

Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov

Förutsättningar och former för integrerad och
annan specialiserad vård

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer	2019-2-12
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , februari 2019

Förord

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2017 (S2016/07779/RS) i uppdrag att utreda förutsättningar och former för en integrerad och mer specialiserad dygnsvård som samlat kan möta behov av vård med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och hälso- och sjukvård, främst psykiatrisk vård. I uppdraget borde även ingå att analysera förutsättningarna för differentiering och specialisering inom övrig institutionsvård som utförs med stöd av LVU. Uppdraget ska redovisas senast den 15 februari 2019.

I denna rapport presenterar Socialstyrelsen sina bedömningar och förslag om hur vården vid HVB bättre ska kunna utgå från och tillgodose de samlade vårdbehoven hos varje barn eller ung person som vårdas med stöd av LVU.

En del av underlaget för rapporten utgörs av en undersökning som genomförts i Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem under arbetet med uppdraget. Syftet med undersökningen var att identifiera omfattning och typ av psykiatriska vårdbehov hos unga placerade inom SiS. Undersökningen har genomförts som ett särskilt forskningsprojekt av Jenny Jakobsson och Mariana Dufort vid Socialstyrelsen och i samverkan med SiS. Undersökningen redovisas i bilaga 2. Projektledare var fram till och med sommaren 2018 AnneMarie Danon och därefter Pär Alexandersson. Ansvarig enhetschef har varit Annika Öquist.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	7
Sammansatta vårdbehov hos barn och unga i HVB	7
Tre typer av specialiserad vård i HVB för barns och ungas samlade vårdbehov	7
Särskilda former för integrerad vård	8
Annan specialisering av HVB	8
Inledning	9
Uppdraget	9
Genomförande av uppdraget	10
Sammansatta behov av vård hos barn och unga i HVB	13
Begriplig och meningsfull vård	13
Psykiatriska tillstånd och vårdbehov	13
Förskrivning av psykofarmaka	16
Särskilda behov som uppmärksammas av olika aktörer	17
Internationell utblick	18
Delat ansvar hos verksamheter och huvudmän	19
Ansvarsfördelningen	19
HVB	20
Barn- och ungdomspsykiatri	23
Avveckling av annan institutionsvård för barn och unga än HVB	25
Barn och unga om vården vid HVB	25
Vägar till vård i HVB utifrån barns och ungas samlade behov	27
Risker för hälsa och utveckling	27
Tre typer av specialiserad vård i HVB för barns och ungas samlade vårdbehov	29
En del av arbetet för barns och ungas rättigheter och en jämlik vård	31
Särskilda former för integrerad vård	33
Övergripande beskrivning	33
Särskilda former för integrerad vård på nationell nivå	34
Pilotverksamheter för utveckling på nationell nivå	39
Andra särskilda former för integrerad vård	44
Ytterligare frågor för fortsatt arbete	45
Annan specialisering av HVB för barn och unga	46
Tillgång till hälso- och sjukvård för barn och unga i HVB	46
Specialisering på sociala stöd- och vårdbehov	50
Referenser	55

Bilaga 1. Externa kontakter under arbetet med uppdraget	61
Arbetsprocess	61
Kontakter	61
Bilaga 2. Litteratursammanställning och enkätundersökning av psykiatriska tillstånd hos barn och unga i SiS särskilda ungdomshem	63
Sammanfattning	63
Inledning	64
Litteratursammanställning	64
Undersökning om psykiatriska diagnoser och symtom hos unga inom SiS	66
Referenser	74
Bilaga 3. Gällande rätt	78
Socialtjänstens ansvar	78
Hälso- och sjukvård	82
Sekretess inom hälso- och sjukvården	85
Samverkan m.m.	86
HVB	88
Bilaga 4. Utvecklingsarbete och erfarenheter i Norge	92
Genomförda och planerade insatser på nationell nivå	92
Enheter för integrerad vård	93
Referenser	94

Sammanfattning

Sammansatta vårdbehov hos barn och unga i HVB

Barn och unga som vårdas i hem för vård eller boende (HVB) med stöd av LVU har mycket ofta psykiatriska tillstånd och vårdbehov som behöver tillgodoses samtidigt som de sociala vårdbehoven. En undersökning som Socialstyrelsen har genomfört vid SiS särskilda ungdomshem visar bland annat följande:

- 71 procent av barnen och de unga hade minst en fastställd psykiatrisk diagnos, 45 procent av barnen och de unga hade minst två dokumenterade diagnoser och 20 procent hade minst tre samtidiga diagnoser. Det fanns en stor överlappning mellan olika psykiatriska tillstånd.
- Adhd var den vanligaste diagnosen hos både pojkar och flickor. Hos pojkar var den näst vanligaste diagnosen missbruk, följt av uppförandestörning och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Den näst vanligaste diagnosen bland flickor var PTSD, följt av autismspektrumtillstånd och missbruk.
- 40 procent av barnen och de unga hade varit i något akut psykiatriskt tillstånd de senaste sex månaderna. Vanligast var självmords- respektive självskadebeteende följt av panikattacker. Självmordsbeteende var tre gånger vanligare bland flickor och självskadebeteende var mer än fyra gånger så vanligt bland flickor jämfört med bland pojkar.

Om inte vården i HVB kan möta barnens och de ungas samlade vårdbehov, finns det tydliga risker för att dessa barn och unga inte får en god hälso- och sjukvård på lika villkor som andra barn och unga. De riskerar också att få insatser från socialtjänsten som de inte kan tillgodogöra sig om inte deras psykiatriska tillstånd och vårdbehov uppmärksammas.

