiderna för integrerad vård på SFA-avdelningar ofta tycks bli längre än den i andra avdelningstyper.

Inom ramen för SiS behandlingsavdelningar prövas just nu en ny typ av förstärkta behandlingsavdelningar för särskilda tillsynsbehov (STB). STB-avdelningarna är inriktade på att ta emot barn och unga med omfattande vårdbehov, till exempel kraftfullt utagerande i kombination med psykisk ohälsa, där problematiken inte främst domineras av funktionsnedsättningar. Avdelningar för STB är inte differentierade avseende ålder. I projektet har hittills ingen integrerad vård genomförts på en STB-avdelning.

Regionernas bemanning och resurser

Regionernas utformning av BUP-team påverkar också hur den integrerade vården i piloterna utformas. Regionerna har bemannat sina BUP-team något olika. De tydligaste exemplen är kompetenserna arbetsterapeut och kurator, som finns i tre av fyra pilotverksamheter. I Region Skåne ingår habiliteringsmottagningen barn och unga (BoU) i teamet. Specialistläkare och psykologer finns i samtliga team, men balansen mellan olika professioner och graden av specialisering skiljer sig åt.

Vid behov använder sig integrerad vård-teamen av andra regionala resurser som habiliteringen, primärvården och BUP:s slutenvård. Andra exempel är rättspsykiatri, beroendevård och specialistkompetens avseende grovt våld, kriminalitet och sexuell våldshandling. Samverkan med

ungdomsmottagningar i regionen förekommer också, för att tillgodose barnens sexuella och reproduktiva hälsa och rättigheter (SRHR).

Mobila team eller vård på plats

Mobila team eller vård på plats - antalet aktiva ärenden tycks ha större betydelse än arbetsformen. Regionerna Stockholm och Västra Götaland arbetar med mobila team medan regionerna Skåne och Östergötland har sin personal på plats på ungdomshemmet. I Östergötland är BUP på plats fyra veckodagar och i Skåne två veckodagar.

På Hässleholm har BUP:s fasta dagar skapat vissa problem i förhållande till ungdomshemmets mötesrutiner. En avdelning har ändrat sina mötesdagar för att synkronisera bättre med BUP:s tider, men det är ett omfattande arbete för ett stort ungdomshem att ändra basplanering och schemaläggning för sitt stora antal medarbetare.

På Folåsa beskriver både SiS och BUP fördelar med att BUP-personalen har en hög tillgänglighet på ungdomshemmet. Här lyfts möjligheterna till informella möten fram, och att BUP och SiS snabbt kan få tag i varandra för att lösa större eller mindre frågor som rör integrerad vård-barnen. Samtidigt har det varit utmanande för Folåsa att skapa en god arbetsmiljö för sju externa medarbetare från BUP. Med brist på arbetsrum och utrymmen för den egna verksamheten har tillräckliga utrymmen till BUP-personalen inte kunnat ordnas. I perioder har därför BUP-personalen fått minska sin närvaro på ungdomshemmet vilket både BUP och SiS upplevt påverkat samverkan negativt.

Det är än så länge inte helt tydligt i vilken utsträckning arbetsformerna påverkar innehållet i den integrerade vården, men SiS intryck är att det var viktigare inledningsvis än det är några år in i samverkansarbetet. Som jämförelse har VGR, som arbetar mobilt, nu samma närvaro på Brättegården som Region Skåne har på ungdomshemmet i Hässleholm, som arbetar "på plats". I tillägg har avdelning Kullen en högre BUP-närvaro i avdelningsarbetet än vad som finns på Hässleholm. Möjligen kan mobila team ha en större flexibilitet och potentiellt större räckvidd, jämfört med avdelningsbundna lösningar. Samtidigt tycks det snarare vara antalet ärenden, d.v.s. de samlade erfarenheterna av att samverka, än den grundläggande arbetsformen som påverkar hur den integrerade vården utvecklas över tid.

Psykiatrisk slutenvård behöver vara en del av integrerad vård

Flera av barnen har haft behov av sluten psykiatrisk vård under den integrerade vården. På ungdomshemmen upprättar SiS och BUP handlingsplaner för akuta situationer tillsammans med barnet, vid behov. Planen innehåller en tydlig ansvarsfördelning när det gäller till exempel akuta bedömningar, kontaktvägar och beskrivningar av vad som ska göras vid olika

tillstånd. Det kan till exempel röra sig om plötsligt förhöjd suicidrisk, allvarlig självskada eller annat.

Den psykiatriska slutenvården är inte en organiserad del av integrerad vårdprojektet. Övergångarna mellan den integrerade vården på SiS och den regionala slutenvården har emellanåt varit utmanande. Ett återkommande bekymmer har varit att den regionala slutenvården har haft svårt att omhänderta det emellanåt extremt våldsamma beteende som barnen från integrerad vård uppvisat. Från flera av pilotverksamheterna rapporteras om behov av att vidareutveckla samverkan mellan den integrerade vården och slutenvården

För att underlätta samverkan har Region Skåne tagit fram riktad information till slutenpsykiatri från BUP-teamet, som används när ett enskilt barn kommer till slutenvården. Regionen har också tagit fram en checklista riktad till den personal från SiS som följer med barnet.

Barn har behövt och fått nationell högspecialiserad vård

Nationell högspecialiserad vård (NHV) bedrivs vid utvalda enheter i landet. Samarbete mellan integrerad vård och NHV har förekommit med de regioner som har tillstånd att bedriva vård för svårbehandlat självskadebeteende hos barn- och unga. Även om samarbetet hittills varit begränsat till ett litet antal ärenden är det värt att notera att barn vars psykiatriska vårdbehov motsvarar nationell högspecialiserad vård placeras på SiS, trots de begränsade resurser för hälso- och sjukvård som myndigheten har.

Projektgemensamt utvecklingsarbete om vårdinnehåll

En nationell arbetsgrupp som definierar och beskriver vårdinnehållet i projektet tillsattes under våren 2024 och lade i april fram ett förslag rörande vårdinnehåll för den grupp av barn som pilotverksamheterna bedömt är i behov av andra insatser än vad den integrerade vården kunnat åstadkomma i sin nuvarande organisering. Förslaget är av övergripande karaktär och beskrivs delvis i Socialstyrelsens senaste delrapport.⁵¹ "Vårdinnehåll" är också ett av flera teman för det projektgemensamma utvecklingsarbetet hösten 2024, med utgångspunkt i arbetsgruppens förslag.

Andra frågor om vårdinnehåll som fortsatt diskuteras i projektet är frågor om i vilken utsträckning den integrerade vården ska inrymma behandlingsinsatser och hur övergången från den låsta miljön på SiS till öppnare vårdformer behöver stärkas upp av det integrerade teamet.

⁵¹ Socialstyrelsen (2024). *Utveckling av integrerad vård för barn i SiS särskilda ungdomshem*. Delrapport 2024 s. 31.

Andra förutsättningar för den integrerade vården

Samtyckeshantering

All hälso- och sjukvård är i grunden frivillig, också den vård som barnen får i projektet. Vidare råder stark sekretess mellan SiS och psykiatrin. Ett deltagande i projektet kräver därför att barnet ger sitt samtycke till såväl hälso- och sjukvårdsvårdinsatserna som till den informationsdelning som blir nödvändig för att arbeta gemensamt med vården. Då alla som erbjuds integrerad vård är under 18 år behöver det i varje enskilt fall bedömas vem som har bestämmanderätten över barnets personliga förhållanden. Bedömningen kan falla ut i att barnet ensamt har bestämmanderätt, att barnet delar bestämmanderätten med sina vårdnadshavare eller med socialtjänsten eller att vårdnadshavare eller socialtjänst har hela bestämmanderätten.

Pilotverksamheterna har under året efterfrågat nya arbetssätt för att påskynda hanteringen av samtycken, för att undvika att vårdinsatserna fördröjs. I sin halvtidsutvärdering påtalade Lumell möjligheten att inhämta samtycken muntligt, något som prövats framför allt av Västra Götalandsregionen. Mot den bakgrunden har frågan utretts i projektet och ett tillägg har gjorts i rutinen för integrerad vård. Av rutinen framgår nu att det också är möjligt att samtycka muntligt och hur det ska hanteras och dokumenteras.

Rekommendationen är dock fortsatt att samtycken främst ska inhämtas skriftligen. Att den vård som barnet tar ställning till är frivillig och samtidigt ska bedrivas i en verksamhet som har befogenheter att i vissa fall inskränka grundläggande fri- och rättigheter ställer höga krav på hanteringen. Sättet information ges ska anpassas till ålder och andra individuella förutsättningar. Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att barnet eller den unge har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. För det ändamålet har två bildstöd tagits fram i projektet: information om vad integrerad vård är och information om vad samtycke är. Det är sammantaget mot den bakgrunden skriftliga samtycken fortsatt förespråkas i rutinen. Det är också mot den bakgrunden SiS ser behov av en kunskapsökning avseende sekretesslagstiftningens tillämpning i det dagliga arbetet hos personalen som arbetar med integrerad vård.

Integrerad vård ställer höga krav på informationsdelning

Det står klart att möjligheten att dela information är en central fråga i projektet. Som det ser ut idag sparas informationen om barnets behov i separata system hos socialtjänsten, hos SiS och hos BUP, i system som inte kommunicerar med varandra. SiS och BUP kan i dagsläget inte upprätta gemensam vårddokumentation vilket försvårar gemensam behandlings- och insatsplanering, och att gemensamt organisera och följa upp det dagliga arbetet på ett systematiskt vis. Istället för att kunna ta del av varandras journaldokumentation är SiS och BUP i hög utsträckning hänvisade till muntlig informationsdelning. Delning av journaluppgifter kan, i vanlig ordning begäras mot bakgrund av den enskildes samtycke, men det är

omständligt, innebär en hög administrativ belastning, och ger en fördröjning i tillgång till information som kan vara kritisk för vårdens genomförande.

Pilotverksamheterna har särskilt belyst riskerna avseende läkemedelsbehandling. Att ordinerande/behandlande läkare från BUP inte kan ta del av SiS-sjuksköterskans dokumentation, och vice versa, skapar onödiga patientsäkerhetsrisker.

I pilotverksamheterna har regionerna framfört önskemål om att SiS skulle ansluta till Nationell patientöversikt (NPÖ). NPÖ är en digital infrastruktur som gör det möjligt för en vård- eller omsorgsgivare att ansluta sina journalsystem för att där, med den enskildes samtycke, kunna dela och ta del av andra vårdgivares uppgifter om en patient.

2022 beslutade riksdagen om en ny lagstiftning, lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation (SVOD), vars syfte är att underlätta informationsdelning mellan olika vårdgivare och omsorgsgivare.

SiS har under året sett över möjligheten att underlätta informationsdelningen, utifrån integrerad vård-projektets behov. En rättsutredning pågår om i vilken utsträckning myndigheten omfattas av SVOD:en och hur det i sin tur påverkar SiS möjligheter att ansluta till NPÖ.

I betänkandet från utredningen Barn och unga i samhällets vård (SOU 2023:66) ges förslag om att fortsätta utveckla former för integrerad vård och utöver det att utveckla en avsevärt bredare ordinarie hälso- och sjukvårdssamverkan mellan SiS och regionerna än den som finns idag. I sitt remissvar till utredningen påtalar SiS behovet av ett klagande avseende hur informationsdelning mellan SiS och regionerna ska fungera. SiS framhåller också i svaret vikten av att kunna delta i de informationsutbyten som bygger på direktåtkomst, som exempel SVOD och NPÖ.

Digital samverkan ger möjligheter

Sekretessen som omgärdar den integrerade vården skapar också utmaningar avseende digital samverkan. Regionerna i integrerad vård gör sinsemellan olika bedömningar av hur säkra anslutningar mellan SiS och regionen kan upprättas för till exempel säker e-post och digitala möten där sekretessbelagda uppgifter kan diskuteras. Att utveckla möjligheter för digitalt informationsutbyte av sekretessbelagd information har stor potential att underlätta samverkan inom integrerad vård. Säker digital kommunikation (SDK), är en säker funktion för e-post och informationsutbyte som utvecklats av Inera och förvaltas av Myndigheten för digital förvaltning (Digg), och som nu implementeras i svensk offentlig förvaltning. Såväl SiS som regionerna i projektet har påbörjat ett arbete för att ansluta till SDK, men har kommit olika långt i implementeringsarbetet. I pilotverksamheten i VGR har SiS och regionen arbetat sedan hösten 2023 med att förbereda och upprätta förbindelser via SDK. Under hösten 2024 sätts den första skarpa förbindelsen

upp med ett av ungdomshemmen och planen är att SDK efterhand ska tillgängliggöras för alla ungdomshem i regionens upptagningsområde.

Särskilda befogenheter i den integrerade vården

Pilotverksamheterna lyfter återkommande barnens behov av anpassningar och flexibilitet; att det behöver finnas en förmåga i verksamheten att anpassa, förändra och ställa om för att möta barnets behov. Vården kan behöva växla mellan att ges öppet, låsbart eller i enskildhet beroende på barnets mående och motivation.