Tre typer av specialiserad vård i HVB för barns och ungas samlade vårdbehov

Placeringar i HVB görs utifrån sociala vårdbehov, och specialiseringen av HVB utgår i första hand från dessa behov. Eftersom de sociala vårdbehoven mycket ofta är förenade med psykiatriska tillstånd behöver specialiseringen dock även beakta dessa tillstånd i den utsträckning som det behövs för att barnet eller den unge ska få rätt vård.

Socialstyrelsen bedömer att dessa tre typer av specialiserade HVB bör vara tillgängliga för barn och unga som placeras med stöd av LVU:

- Generellt behöver det finnas HVB med specialisering på sociala stöd- och vårdinsatser och en väl fungerande samverkan med hälso- och sjukvården för olika behov av psykiatrisk eller somatisk vård samt tandvård.
- För vissa grupper av barn och unga behöver det finnas HVB med specialisering på sociala stöd- och vårdinsatser i förening med viss integrering av

hälso- och sjukvårdsinsatser genom vårdgivaransvar och tillgång till exempelvis sjuksköterska eller psykolog inom den egna verksamheten.

- För mindre grupper av barn och unga behöver det finnas högt specialiserade HVB med särskilda former för integrerad vård för sociala stöd- och vårdinsatser samt hälso- och sjukvårdsinsatser, där läkare deltar i teamet kring barnet eller den unge.

Särskilda former för integrerad vård

Särskilda former för integrerad vård ska kunna ge både heldygnsvård inom socialtjänsten till följd av socialt nedbrytande beteende och psykiatrisk vård som annars skulle ges i sluten form. De bör ha en samlad kompetens med tillgång till läkare för ett samlat arbete med utredning, planering, genomförande och uppföljning av vård- och stödinsatser.

Behoven av särskilda former för integrerad vård på nationell nivå är sammansatta och mycket individuella. Bland de barn och unga som kan komma att vårdas i dessa former av HVB finns det dock vissa typer av behov som ställer krav på hög specialisering av verksamheten. Det gäller särskilt autismspektrumtillstånd och intellektuella funktionsnedsättningar, allvarligt och upprepat självskadebeteende eller suicidbeteende samt psykosor eller annan allvarlig psykisk störning.

För att utveckla särskilda former för integrerad vård på nationell nivå föreslår Socialstyrelsen pilotverksamheter som utvärderas och kan ge underlag för beslut om ett fortsatt och strukturellt förankrat arbete.

Socialstyrelsen föreslår vidare att arbetet med pilotverksamheterna kompletteras med ett utvecklingsarbete som avser andra särskilda former för integrerad vård, främst på regional nivå.

Annan specialisering av HVB

Nya former för tillgång till hälso- och sjukvård vid de särskilda ungdomshemmen bör övervägas. Sådana former kan bygga på en författningsreglering av det ansvar för hälso- och sjukvården som SiS i praktiken redan har åtagit sig vid de särskilda ungdomshemmen. Det finns också skäl att överväga att införa en skyldighet för landstingen och SiS att komma överens om hur myndighetens tillgång till viss hälso- och sjukvård ska ordnas och på vilket sätt landstinget ska tillhandahålla övrig hälso- och sjukvård.

Staten bör bidra till tydligare och mer jämlika förutsättningar för alla barn och unga i HVB genom att vid tillståndsprövningen ta upp eller beakta hur den som bedriver HVB ska uppmärksamma hälsofrågor och visa hur tillgången till hälso- och sjukvård ska ordnas.

Det behövs mer kunskap om särskilt individualiserade HVB med bara en eller ett par vårdplatser. En förstudie bör göras av förutsättningarna för att kartlägga och utvärdera sådana HVB.

Vidare bör förutsättningarna för att ta fram bästa tillgängliga kunskap om hur HVB kan sätta samman och arbeta med grupper av barn och unga undersökas.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen fick i regleringsbrevet för 2017 (S2016/07779/RS) i uppdrag att utreda förutsättningar och former för en integrerad och mer specialiserad dygnsvård som samlat kan möta behov av vård med stöd LVU och hälso- och sjukvård, främst psykiatrisk vård. I uppdraget borde även ingå att analysera förutsättningarna för differentiering och specialisering inom övrig institutionsvård som utförs med stöd av LVU. Uppdraget ska redovisas senast den 15 februari 2019.

Bakgrund till uppdraget

Uppdraget föreslogs av Utredningen om tvångsvård för barn och unga. I sitt slutbetänkande (SOU 2015:71) beskrev utredningen flera sammanhang och situationer där behovet av en integrerad och mer specialiserad vårdform är aktuellt, främst för barn och unga med omfattade psykiatriska vårdbehov i anslutning till en LVU-placering till följd av eget beteende. Utredningen konstaterade att dessa behov alltså var aktuella trots att de tidigare uppmärksammats av flera utredningar sedan åtminstone början av 1990-talet.

En integrerad och specialiserad vårdform bör, enligt utredningen, kunna placeras inom SiS och vara en form av HVB. Samtidigt ansåg utredningen att det är angeläget att Socialstyrelsen ges möjlighet att pröva vilken lösning som är lämpligast utifrån juridiska och behandlingsmässiga förutsättningar. Vidare konstaterade utredningen att mycket talar för att barn och unga som vårdas vid andra HVB med stöd av LVU också har behov som kräver en sammanhållen vård, även om den inte behöver vara integrerad med hälso- och sjukvård. Utredningen menade att det därför finns behov av differentierad och specialiserad vård inom tvångsvården i stort.