Vård på låsbara avdelningar

Vad avser låsbarheten är pilotverksamheterna samstämmiga i uppfattningen att barnen åtminstone inledningsvis har behov av låsbara platser. Den bilden bekräftas av de bedömningar av risk, behov och mottaglighet (RBM) som görs inledningsvis. För 56 av de 73 inkluderade barnen fanns en aktuell RBM-bedömning. Den absoluta majoriteten av bedömningarna visar hög risk för återfall i antisocialitet, vilket kan indikera behov av en låsbar plats.

Avskiljningar och vård i enskildhet (VIE)

För majoriteten av de inkluderade barnen har ett våldsamt och utagerande beteende varit en del av problematiken. Pilotverksamheterna beskriver att det är svårt att bemöta och vidta åtgärder för den omfattning och grad av kraftfull utagerandeproblematik som barnen har uppvisat. Pilotverksamheterna konstaterar att avskiljningar och perioder i enskildhet har varit nödvändiga för många. Pilotverksamheterna konstaterar vidare att den regionala psykiatriska slutenvården inte alltid kunnat ta emot inkluderade barn som bedömts vara i behov av vård och som samtidigt uppvisat ett kraftfullt utagerande och våldsamt beteende. Detta trots att våldet kan anses ha ett starkt och direkt samband med barnets psykiatriska tillstånd.

En hög andel av de inkluderade barnen har vårdats i enskildhet minst en period under sin placering och innan de inkluderades i integrerad vård. Av de barn som har vårdats i enskildhet är det stor skillnad i hur lång tid de har vårdats i enskildhet, från enstaka dagar till hela sin tid på SiS. En knapp fjärdedel av barnen har vårdats i enskildhet mellan 75 och 100 procent av sin placeringstid.

Pilotverksamheterna beskriver VIE som en förutsättning för att kunna anpassa vården och vårdmiljön för vissa barn som vårdas på vanliga behandlingsavdelningar eller MBB-avdelningar, och uppfattar i det hänseendet vårdmiljöerna som problematiska. Mindre avdelningar, med färre barn och större möjlighet att göra individuella anpassningar behövs för att möta barnens vårdbehov.

Det omfattande behovet av att vårda barnen i enskildhet, även på de anpassade behandlingsavdelningarna, är inte helt klarlagt. I en granskning av

de särskilt förstärkta avdelningarna SFA ställer sig Justitieombudsmannen (JO) frågande och kritisk till just det; att behovet av att vårda i enskildhet kvarstår också på anpassade avdelningar i så stor utsträckning att det förefaller utgöra en del av vårdkonceptet.⁵²

Pilotverksamheterna kan konstatera att de anpassningar som vårdkonceptet SFA och STB kräver ännu inte har genomförts fullt ut på alla avdelningar, exempelvis avseende lokalernas utformning och personalens kompetens. En eventuell oproportionerlig användning av VIE kan därför delvis vara relaterad till implementeringen av de anpassade avdelningarna; att den har skett gradvis och anpassats efter de lokala förutsättningarna på ungdomshemmet. Sannolikt skulle behovet av VIE minska, åtminstone till viss del, om tillgången till anpassade lokaler och vårdmiljöer var tillräcklig i förhållande till målgruppernas behov av anpassningar. Lokaler som inte är ändamålsenliga och saknar förutsättningar för sektionering och inre differentiering kan medföra ett ökat behov av tvångsåtgärder. Kapacitetsfrågan rymmer därmed flera frågor i en, det blir en vårdfråga, en barnrättsfråga, en funktionsrättsfråga och en rättssäkerhetsfråga.

Pilotverksamheterna beskriver att perioder i VIE behövs och är nödvändiga för många. Det är en befogenhet SiS har som är avsedd att vara till skydd för barnet. Samtidigt hör befogenheten till en av de mest ingripande åtgärder SiS kan fatta beslut om, det vill säga inskränkningar av barnets grundläggande fri- och rättigheter. Det går inte att utläsa av pilotverksamheternas redogörelser om det vidtagits isoleringsbrytande åtgärder eller hur barnets åsikter och perspektiv har beaktats. Uppgifterna om VIE och huruvida det finns förutsättningar för åtgärden är av det skälet svåra att utläsa och bedöma. Hösten 2024 pågår en intern revision av tillämpningen av VIE som kan bidra med viktig kunskap. I revisionen intervjuas barn och unga som vårdats i enskildhet om sina åsikter och perspektiv på vården.⁵³

SiS utvecklingsarbete för målgruppen flickor

På uppdrag av regeringen pågick under åren 2021–2022 ett riktat arbete inom SiS för att öka tryggheten för flickor på hemmen.⁵⁴ Den så kallade "flicksatsningen" innebar att antalet platser på vissa avdelningar för flickor minskades samtidigt som den personaltäthet som gällde innan platsminskningen bibehölls. Vidare förstärktes vårdorganisationen genom utbildningar, implementeringsstöd och intern samverkan på olika

⁵² Justitieombudsmannen (2023). *Opcat-inspektion av Statens institutionsstyrelse, det särskilda ungdomshemmet Brättegården, den 3–5 juli 2023*, dnr. O 18 2023; *Opcat-inspektion av Statens institutionsstyrelse, det särskilda ungdomshemmet Rebecka, den 13 september 2023*. Dnr. O 20-2023.

⁵³ Statens institutionsstyrelse (2024). *Tillsynsplan 2024*. Dnr. 1.1.3-1176-2024.

⁵⁴ Statens institutionsstyrelse (2021). *Beslut om en samlad satsning för att bättre möta flickors och kvinnors behov inom tvångsvården*. Dnr. 1.1.3-1250-2021.

organisatoriska nivåer. Syftet var att bättre kunna möta behoven hos gruppen flickor och därigenom minska avskiljningstal och vård i enskildhet. I en ettårsuppföljning⁵⁵ och en lägesrapport⁵⁶ redovisas positiva resultat i form av färre tvångsåtgärder, stabilare verksamhet och bättre vård- och arbetsmiljöer.

I slutredovisningen framhålls gruppstorlek och personaltäthet tillsammans med personalgruppens och ledningens stabilitet som viktiga faktorer för att bättre möta flickornas behov. Därutöver beskrivs lokalernas utformning och skick som viktiga faktorer (a.a.). Att tillvarata dessa kunskaper är angeläget, inte minst mot bakgrund av att två tredjedelar av barnen som inkluderats i integrerad vård är flickor.