Utredningen framhöll att uppdraget borde resultera i ett konkret förslag till hur en integrerad och specialiserad vårdform kan inrättas och en bedömning av vilka ytterligare åtgärder som behövs för specialisering och differentiering av den institutionsvård som bedrivs med stöd av LVU.

Ett av flera uppdrag som rör HVB

Samtidigt med detta uppdrag fick Socialstyrelsen fyra andra uppdrag som föreslogs av Utredningen om barn och ungas rätt vid tvångsvård. Två av dessa uppdrag har betydelse också för arbetet med detta uppdrag. Det gäller en utredning om kompetens hos personal på HVB för barn och unga, som slutredovisades i maj 2017, och ett vägledande stöd till huvudmän och verksamheter avseende ansvarsfördelningen om vård och stöd vid psykisk ohälsa hos barn och unga i samhällsvård, som ska redovisas samtidigt med detta uppdrag.

Det initiala arbetet med samtliga fem uppdrag rapporterades i en delredovisning till regeringen i september 2017 [1].

Genomförande av uppdraget

Kartläggningar och externa kontakter

Socialstyrelsen har under arbetet med uppdraget kartlagt förekomsten av psykiatriska tillstånd och vårdbehov genom en undersökning vid SiS särskilda ungdomshem. Denna undersökning redovisas i bilaga 2. De viktigaste resultaten för uppdraget återges nedan i kapitlet om psykiatriska tillstånd och vårdbehov hos barn och unga som är placerade i HVB.

Vidare har Socialstyrelsen haft kontakt med ett stort antal företrädare för berörda myndigheter, huvudmän, verksamheter, professioner och organisationer inom barnrätts- och funktionshinderområdena. Socialstyrelsen har också haft möten och andra kontakter med forskare inom området. Syftet med dessa kontakter har varit att få en bred bild av erfarenheter inom området, en aktuell bild av utmaningar och pågående utvecklingsarbeten samt synpunkter på möjliga lösningar för en integrerad och specialiserad vård. I kontakterna har besök på HVB ingått. Ett studiebesök på det norska Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet gjordes i december 2017. En översikt av de externa kontakterna under arbetet med uppdraget finns i bilaga 1.

I slutet av arbetet har huvuddragen i bedömningarna och förslagen stämts av med SiS och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I det senare fallet har bedömningar och förslag presenterats för ledamöterna i Beredningen för socialpolitik och individomsorg, Sjukvårdsdelegationen samt Beredningen för primärvård och äldreomsorg.

Socialstyrelsens etiska råd har konsulterats när det gäller förhållandet mellan frivillig hälso- och sjukvård och tvångsvård enligt LVU inom ramen för en integrerad vård vid HVB.

Vård inom socialtjänst och hälso-och sjukvård

I uppdraget nämns olika former av vård såsom dygnsvård enligt LVU, hälso- och sjukvård samt integrerad, specialiserad och differentierad vård.

Vård betyder vanligtvis någon form av omsorg eller tillsyn i förening med behandling och används i många olika sammanhang. Både i den sociala barn- och ungdomsvården och hälso- och sjukvården är vård en central term. I regel står den för olika typer av insatser inom dessa områden, men dessa insatser kan också ligga nära varandra, till exempel vid individuella psykologiska behandlingar för barn och unga som är placerade i HVB.

Att vårdbegreppet används i olika betydelser skapar ibland viss osäkerhet om vad som avses och vad det betyder för ansvarsfördelning och konkreta insatser. Vård enligt LVU, vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och egenvård är exempel på termer där vård i praktiken har olika innebörd, samtidigt som dessa innebörder kan vara relevanta och viktiga för att placerade barn och unga ska få sina samlade behov tillgodosedda under vistelsen på ett HVB.

Vård med stöd av LVU och vård med stöd av SoL

Socialstyrelsen utgår, i enlighet med uppdraget, från vård enligt LVU. Eftersom vård enligt LVU och socialtjänstlagen (2001:453), SoL, kombineras på många HVB blir konsekvensen dock att vissa bedömningar och förslag om förbättrings-

och utvecklingsinsatser som ges i denna rapport även kommer att gälla för placeringar som görs enligt SoL. Detta gäller särskilt den del av uppdraget som handlar om specialisering av institutionsvården i vid mening.

Psykiatriska tillstånd och vårdbehov

I uppdraget nämns behov av hälso- och sjukvård, särskilt psykiatrisk vård, för barn och unga som vårdas i HVB. Fokus i rapporten ligger därför på behov av specialiserad psykiatrisk hälso- och sjukvård och inte på hälsofrämjande, hälsoförebyggande och tidiga insatser, somatisk vård eller tandvård. Utgångspunkten är hela tiden att behoven av psykiatrisk vård behöver uppmärksammas i anslutning till de sociala behov som ligger till grund för beslut om vård enligt LVU.

Beskrivningar och bedömningar utgår från tillstånd där en psykiatrisk diagnos kan ställas och inte från psykisk ohälsa i vidare mening, där mindre allvarliga psykiska besvär också kan ingå, exempelvis oro och nedstämdhet [2]. Det handlar dock inte om en strikt avgränsning. Mindre allvarliga psykiska besvär och sådana besvär som motsvarar kriterier för psykiatriska diagnoser kan förekomma samtidigt. Vård och stöd kan också behövas för att förebygga psykisk ohälsa hos barn och unga med psykiatriska diagnoser. Det som sägs i rapporten om tillgång till specialiserad hälso- och sjukvård förutsätter att behov av hälsofrämjande, hälsoförebyggande och tidiga insatser också uppmärksammas och tillgodoses. Detsamma gäller behov av specialiserad somatisk hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har tidigare gett stöd för arbetet med placerade barns hälsa [3, 4, 5].

Vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, nämns inte i uppdraget. Ett mindre antal barn och unga som vårdas i HVB med stöd av LVU kan tidvis behöva vård även enligt LPT, men Socialstyrelsen har bedömt att det skulle kräva en mer omfattande utredning för att belysa hur insatser enligt två olika tvångslagar kan integreras. Vård enligt LPT berörs därför inte direkt i denna rapport, men behov av vård enligt LPT hos vissa barn och unga i HVB nämns på några ställen.

Andra behov hos barn och unga i HVB

Uppdraget avser vård enligt lagar och andra författningar för socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I socialtjänstens uppdrag ingår att se till placerade barns och ungas samlade behov, bland annat skolgången. Dessa delar av socialtjänstens arbete berörs inte i denna rapport. Socialstyrelsen har i andra sammanhang uppmärksammat och gett stöd för arbetet med placerade barns skolgång och andra behov [3, 4, 5, 6].

Förslag, bedömningar och konsekvenser

Socialstyrelsen har utgått från att uppdraget omfattar såväl beskrivningar och analyser som bedömningar och förslag om fortsatt arbete med integrering och specialisering inom HVB-området. Som framgår ovan uttalade Utredningen om tvångsvård för barn och unga en tydlig förväntan på ett konkret förslag från Socialstyrelsen om integrerad vård och en bedömning av ytterligare åtgärder för specialisering och differentiering av institutionsvård med stöd av LVU. Samma förväntan har Socialstyrelsen mött vid kontakter med huvudmän, verksamheter, professionella, organisationsföreträdare och myndigheter under arbetet med uppdraget.

I rapporten lämnar Socialstyrelsen förslag om utvecklingsinsatser som både kan ge ny kunskap och ge tillgång till mer samlad vård för grupper av barn och unga som vårdas i HVB med stöd av LVU. Socialstyrelsen gör också vissa bedömningar om behov av förtydliganden av förutsättningar för HVB och om kunskapsstöd för kommuner och HVB.

Bedömningarna och förslagen riktas till regeringen, som kan överväga lämpliga vägar för fortsatt arbete, till exempel uppdrag till statliga myndigheter. I flera fall förutsätter ett förverkligande av den önskade inriktningen att kommuner, landsting, enskilda HVB och olika organisationer aktivt deltar i arbetet.

Konsekvenserna av bedömningarna och förslagen beskrivs översiktligt. Det praktiska genomförandet behöver i flera fall utredas närmare när det gäller de resurser och ytterligare underlag som krävs. Särskilt de resursmässiga konsekvenserna har det inte varit möjligt att analysera närmare i arbetet med uppdraget.

Sammanfattning av behov av vård hos barn och unga i HVB

Begriplig och meningsfull vård

Hälsa och utveckling är grundläggande för alla barn och unga. Om det finns påtagliga risker för ett barns eller en ung persons hälsa och utveckling kan samhället besluta om vård utan samtycke från vårdnadshavare eller från barnet eller den unge. Riskerna kan bero på något förhållande i hemmet eller på barnets eller den unges eget beteende. Bland barn och unga som vårdas i HVB med stöd av LVU är risker till följd av eget beteende vanliga. Det gäller missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.¹

Barn och unga som vårdas i HVB har ofta också andra behov av vård eller stöd för sin hälsa och utveckling än de som anges i LVU och som socialtjänsten arbetar med. Som framgår av uppdraget gäller det inte minst psykiatriska tillstånd och vårdbehov. För att dessa andra behov av vård och stöd ska vara kända och kunna tillgodoses under vistelsen vid HVB, behöver insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården hållas samman utifrån barnets eller den unges bästa under vistelsen på ett HVB. Om inte detta sker, kan riskerna för barnets eller den unges hälsa och utveckling vara fortsatt stora både under och efter vistelsen vid HVB. Till det kommer behov av somatisk vård och tandvård, som är stora bland placerade barn och unga [7].

För många barn och unga är det således viktigt att insatser enligt LVU och HSL kan hållas samman under vistelsen i HVB så att de får rätt vård utifrån sina behov och önskemål – och för att de ska kunna uppfatta vården som begriplig och meningsfull.

Psykiatriska tillstånd och vårdbehov

Sedan slutet av 1990-talet har förhållandet mellan vård vid HVB för barn och unga och barn- och ungdomspsykiatri uppmärksamats av flera utredningar och i andra rapporter [8, 9, 10, 11]. Vissa studier har också gjorts av psykiatriska tillstånd och vårdbehov hos barn och unga i HVB [12, 13].

Socialstyrelsen publicerade 2014 resultat från en registerstudie som visar att förekomsten av psykiatriska diagnoser genomgående var högre bland placerade barn och ungdomar än jämnåriga i befolkningen. Särskilt var neuropsykiatrisk problematik i förening med andra psykiatriska diagnoser påtagligt vanligt bland placerade barn och ungdomar.

I registerstudien särredovisades inte uppgifter för barn och unga som var placerade med stöd av LVU. Det gick dock att se förekomsten av psykiatriska diagnoser bland barn och unga i SiS särskilda ungdomshem, där den absolut

¹ Se 3 § LVU.

största andelen var placerad enligt LVU. Bland annat var adhd, autismspektrumstörning, missbruk, ångest och depression vanligare bland barn och unga i de särskilda ungdomshemmen. Det gällde särskilt i åldersgruppen 18–21 år och för kvinnor i den gruppen, men också för flickor och pojkar i åldern 13–17 år [14].