SiS platsbrist påverkar utveckling och genomförande av integrerad vård

I utvecklingen av integrerad vård är det angeläget att i så hög utsträckning som möjligt specialisera vården utifrån de inkluderade barnens behov. SiS har tagit viktiga steg framåt avseende möjligheterna att matcha barns- och ungas vårdbehov mot ett mer differentierat vårdutbud. Det är ett arbete som har pågått under flera år. Genom att kartlägga och undersöka vårdbehoven i SiS målgrupper har förutsättningarna för att differentiera vården på ett långsiktigt och hållbart vis ökat. De senaste årens kapacitetsbrist påverkar emellertid myndighetens möjligheter att fullfölja det här centrala utvecklingsarbetet. För att barnen som placeras på SiS ska kunna få rätt plats, med anpassat vårdinnehåll och kontinuitet i vården krävs en annan och högre kapacitet än den som nu är tillgänglig.

SiS platsbrist påverkar förutsättningarna att genomföra vården

SiS har under flera år haft en ansträngd platssituation som innebär att kommunerna inte alltid får plats för barn, ungdomar och klienter som har omedelbara behov av vård. Kapacitetsbristen avseende platser går långt tillbaka i tiden och har påverkat ungdomsvården, den slutna ungdomsvården och missbruksvården i olika omfattning, under olika perioder. Som ett exempel har ungdomsvården under 2023, av olika skäl, behövt hålla i genomsnitt cirka 60 vårdplatser tillfälligt stängda. Att erbjuda plats och långsiktigt arbeta för att öka kapaciteten ställer höga krav på prioriteringar. Utvecklingsarbeten som tagit sikte på att öka kvalitet och anpassningar i vården har till exempel tillfälligt pausats för att öka tillgången på platser. SiS redovisade våren 2024 bakgrund, nuläge och framtidsscenarioer i en särskild kapacitetsrapport.⁵⁷ Rapporten är ett svar på ett tidigare regeringsuppdrag.

⁵⁵ Statens institutionsstyrelse (2022). *Minskad gruppstorlek och förstärkt vårdorganisation på vissa avdelningar för flickor – En ettårsuppföljning*. Dnr 1.1.4-6463-2022.

⁵⁶ Statens institutionsstyrelse (2022) *Samlad satsning för att bättre möta flickors och kvinnors behov inom tvångsvården – lägesrapport efter 1, 5 års arbete*. Dnr 1.1.4-6459-2022.

⁵⁷ Statens institutionsstyrelse (2024). *Kapacitetsrapport. SiS åiterrapportering 2023*. Dnr. 1.5.1-9437-2023.

SiS har ett underskott på anpassade behandlingsplatser

Kapacitetsbristen inom ungdomsvården har varit påtaglig under hela projekttiden. Utvecklingen av integrerad vård har särskilt påverkats av underskottet av anpassade behandlingsplatser (SFA och STB). Många av barnen i projektet har behov av de särskilda anpassningar som ska finnas på dessa avdelningar. Utbyggnad pågår men har senarelagts till hösten 2024, för att lokalerna ska kunna anpassas för sitt syfte.⁵⁸

Integrerad vård har erfarit att VIE kan bli ett sätt att skapa de strukturella anpassningar som bedöms vara nödvändiga för att trygga en säker och god vård men som på grund av utbyggnadstakten inte finns att tillgå, se avsnitt ”Trygg och säkert vård och behovet av särskilda befogenheter”.

Brist på lokaler för vård i enskildhet

Det råder brist också på VIE-lokaler. Av kapacitetsrapporten går det att utläsa att det under 2024 pågår en utbyggnad av lokaler för vård i enskildhet och avskiljning och att arbetet har hög prioritet. På ungdomshem som har VIE-lokaler som inte är anpassade för sitt syfte planeras byggnation av tillfälliga moduler, så kallade konceptbyggnader.

Svårigheter att kompetensförsörja den sociala vården

I olika tillsyner under projektåren har både IVO och JO bedömt att det föreligger brister i bemanning och kompetens på avdelningar inom SiS. I SiS kapacitetsrapport konstateras att rekryteringsläget är utmanande, att vissa ungdomshem och avdelningar är beroende av en hög andel timanställda, och att platser behövt hållas stängda på grund av svårigheter att bemanna med rätt kompetens. Det har vidare varit svårt att frigöra personal för utbildningsinsatser, och därmed att hålla önskad takt i den interna kompetensutvecklingen av personalen. I kapacitetsrapporten presenteras myndighetens åtgärder för att säkerställa en kompetensförsörjning som matchar verksamhetens behov, prognosen pekar emellertid på fortsatta utmaningar på kompetensförsörjningsområdet.

Det ansträngda bemanningsläget har även gällt de ungdomshem och avdelningar som är involverade i integrerad vård. Det har påverkat SiS möjligheter att arbeta med kompetenshöjande insatser för personalen som arbetar med integrerad vård. BUP har till exempel vid flera tillfällen erbjudit utbildningsinsatser i piloterna som ungdomshemmen inte kunnat genomföra på grund av svårigheter att frigöra berörd personal.

⁵⁸ Statens institutionsstyrelse (2024). *Beslut om justerad tidplan för införande av vårdkoncept för ungdomar med särskilda tillsynsbehov (STB) på Eknäs, Folåsa och Sundbo till första kvartalet 2025*. Dnr. 1.1.4-1693-2024.

Negativa konsekvenser av oplanerade flyttar

En annan effekt av platsbristen är vårdavbrott och oplanerade omplaceringar inom SiS. Barnet flyttas då mellan avdelningar på samma ungdomshem eller till annat ungdomshem. Varje oplanerad flytt innebär ett vårdavbrott. Förändringen som det innebär för barnet att byta boende- och vårdmiljö och lämna mellanmänniska och sociala relationer för nya är ofta påfrestande. SiS har inte tagit ställning till hur den integrerade vården ska prioriteras i förhållande till andra aspekter som finns med i val av plats för ett barn. Ansvar att så långt det går säkerställa kontinuitet och motverka vårdavbrott för barn som inkluderas i projektet är inte formaliserat. Barnen i projektet är således inte "fredade" från den här typen av uppbrott. Det har förekommit att barn har flyttats utan att BUP har informerats. En viktig fråga för projektet och den integrerade vården är därför hur oplanerade uppbrott och flyttar kan undvikas och vad som kan göras för att kompensera för konsekvenserna när de ändå inträffar.

Projektet samverkar med Sektionen för kapacitet och placering

På SiS sektion för kapacitet finns medarbetare som gör vårdbehovsbedömningar inför placering på de anpassade behandlingsavdelningarna (SFA och STB). Arbetsgruppen har god kännedom om vilka barn som har behov av integrerad vård. Arbetsgruppen samverkar i den mån det är möjligt med integrerad vård-projektgruppen och ungdomshemmen, och i vissa fall BUP, för att hitta lösningar som ger barnen tillgång till den integrerade vården. Integrerad vård-projektgruppen på SiS har under 2023 och 2024 haft en kontinuerlig dialog (på veckobasis) med arbetsgruppen.

Obruten vårdkedja – en utmaning

Den integrerade vården syftar till utslussning till andra vård- och boendeformer för långsiktiga lösningar, med samtycke och samverkan med vårdgivare på barnets hemort. Det är därför viktigt att det redan när barnet inkluderas finns förutsättningar för samverkan om långsiktiga lösningar.

Åtgärder har vidtagits för att stärka förutsättningarna för samordning och samverkan med socialtjänsten i pilotverksamheterna. Ett sådant exempel från VGR-piloten är framtagandet av en checklista till socialtjänsten med riktad information. Syftet är att tydliggöra ansvaret för moment som håller samman vården innan, under och efter placeringen. Socialtjänsten får samtidigt lokal information om kontaktvägar och samverkan med regionen där barnet vistas, för att få till stånd hälsoundersökningar, samordnade individuella planer och underlätta samverkan på kort och lång sikt.

Samordnad individuell plan, SIP

Ett sätt att tydliggöra långsiktiga förutsättningar är att ta fram en aktuell samordnad individuell plan (SIP) eller motsvarande planering som minst omfattar SiS, den region som deltar i utvecklingsarbetet, placeringsansvarig kommun och barnets hemregion.

Socialtjänsten, som följer barnet genom vård- och placeringskedjan, är den aktör som har bäst möjlighet att vara informationsbärande och ta huvudansvar för att barnet får en vård som bär genom övergångarna. Det är integrerad vård-projektets erfarenhet att SIP kan stärka arbetet med att göra barnet delaktigt i handläggningen och utformandet av vården. Samordning genom SIP kan underlätta för barnet att komma till tals, ge viktig information i handläggningen och öka förutsättningarna för dem som ansvarar att bedöma barnets bästa.

Erfarenheter från integrerad vård-projektet tyder emellertid på att det både lokalt inom SiS och bland socialtjänsterna kan finnas en tveksamhet till att initiera och att arbeta med samverkan i SIP-formatet. Inom SiS rör sig motståndet till exempel om att man från några ungdomshem uppfattar att det redan finns fungerande mötesformer. Möten är tids- och resurskrävande och man ser inte poängen med att lägga till en ny form för samverkan när upplevelsen är att de redan existerande mötesformerna fungerar väl. Integrerad vård-projektet har ingen tydlig bild av vad socialtjänstens eventuella tveksamhet inför SIP som samverkansform grundar sig i. Pilotverksamheterna kan dock konstatera att motstånd finns. I flera fall där BUP och SiS önskat arbeta med SIP har socialtjänsten bromsat med motiveringen att ett SIP-arbete inte är motiverat. Utifrån erfarenheterna i integrerad vård tycks SIP-metodiken, syftet med SIP och vinsterna med SIP inte vara tillräckligt etablerade i verksamheterna som berörs.

Utredningen Barn och unga i samhällsvård föreslår att SiS ska ges möjlighet att ta initiativ till en samordnad individuell plan (SIP) på samma sätt som kommun och region. Det är fortsatt den placerande kommunen som upprättar planen, samt ansvarar för och ska driva samverkansarbetet. För att föreslaget ska få önskad effekt behöver SIP-konceptet sannolikt förankras och implementeras på bred front, främst inom socialtjänsten, regionerna och på SiS.

Under 2023 genomförde SiS och Sveriges Kommuner och regioner (SKR) ett samverkansprojekt för att utveckla SIP-arbetet för barn och unga på SiS ungdomshem. Resultaten pekar på att samordning genom SIP skapar mervärde för barnet och ger vårdgivarna goda förutsättningar att bidra till en sammanhållen vårdkedja för barnet, på ett strukturerat och för barnet förutsägbart sätt. Resultaten är emellertid nedslående när det kommer till i vilken utsträckning verktyget faktiskt används; få planer upprättas trots att många barn har behov av dem. Samverkansprojektet med SKR är avslutat

Användningen av SIP skulle sannolikt öka om SiS tog ett samlat grepp och tydliggjorde och kommunikerade myndighetens ansvar och arbetssätt, avseende samverkan genom SIP, internt och externt.

Barn med komplexa vårdbehov kräver fler öppna placeringsformer

Det förekommer att socialnämnden av olika skäl inte skriver ut barn och unga som är utskrivningsklara i tid. När detta sker behöver det finnas öppna platser att tillgå. Det är brist på öppna platser inom SiS. Det är också brist på öppna vårdalternativ för barn med komplexa och omfattande vårdbehov utanför SiS. Pilotverksamheterna erfar att det är svårt att hitta lämpliga lösningar för barnen med de mest komplexa behoven. För att den integrerade vården ska uppnå sitt syfte behöver en parallell utveckling av långsiktiga boendeformer inom HVB, LSS och familjehem prioriteras.

Försök med flexibla platser

Det pågår ett pilotprojekt inom SiS med så kallade flexibla platser. Syftet är att underlätta för socialtjänsten att ta beslut om att skriva ut barnet eller ungdomen till öppen vård. Flexibel plats innebär att socialtjänsten i samband med utskrivning får garantitid för återkomst vid ett eventuellt vårdssammanbrott inom fyra veckor.⁵⁹ SiS har utökat antalet flexibla platser från 5 platser under 2023 till 17 flexibla platser år 2024.⁶⁰ Erfarenheterna från integrerad vård är att övergången till öppna boendeformer är en känslig fas i vården där risken för vårdssammanbrott ökar för många i målgruppen. Flexibla platser skulle, tillsammans med övergångsinsatser från integrerad vård-teamen, kunna bidra till att hålla samman vårdinsatser, vilket är synnerligen angeläget för barn med sådan samsjuklighet och komplexitet som är vanlig i projektet.

Svårt att hålla samman den regionala vården

I det projektgemensamma arbetet med att stärka den långsiktiga vårdkedjan har arbetet huvudsakligen fokuserat på socialtjänstens roll och hur den kan stärkas i den integrerade vården. Det är rimligt eftersom socialtjänsten är garanten för att kunskapen om barnet hålls samman och följer barnet genom vårdkedjan. Socialtjänsten har i olika projektsammanhang emellertid beskrivit att de har utmaningar med att hålla samman den psykiatriska vården för placerade barn. Det tycks inte finnas en självklar ordning eller struktur för samverkan mellan barnets hemregion och de vistelseregioner där barnen placeras. Även regionerna i pilotverksamheterna har stött på utmaningar när de behövt upprätta dialog med barnens hemregioner. En mer utvecklad

⁵⁹ Statens institutionsstyrelse (2024). *Arbetssätt och definitioner av flexibla platser*. Dnr. 3.3-0904-2024.