Undersökning av diagnoser och vårdbehov vid de särskilda ungdomshemmen

I arbetet med detta uppdrag har Socialstyrelsen gjort en undersökning vid SiS särskilda ungdomshem för att identifiera omfattning och typ av psykiatriska diagnoser och vårdbehov hos de barn och unga som är placerade där, oftast till följd av kriminalitet, missbruk eller annat socialt nedbrytande beteende. Undersökningen omfattade alla ungdomar som var inskrivna på en utrednings- eller behandlingsavdelning inom SiS den 15 mars 2018. Sammanlagt inkom svar som avsåg 75 procent av de barn och unga som vårdades den dagen. Resultaten från denna studie redovisas i bilaga 2.

Fastställda diagnoser

Sammantaget hade 71 procent av barnen och de unga i undersökningen minst en fastställd psykiatrisk diagnos.

Som framgår av tabell 1 var adhd den vanligaste diagnosen hos både pojkar och flickor. Mer än varannan flicka och 39 procent av pojkarna hade en fastställd adhd-diagnos. Hos pojkar var den näst vanligaste diagnosen missbruk, följt av uppförandestörning och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Den näst vanligaste diagnosen bland flickor var PTSD, följt av autismspektrumstörning och missbruk. Ångest- och depressionsdiagnoser återfanns hos 10 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna. Tretton ungdomar hade en intellektuell funktionsnedsättning. Tio barn och unga hade en fastställd diagnos för psykisk sjukdom. Könsskillnaderna var signifikanta avseende adhd, uppförandestörning och missbruk.

Tabell 1. Förekomst av fastställda psykiatriska diagnoser per hela ungdomsgruppen, pojkar respektive flickor

Diagnos	Totalt (n 304)		Pojkar (n 196)	Flickor (n 104)
	n	%	%	%
Adhd	133	44	39	52*
Autism	39	13	10	17
Depression	34	11	10	14
IF	13	4	-	-
Missbruk	69	23	26*	15
Psykisk sjukdom	10	3	-	-
PTSD	48	16	13	19
Uppförandestörning	50	16	21**	-
Ångest	35	12	10	14
Övriga diagnoser	23	8	6	11

*p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

- = färre än 10 individer, redovisas ej

Autism står för autismspektrumstörning oavsett grad, inklusive Aspergers syndrom.

Källa: Enkätundersökning av psykiatriska tillstånd och vårdbehov hos barn och unga i SiS särskilda ungdomshem.

Vidare hade 45 procent av barnen och de unga minst två dokumenterade diagnoser, 20 procent hade minst tre och 9 procent hade minst fyra samtidiga diagnoser. Äldre ungdomar tenderade att ha fler diagnoser än yngre. Kön- och åldersskillnaderna avseende antal diagnoser var inte signifikanta.

Som framgår av tabell 2 fanns en stor överlappning mellan olika psykiatriska tillstånd (psykisk sjukdom ingår inte i tabellen). Analyser har inte kunnat identifiera några tydliga undergrupper med kombinationer av psykiatriska tillstånd. Det kan dock noteras att 34 (87 procent) av de 39 ungdomar som hade en autismdiagnos också hade adhd.

Tabell 2. Samvariation mellan fastställda diagnoser (n)

	Adhd (n 133)	Autism (n 39)	Depression (n 34)	Missbruk (n 69)	PTSD (n 48)	Uppförandestörning (n 50)	Ångest (n 35)
Adhd		34	13	34	17	34	17
Autism	34		-	-	-	10	-
Depression	13	-		-	13	-	13
Missbruk	34	-	-		18	26	12
PTSD	17	-	13	18		-	12
Uppförandestörning	34	10	-	26	-		-
Ångest	17	-	13	12	12	-	

- = Färre än 10 individer, redovisas ej.

Autism står för autismspektrumstörning oavsett grad, inklusive Aspergers syndrom.

Källa: Enkätundersökning av psykiatriska tillstånd och vårdbehov hos barn och unga i SiS särskilda ungdomshem.

Aktuella kliniska symtom

Problembilden förändras när beskrivningen utgår från förekomst av aktuella kliniska symtom. Med kliniska symtom avses att ungdomen har uppvisat hög eller mycket hög grad av symtom de senaste sex månaderna. Jämfört med förekomst av fastställda diagnoser var förekomsten av kliniska symtom högre för alla diagnostyper utom adhd. De största skillnaderna mellan symtom och diagnos gäller missbruk, PTSD, uppförandestörning och ångest. Analyser visar att fastställda diagnoser överlag överensstämmer med aktuella kliniska symtom, dvs. att ett barn eller en ung person med en fastställd diagnos också uppvisar aktuella symtom på den diagnosen.

Akuta psykiatriska tillstånd

Totalt hade 40 procent av barnen och de unga varit i något akut psykiatriskt tillstånd de senaste sex månaderna. Självmonds- respektive självskadebeteende följt av panikattacker var de vanligaste akuta tillstånden hos både pojkar och flickor. Självmondsbeteende var tre gånger vanligare bland flickor och självskadebeteende var mer än fyra gånger så vanligt bland flickor jämfört med bland pojkar. Sex procent av ungdomarna hade befunnit sig i ett dissociativt- eller psykotiskt tillstånd de senaste sex månaderna.

Tabell 3. Förekomst av akuta psykiatriska tillstånd senaste 6 månaderna

	Totalt (n 304)	Pojkar (n 196)	Flickor (n 104)
	%	%	%
Självmondsbeteende	17	10	31***
Självskada	17	8	35***
Panikattack	9	6	14**
Dissociativt tillstånd	6	-	-
Psykotiskt tillstånd	6	-	-

* p = < 0.05 ** p = < 0.01 *** p = < 0.001

Uppgifterna om dissociativt tillstånd och psykotiskt tillstånd redovisas inte uppdelat på kön på grund av att de rör ett fåtal individer

Källa: Enkätundersökning av psykiatriska tillstånd och vårdbehov hos barn och unga i SiS särskilda ungdomshem.