⁶⁰ Statens institutionsstyrelse (2024). *Statens institutionsstyrelse – Budgetunderlag 2025–2027*. Dnr. 1.1.3-8169-2023.

samordning mellan regionerna hade sannolikt kunnat gynna barnen i integrerad vård.

Del 3 – Utvecklingsområden i det fortsatta arbetet med integrerad vård

Den integrerade vården är för barnen som har de mest komplexa och omfattande behoven. Samtidigt är behoven av psykiatrisk specialistvård omfattande i SiS målgrupper, och under pilotprojektets gång har SiS, berörda regioner och Socialstyrelsen enhälligt kunnat konstatera att utvecklingen av integrerad vård på flera vis är beroende av att det finns en fungerande ordinarie samverkan mellan SiS och psykiatrin. Projektet har vidare konstaterat att bristerna i den ordinarie samverkan är omfattande och att majoriteten av SiS-placerade barn och unga idag inte får tillgång till den psykiatriska regionvård de är i behov av och har rätt till. En eventuell fortsatt utveckling av integrerade vårdformer behöver därför ske parallellt med att en ordinarie samverkan byggs upp och etableras mellan SiS och regionerna.

Nuvarande regeringsuppdrag avslutas för SiS och regionerna vid årsskiftet 2024–2025. Mot bakgrund av att regeringen meddelat att de avser att gå vidare med en stor andel av förslagen i betänkandet om barn- och unga i samhällsvård, behöver SiS ha en beredskap för att vidareutveckla samverkan med regionerna, både avseende integrerade vårdformer och utveckling av ordinarie samverkan, för att tillgängliggöra regionala vårdinsatser för placerade barn och unga. I följande avsnitt tar SiS därför ett längre perspektiv på utvecklingsfrågorna som rör integrerad vård och samverkan med regionerna än vad som ryms inom nuvarande projektramar.

I följande del av rapporten beskrivs inledningsvis hur SiS kan utveckla det interna arbetet på myndigheten för att stärka förutsättningarna för vidareutveckling av den integrerade vården. Sedan följer ett avsnitt där det nationella projektarbetet, och SiS tankar om hur det kan utvecklas, diskuteras.

SiS interna arbete med att utveckla integrerad vård

Arbetet med integrerad vård hittills har ringat in några områden som kan vara särskilt viktiga i en fortsatt utveckling av integrerade vårdformer på SiS.

Parallell utveckling: integrerad vård och SiS övriga utvecklingsarbete

Förslagen nedan fokuserar i första hand på integrerad vård, men flera av förslagen kan också stärka förutsättningarna för att utveckla en bredare samverkan med regionerna. Inom SiS pågår en mängd olika utvecklingsarbeten inriktade på att stärka och vidareutveckla vården. Utvecklingen av integrerad vård och samverkan med regionerna behöver ske i nära samverkan och parallellt med dessa.

Enhetlig metod för vårdbehovsbedömning inom SiS och i samverkan med regionerna

SiS behöver fortsätta att utveckla former för enhetlig vårdbedömning på nationell nivå, som stärker möjligheterna att så tidigt som möjligt under placeringen kunna identifiera vårdbehov som ställer krav på särskilda anpassningar i vården.

För barn och unga med omfattande psykiatriska vårdbehov kommer SiS vårdbedömningar att behöva kompletteras med en enhetlig struktur för samverkan med regionerna avseende vårdbedömning. I integrerad vård och andra framtida samverkansformer med regionerna behöver regionernas ansvar och möjligheter att bedöma de behov av specialiserad vård som de förväntas tillgodose förtydligas. I integrerad vård har en modell för vårdbedömning tillsammans med regionerna prövats. Strukturen har fungerat väl och kan därmed fungera som utgångspunkt för ett fortsatt utvecklingsarbete.

Differentiering av SiS vårdutbud ger bättre förutsättningar för samverkan

SiS har påbörjat ett arbete med att differentiera vården för att bättre kunna möta de placerades behov av särskilda anpassningar av vården. Arbetet med att skapa ett mer anpassat vårdutbud kan bli gynnsamt i en fortsatt utveckling av såväl integrerade vårdformer som annan samverkan med regionerna. Socialstyrelsen har i samverkan med SiS löpande påpekat att det är gynnsamt om SiS fortsätter utveckla förmåga att differentiera vården. Med en högre differentieringsgrad på ungdomshem och avdelningar ökar möjligheten att bygga upp hållbara och långsiktiga lokala samverkansformer med den regionala specialistsjukvården.

Det skulle också vara gynnsamt med en ökad samverkan mellan SiS och regionerna i kapacitetsplaneringsfrågor. Om SiS specialiserar vården och skapar avdelningar och platser där behovet av regionens resurser (till exempel slutenvårdsplatser) kan påverkas, ökar förutsättningarna för att regionen kan möta barnens vårdbehov om regionen involveras på ett tidigt stadium.

Specialisering av integrerad vård

Barnen i integrerad vård har uppvisat vårdbehov som i hög grad ställer krav på särskilda anpassningar av vården. Utvecklingsbehoven som hittills identifierats i integrerad vård ligger i stora drag i linje med utvecklingsbehov som SiS identifierat för hela verksamheten och där utvecklingsarbete pågår. Specialiseringen ställer krav på resurser som i hög grad påverkas av myndighetens prioriteringar och tillgängliga kapacitet.

Lokaler – Barnen i integrerad vård har hittills i stor utsträckning behövt avgränsade vårdmiljöer med möjlighet till en hög grad av individuell anpassning. I projektet diskuteras vikten av mindre barngrupper och individuella boendesektioner.

Lokalerna behöver också anpassas ur ett arbetsmiljöperspektiv där personal från regionen behöver få arbetsplatser och utrustade utrymmen för såväl administrativt som kliniskt arbete på plats på ungdomshemmen.

Personalens kompetens – Erfarenheterna från integrerad vård indikerar att SiS personal kan behöva utveckla sin kompetens avseende bland annat systematiskt våldsförebyggande arbete, bemötande av psykiatriska tillstånd och NPF i allmänhet och autism, IF, självskadebeteende och suicidalitet i synnerhet, medicinskt omvårdnadsarbete och personcentrerad omsorg. Vidare behövs stärkta kunskaper avseende sekretessreglernas tillämpning i det dagliga arbetet.