Könsskillnader

De könsskillnader som nämnts är tydliga när det gäller psykiatriska diagnoser och vårdbehov. I studien förekom adhd, autism, depression, PTSD och ångest i större utsträckning bland flickorna och de unga kvinnorna. Dessa uppvisade också mer akuta psykiatriska tillstånd i form av självmonds-, självskaдебeteende och panikattacker. Resultaten pekar på att särskilt flickor och unga kvinnor har psykiatriska vårdbehov som inte tillgodoses, även om psykiatriska tillstånd och vårdbehov också är vanliga bland pojkar och unga män. Vidare väcker resultaten frågor om flickor och unga kvinnor är underdiagnostiserade när det gäller missbruk och uppförandestörning.

Ett vårdkedjeperspektiv

Undersökningen har genomförts i de särskilda ungdomshemmen, men väcker också frågor om i vilken utsträckning som psykiatriska tillstånd och vårdbehov är kända och tillgodoses när barn och unga är placerade i andra HVB till följd av eget beteende. En placering i ett särskilt ungdomshem är i regel ingen isolerad händelse. Tvärtom ingår den placeringen ofta i en vårdkedja, där den föregås eller följs av placering i ett flera andra HVB [15, 16].

Förskrivning av psykofarmaka

Socialstyrelsens registerstudie från 2014 visar att förskrivningen av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar var mycket hög i jämförelse med jämnåriga i befolkningen. Det förklarades delvis av att gruppen hade en omfattande psykiatrisk problematik med hög förekomst av bland annat adhd. I jämförelse med icke-placerade var dock framför allt användningen av adhd-läkemedel och antipsykotiska läkemedel relativt sett mycket hög bland barn och unga som var placerade på SiS särskilda ungdomshem.

Många av de placerade använde flera typer av psykofarmaka samtidigt. Bland barn och ungdomar som aldrig hade varit placerade, men som använde psykofarmaka, var exempelvis förekomsten av tre olika typer av psykofarmaka 4 procent. Motsvarande andel för placerade i SiS särskilda ungdomshem var 9 procent.

Förskrivning som Socialstyrelsen ställde sig särskilt tveksam till var långvarig behandling med antipsykotiska läkemedel i frånvaro av schizofreni och liknande

tillstånd. Bland placerade barn och ungdomar gavs sådan behandling snarare i ett lugnande syfte eller stämningsstabiliserande syfte än i ett antipsykotiskt. På sikt förekom långvariga behandlingar med antipsykotiska läkemedel i mindre utsträckning bland barn och unga som hade kontakt med specialistvård, såsom barn- och ungdomspsykiatri, vid nyinsättning av antipsykotiska läkemedel.

Vad gäller förskrivningen av psykofarmaka hade placerade barn och unga i genomsnitt fler förskrivande vårdenheter än icke-placerade. Särskilt hade placerade i SiS särskilda ungdomshem och andra HVB flera olika vårdenheter. Cirka 15 procent av dem som var placerade på SiS särskilda ungdomshem hade minst fyra olika vårdenheter som förskrev antipsykotiska läkemedel under 2013 i jämförelse med kring 1 procent bland icke-placerade. Det fanns också ett tydligt samband mellan antalet förskrivande vårdenheter och antalet förskrivna psykofarmaka. Ju fler vårdenheter som var involverade i förskrivningen desto fler psykofarmaka använde barn och ungdomar.

Barn som var placerade på HVB eller SiS särskilda ungdomshem fick också i lägre utsträckning psykofarmaka förskrivet av specialister i barn- och ungdomsmedicin eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering, än barn som var under placering i familjehem eller som aldrig har varit placerade [14].

Särskilda behov som uppmärksammas av olika aktörer

Även om det är svårt att urskilja grupper av barn och unga i HVB med särskilt stora behov av en specialiserad och integrerad vård enbart utifrån diagnostiserade tillstånd, finns det grupper som särskilt bör uppmärksammas eftersom dagens HVB och samverkansformer inte fungerar tillräckligt väl för dem. Under arbetet med uppdraget har företrädare för SiS, andra HVB, kommuner och organisationer inom funktionshinderområdet gett flera exempel på sådana grupper av barn och unga som placerats till följd av eget beteende. Det handlar om följande grupper som delvis överlappar varandra:

- Barn och unga med autismspektrumtillstånd, eventuellt också intellektuella funktionsnedsättningar, i förening med exempelvis missbruk. För dessa barn och unga har SiS framfört att de särskilda ungdomshemmen i dag är en mindre lämplig miljö och att de insatser som erbjuds där inte svarar mot behov vid autismspektrumtillstånd. En integrerad vård inom detta område rör i hög grad också stöd från habiliteringen och planering av långsiktigt stöd med samtycke enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och SoL.
- Barn och unga med psykoser och andra allvarliga psykiatriska tillstånd som gör att de periodvis kan behöva psykiatrisk tvångsvård. Gruppen är sannolikt liten och relativt avgränsad. SiS har uppskattat att det handlar om ett tiotal personer som riskerar att fara illa av snabba byten av vårdmiljö och ibland långa transporter.
- Barn och unga med allvarliga självskadebeteenden. Ett förslag på en nationell psykiatrisk enhet har tidigare tagits fram av Nationella Självskadeprojektet, men inte genomförts. En regional sådan enhet planeras i Västra Götalandsregionen. Bland barn och unga på HVB är självskade- och suicidbeteenden

mycket vanliga, särskilt bland flickor, men det kan finnas mindre grupper med särskilt allvarlig problematik [17].

- Barn och unga med missbruk i förening med exempelvis allvarliga självskadebeteenden eller ätstörningar samt tidvis behov av sluten psykiatrisk vård, frivilligt eller med tvång. Komplexa behov av detta slag har uppmärksammats för vuxna personer som under olika perioder vårdas med stöd av LVM och LPT, men de finns också hos barn och unga som vårdas med stöd av LVU.
- Barn och unga med andra stora psykiatriska vårdbehov såsom allvarlig depression eller ångest. Särskilt SiS har framfört att dessa barn och unga snarare borde få del av psykiatrisk vård än av de insatser som erbjuds vid de särskilda ungdomshemmen. Även denna grupp kan vara svår att avgränsa, särskilt när det gäller ångest- och depressionstillstånd som är relativt vanliga bland barn och unga på de särskilda ungdomshemmen.
- Barn och unga med så komplexa och stora vård- och stödbehov att det krävs ytterligare utredning, trots tidigare kontakter med såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården.

SiS har också pekat på behovet av former för vård som är bättre anpassade för de yngre barn som nu vårdas i de särskilda ungdomshemmen. Det handlar om ett fåtal barn som ännu inte fyllt 13 år och som behöver bemötas i förhållande till sin ålder och vårdas i en miljö där de inte blandas med äldre barn. Dessa barn kan också ha särskilda behov till följd av psykiatriska tillstånd.

Internationell utblick

Psykiatriska tillstånd och vårdbehov bland unga i institutionsvård har uppmärksammats av forskare i många länder. Socialstyrelsen har i arbetet med detta uppdrag sammanställt resultat från internationella prevalensstudier avseende psykiatriska diagnoser och symptom hos unga i institutionsvård. Sammanställningen visar att 70–90 procent av unga i institutionsvård fyller kriterierna för minst en psykiatrisk diagnos. Det är också vanligt att de unga har flera diagnoser samtidigt. De vanligaste diagnoserna är uppförandestörning, missbruk och adhd. Se vidare i bilaga 2.

När det gäller lösningar för vård för barn och unga som är placerade i institutioner utifrån deras samlade behov har Socialstyrelsen särskilt studerat insatser och erfarenheter från ett pågående utvecklingsarbete i Norge. Trots vissa skillnader när det gäller reglering och organisation finns det viktiga likheter mellan förutsättningarna för integrerad och specialiserad vård i Sverige och Norge. Det gäller särskilt uppdelningen mellan ansvaret för de sociala vårdinsatserna och hälso- och sjukvårdsinsatserna för barn och unga i institutionsvård. En översikt av det arbetet finns i bilaga 4.

Delat ansvar hos verksamheter och huvudmän

Ansvarsfördelningen

För barn och unga som samtidigt behöver både social tvångsvård med stöd av LVU och hälso- och sjukvård för psykiatriska tillstånd är ansvaret för samhällets insatser delat mellan huvudmännen.

Socialtjänsten har det övergripande vårdansvaret för barn och unga som är placerade på HVB. Socialnämnden ska noga följa vården av placerade barn och unga och då särskilt uppmärksamma bland annat barnets eller den unges hälsa.² Nämnden har samma skyldighet när det gäller barn och unga som är placerade med stöd av LVU.³ Socialnämnden ska också bland annat verka för att alla placerade barn får den hälso- och sjukvård som de behöver.⁴

Landstingen är skyldiga att erbjuda såväl sluten som öppen hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget samt öppen och omedelbar vård åt den som inte är bosatt inom landstinget. Skyldigheten gäller också för placerade barn och unga.⁵ En person anses som regel bosatt i det landsting där hon eller han är folkbokförd.⁶ Boende på HVB räknas inte som att vara bosatt. Huvudregeln är att barn och unga inte folkbokförs på HVB.⁷ Det är istället Riksavtalet för utomlänsvård som reglerar vilket landsting som står för vård och kostnader (se bilaga 3).

Hälso- och sjukvården är frivillig också när den ges till barn och unga som vårdas med tvång med stöd av LVU. Psykiatrisk tvångsvård får dock under vissa förutsättningar ges till en person som lider av en allvarlig psykisk störning.⁸ Sådan vård ska ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av ett landsting eller en kommun som inte ingår i ett landsting.⁹

Det finns också krav på samverkan och samarbete mellan huvudmännen. Kommuner och landsting är bland annat skyldiga att ingå en överenskommelse om ett samarbete när det gäller barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.¹⁰

De särskilda ungdomshemmen inom SiS är en form av HVB som är avsedda för vård av barn och unga som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn på grund av att de utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom kriminalitet, missbruk eller annat socialt nedbrytande beteende.¹¹ Vid de särskilda ungdomshemmen ska det finnas tillgång till läkare och det bör finnas tillgång till psykologisk expertis. Läkarna bör ha specialistkompetens inom barn-

² Se 6 kap. 7 b § SoL.

³ Se 13 a § LVU.

⁴ Se 6 kap. 7 § SoL.

⁵ Se 3 kap. 1, 3 och 4 §§ HSL.

⁶ Se 3 § folkbokföringslagen (1991:481) samt prop. 1981/82:97 Hälso- och sjukvårdslag m.m., sid 33 och 114 och prop. 1997/98:9 Skydd för förföljda personer, samordningsnummer, m.m. sid 49-50.

⁷ Se 9 § tredje punkten folkbokföringslagen.

⁸ Se 3 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT.

⁹ Se 15 § LPT.