Vårdinnehåll – Erfarenheterna från pilotverksamheterna pekar mot ett behov av utvecklad metodik och systematik avseende bland annat känslomässig stabilisering och olika typer av färdighetsträning. Bemötande och behandling av riskbruk och missbruk behöver tillgängliggöras i större utsträckning. Vidare behöver familj- och nätverksarbetet stärkas och utvecklas.

SiS hälso- och sjukvård behöver ges en enhetlig utformning

Behovet av att förtydliga SiS hälso- och sjukvårdsorganisation, främst lokalt men även nationellt, kvarstår som en viktig fråga för utvecklingsarbetet. Ansvars- och uppgiftsfördelningen mellan SiS och BUP i integrerad vård försvåras bland annat av stor variation i de lokala hälso- och sjukvårdsorganisationerna på ungdomshemmen. Det finns flera områden där en tydligare ansvarsfördelning mellan SiS och regionerna behöver utvecklas. Det gäller bland annat i arbetet med barn och unga med suicidalitet, samt för olika typer av psykologiska och psykiatriska utredningar. Förutsättningarna för att vidareutveckla en ansvarsfördelning i integrerad vård förbättras sannolikt under 2025 då SiS kommer bygga upp en central sektion för myndighetens hälso- och sjukvård. Det finns också goda förhoppningar om att SiS hälso- och sjukvårdsuppdrag förtydligas genom reformarbetet av ungdomsvården som pågår, och som ska avrapporteras i april 2025 (se nedan).

Tillgång till anpassade hälso- och sjukvårdsinsatser är en rättighet för alla som placeras på SiS, även unga mellan 18–21 år

Pilotarbetet är avgränsat till barn. SiS har under hela projektiden påtalat behovet av att utöka målgruppen så att den också omfattar ungdomar mellan 18–21 år. I SOU 2023:66 *För barn och unga i samhällsvård*, konstateras, i linje med erfarenheterna från arbetet med integrerad vård, att SiS-placerade barn och unga behöver ges ökad tillgång till regionernas vårdutbud. Barns och ungas rättigheter och behov ska tillgodoses i enlighet med vad som anges i barnkonventionen och andra lagar och regler som gäller i Sverige. SiS tar sin utgångspunkt i att dessa förhållanden till stora delar också är aktuella för unga som vårdas i verksamheten som fyllt 18 men inte 21 år. Ett pilotarbete som tar sikte på att förbättra tillgängligheten till regionernas ordinarie

vårdutbud behöver ta sikte på tillgänglighet för hela SiS målgrupp. För SiS är det ett etiskt problem att på grund av ålder utesluta SiS-placerade ur ett utvecklingsarbete som i grund och botten handlar om rättigheten att få tillgång till hälso- och sjukvård efter behov. Hälso- och sjukvårdslagen anger att vård ska ges och prioriteras i förhållande till behov, inte ålder.

Kontinuitet i den integrerade vården

Placeringsenhetens roll: SiS behöver bidra till en sammanhållen vård för barnen som inkluderas i integrerad vård, och aktivt motverka vårdavbrott som kan undvikas. Placeringsenheten på SiS har ingen utpekad roll i utvecklingsarbetet eftersom integrerad vård inte är en placeringsform, utan en insats som ges lokalt. Det kan övervägas om placeringen bör ha ett tydligare ansvar kopplat till fördelning av platser för integrerad vård och att kontinuitet för de inkluderade barnen prioriteras. Hur ett sådant ansvar skulle utformas, givet att besluten om inklusion fattas av SiS och regionerna gemensamt, behöver i så fall utredas vidare.

Samordnad Individuell Plan (SIP): SiS behöver bidra till att stärka en sammanhållen och långsiktig vårdkedja för barn i integrerad vård, bland annat genom att intensifiera samverkan med både Socialtjänsten och hemregionen. En nationell implementering av SIP som verktyg för samverkan kan stödja önskvärd utveckling av integrerad vård och samtidigt förbereda ungdomshemmen inför en eventuell lagändring där SiS ges möjlighet att initiera SIP för de placerade.

Sekretess, informationsdelning och informationssäkerhet

Sekretess, bestämmanderätt och samtycke: I integrerad vård är sekretessfrågorna och hur dessa hanteras i vardagen av avgörande karaktär. Kunskaper och tillämpning kan behöva vidareutvecklas på ungdomshemmen för att den integrerade vården ska kunna genomföras på ett så rättssäkert sätt som möjligt.

Informationsdelning: SiS har under året sett över möjligheten att underlätta informationsdelning med regionerna, utifrån integrerad vård-projektets behov. En rättsutredning pågår om i vilken utsträckning myndigheten omfattas av SVOD:en och hur det i sin tur påverkar SiS möjligheter att ansluta till NPÖ.

I ljuset av en fortsatt och eventuell utökad samverkan med regionerna kan frågan om informationsdelning behöva lyftas och diskuteras med lagstiftaren. Detta eftersom rådande begränsningar riskerar att påverka såväl effektivitet som patientsäkerhet i samverkan runt barn och unga negativt.

Informationsdelning och informationssäkerhet: Samverkan mellan SiS och regionerna kan underlättas avsevärt om möjligheterna till olika former av digital kommunikation och digital samverkan ökar. Det gäller såväl ökad

tillgänglighet genom att understödja digitala patientmöten, som effektiviserad samverkan mellan huvudmännen, via till exempel säkra e-postförbindelser och säkra digitala möteslösningar. Digital samverkan har varit ett av de mest tidskrävande och snåriga områdena i utvecklingen av samverkan med regionerna. I den fortsatta utvecklingen av integrerad vård behöver förutsättningarna för digital samverkan förbättras och vidareutvecklas. I en utveckling av ordinarie samverkan som på sikt kommer att omfatta alla ungdomshem blir möjligheterna för digital samverkan om möjligt ännu viktigare ur ett tillgänglighets- och samverkansperspektiv. Förenklade och effektiviserade interna processer inom SiS för hantering och bedömning av informationssäkerhetsfrågor är önskvärt och hade underlättat. Vidare kan utarbetade kanaler för digital samverkan mellan SiS och regionerna bli viktigt och understödja fortsatt utveckling.

Det nationella projektarbetets inriktning

Barnen i projektet utmärker sig, som förväntat, med stora vårdbehov och komplicerad samsjuklighet. Varje ny aktualisering och inkludering genererar viktig kunskap om vad barnen behöver. Pilotarbetet är nu i sin slutfas och arbetet med att systematisera och analysera projektets erfarenheter intensifieras. SiS och regionernas insamlade uppföljningsdata kommer i sin kompletta och bearbetade form förhoppningsvis att kunna bidra med ytterligare kunskap.

SiS förespråkar en fortsatt bred kunskapsutveckling

Det är angeläget att inte dra för snabba slutsatser om vad integrerad vård ska vara och vem den ska vara till för. Att ta tillvara pilotverksamheternas resultat, även när dessa inte entydigt pekar i *en* riktning är utmanande, men samtidigt viktigt.

I det nationella projektet har utvecklingsarbetet under 2023 och 2024 huvudsakligen fokuserat på att avgränsa målgruppen till den grupp av barn som anses behöva en ny och ännu inte prövad vårdform. Även kunskapsinsamlandet i projektet har styrts mot en sådan avgränsning och då begränsats till att enbart omfatta knappt hälften av barnen som inkluderats. SiS uppfattning är emellertid att en absolut majoritet av barnen som inkluderats har behov av integrerad vård, och att den integrerade vård som byggts upp i projektet också *är* en ny vårdform. SiS menar därför att en fortsatt utveckling av integrerad vård behöver omfatta alla inkluderade, och att kunskapsarbetet behöver vidgas till att beskriva *olika* behov av integrerad vård.

Vidareutveckling av integrerade vårdformer behövs

SiS ser behov att vidareutveckla den integrerade vården, så den bättre möter behoven hos alla som behöver integrerade vårdformer på SiS. Beroende vad kartläggningen av målgruppens vårdbehov i slutänden visar kan till exempel

särskilda platser, avdelningar eller team för integrerad vård behöva utvecklas för att komplettera nuvarande arbetsformer. Utvecklingsarbetet hittills tycks peka i riktningen att en del av barnen som fått integrerad vård behöver en intensivare samverkan och andra förutsättningar än det piloterna kunnat erbjuda i sin nuvarande organisering.

För att enhetliggöra den integrerade vården och säkerställa vårdnivå och likvärdighet, oavsett i vilken region och på vilket ungdomshem den integrerade vården ges, behöver utvecklingsarbetet gå från ett lokalt perspektiv mot ett nationellt perspektiv, utan att tappa viktiga kunskaper och erfarenheter från pilotverksamheterna på vägen. Pilotverksamheterna har mött olika målgrupper och åldersgrupper och kan ha erfarenheter av hur integrerad vård kan byggas upp, differentieras och specialiseras utifrån olika gruppers behov.

SiS vill också, än en gång, betona vikten av att inkludera unga mellan 18–21 år i utvecklingsarbetet. Pilotarbetet hittills har lärt oss att det tar tid att etablera god och fungerande samverkan mellan SiS och olika regionala enheter. Det är därför mycket angeläget att projektet i en eventuell fortsättning kan påbörja uppbyggnad av samverkan även med regionernas enheter för vuxna. Det skulle troligen också gynna arbetet med långsiktighet och obruten vårdkedja, även för de inkluderade barnen, om vuxenpsykiatri blev en del av utvecklingsarbetet.

Pågående utvecklingsuppdrag inom SiS med särskild relevans för projektet

SiS genomgår en omfattande förändrings- och utvecklingsprocess. Den fortsatta utvecklingen av integrerad vård behöver utformas med hänsyn tagen till, och i samklang med, utvecklingen av SiS uppdrag och organisering.

Översyn av den statliga ungdomsvården: En särskild utredare har utsetts av regeringen för genomgripande översyn av SiS uppdrag och organisation. Översynen är ett led i en reformering av den statliga barn- och ungdomsvården. Syftet med utredningen är att stärka den statliga barn- och ungdomsvårdens vårdande uppdrag och del i vårdkedjan för att säkerställa att barn och unga ges en trygg och kvalitativ vård, skola och behandling.⁶¹

Utredaren ska bland annat analysera om den statliga barn- och ungdomsvårdens organisation av verksamheten är ändamålsenlig och effektiv och lämna förslag på hur verksamheten i stället kan organiseras. Utredaren ska vidare:

⁶¹ Socialdepartementet (2024) *En reform av den statliga barn- och ungdomsvården för en trygg och kvalitativ vård*. Dir. 2024:13.

- föreslå åtgärder för att stärka barnrätts- och rättssäkerhetsperspektivet inom den statliga barn- och ungdomsvården, bl.a. åtgärder som säkerställer att det inte förekommer någon form av våld eller att tvångsåtgärder vidtas utan stöd i lag,
- analysera vilka behov det finns av en mer ändamålsenlig utslussning och eftervård efter en placering inom den statliga barn- och ungdomsvården, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska redovisas senast den 25 april 2025 (a.a.) Utredaren ska också, med utgångspunkt i de förslag som lämnats i betänkandet för barn och unga i samhällsvård (SOU 2023:66) analysera och föreslå hur tillgången och rätten till hälso- och sjukvård och tandvård för barn och unga placerade i den statliga barn- och ungdomsvården kan säkerställas samt hur samverkan mellan statliga barn- och ungdomsvården och andra berörda aktörer kan stärkas.⁶²

Normering av ungdomshemmens interna organisation: Inom ramen för projektet "SiS nya organisation för institutionerna" pågår ett förändringsarbete som syftar till att normera institutionernas organisation. Normeringen innebär att det ska finnas en gemensam grundplatta som är lika för alla, oavsett institution. Utöver det ska organisationen kunna anpassas utifrån exempelvis målgrupp, tjänst, säkerhetsklass, storlek, eventuella satellitlokaler. Det ska även fortsatt finnas en lokal frihet för institutionerna att utforma sin organisation efter lokala och institutionsspecifika behov. I en slutrapport presenteras en analys och olika förslag på en ny organisation, normerade roller för institutionerna och några övriga identifierade förbättringsbehov.⁶³ Intern beredning pågår.

Under 2023 har SiS själva beskrivit och analyserat hälso- och sjukvårdsverksamheten i en intern kartläggning⁶⁴. Kartläggningen resulterade i en översyn av SiS hälso- och sjukvårdsorganisation.⁶⁵ I juni 2024 fattades beslut om ny organisation, som innebär att en ny sektion inrättas på huvudkontoret 1 januari 2025, "Sektionen för hälso- och sjukvård". Samtidigt har en medicinsk rådgivare inrättats på SiS huvudkontor.

⁶² Socialdepartementet (2023). *För barn och unga i samhällsvård*. SOU 2023:66.

⁶³ Statens institutionsstyrelse (2023). *Projekt: SiS nya organisation för institutionerna*. Dnr. 1.1.4-1836-2023.

⁶⁴ Statens institutionsstyrelse (2023). *Beskrivning och analys av SiS hälso- och sjukvårdsverksamhet 2023*. Dnr. 1.1.4-7749-2023.

⁶⁵ Statens institutionsstyrelse (2023). *Uppdrag om organisering av myndighetens hälso- och sjukvårdsverksamhet*. Dnr. 1.1.4-7749-2023.