¹⁰ Se 5 kap. 1 d § SoL och 16 kap. 3 § HSL.

¹¹ Se 12 § LVU.

och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri.¹² Tillgång till hälso- och sjukvårdspersonalen kan ordnas på olika sätt. Det kan exempelvis ske genom att SiS anställer hälso- och sjukvårdspersonal eller genom en överenskommelse med en BUP-klinik. Om SiS anställer hälso- och sjukvårdspersonal som ger hälso- och sjukvård åt barn och unga på ungdomshemmen bedriver SiS hälso- och sjukvård och blir därmed vårdgivare för den verksamheten. I dag har SiS anställda psykologer och sjuksköterskor, men myndigheten har valt att inte anställa läkare.

Det finns också enskilda HVB som bedriver hälso- och sjukvård och har anmält detta till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Det kan exempelvis handla om individuella behandlingar som genomförs av psykolog eller tillgång till sjuksköterska inom verksamheten.

Se vidare om gällande rätt i bilaga 3.

HVB

Med HVB avses ett hem för vård eller boende inom socialtjänsten som tar emot enskilda för vård eller behandling i förening med ett boende. Om ett sådant hem drivs av ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ krävs dessutom att verksamheten bedrivs yrkesmässigt.¹³

HVB infördes som ett nytt och samlande begrepp för olika typer av institutionsvård när socialtjänstlagen först trädde i kraft 1982. Syftet med den nya benämningen var att ge kommunerna större möjligheter att använda institutionsvård som en av flera resurser i socialtjänstens arbete. Tidigare var institutionsvården för barn, unga och vuxna uppdelad i ett stort antal former av hem och anstalter med särskilda syften och regler.¹⁴

Det krävs tillstånd från IVO för privata utförare att bedriva HVB. Kommuner och landsting behöver inte ha tillstånd, men är skyldiga att anmäla verksamheten till IVO för registrering. HVB hör till de verksamheter där regelbunden tillsyn sker, så kallad frekvenstillsyn. Frekvenstillsynen vid HVB för barn och unga omfattar regelbundna inspektioner, som kan vara oanmälda eller anmälda. I tillsynen ingår att samtala med barn och unga [18].

Antal placerade barn och unga

Uppgifter om placerade barn och unga finns i Socialstyrelsens register med uppgifter om socialtjänstens insatser för barn och unga. Från och med år 2014 redovisas enbart heldygnsinSATser för barn och unga med ett fullständigt personnummer. Detta innebär att asylsökande barn, framförallt ensamkommande barn, inte ingår i de redovisade heldygnsinSATserna.

Med detta förbehåll visar uppgifter i registret att 32 503 barn och unga var placerade i heldygnsvård någon gång under 2016. Av dessa fick 23 717 vård enligt SoL och 6 427 vård enligt LVU. Dessutom var 2 359 barn och unga omedelbart omhändertagna enligt LVU. Familjehem var den vanligaste vårdformen enligt både SoL och LVU.

¹² Se 3 kap. 6 § socialtjänstförordningen (2001:937), SoF.

¹³ Se 3 kap. 1 § SoF.

¹⁴ Se prop. 1979/80:1 om socialtjänsten, s. 327.

Bland de barn och unga som vårdades enligt LVU den 1 november 2016 var 558 placerade i privata HVB, 394 i SiS särskilda ungdomshem och 133 i kommunala HVB. Till det kom drygt 180 barn och unga som var omedelbart omhändertagna enligt LVU. Som framgår av tabell 1 var det betydligt vanligare med vård i HVB enligt LVU bland barn och unga i åldern 15–20 år. Med stigande ålder var det fler pojkar och unga män som vårdas i HVB enligt LVU än flickor och unga kvinnor [19].

Tabell 4. Barn och unga som vårdades enligt LVU eller var omedelbart omhändertagna enligt samma lag i HVB den 1 november 2016. Fördelning efter ålder, kön och typ av HVB.

	0-12 år		13 – 14 år		15 – 17 år		18 – 20 år	
	Pojkar	flickor	pojkar	flickor	pojkar	flickor	män	kvinnor
LVU-vård								
HVB - kommun eller landsting	21	14	3	9	27	24	16	19
HVB - enskild ¹	43	42	29	26	121	97	141	59
SiS särskilda ungdomshem ¹	3	0	16	9	108	72	135	51
Omedelbart omhändertagande enligt LVU								
HVB - kommun el landsting	3	8	2	1	3	9	4	0
HVB - enskild ¹	0	6	7	11	25	20	11	6
SiS särskilda ungdomshem	0	0	1	7	22	12	13	10
Totalt	70	70	58	63	306	234	320	145

Källa: Socialstyrelsens barn- och ungaregister.

Jämfört med vård i HVB enligt SoL svarar kommunala HVB för en mindre del av vården enligt LVU medan SiS särskilda ungdomshem svarar för en betydligt större del av vården.

Antal verksamheter och vårdplatser

Medan vissa HVB är specialiserade mot exempelvis akutplaceringar, skyddat boende eller utredning av hjälpbehov så bedriver andra mer långsiktiga vårdinsatser [20]. Under senare år har det skett betydande förändringar av antalet HVB i kommunal eller enskild regi [21]. Antalet verksamheter och vårdplatser för ensamkommande barn ökade kraftigt under några år medan antalet HVB med den inriktningen nu minskar [22].

Enligt IVO:s omsorgsregister fanns det i december 2018 sammanlagt drygt 1 000 verksamheter med sammanlagt mer än 12 300 platser för barn och unga upp till och med 21 års ålder (åldersintervallet överskrider gränsen för LVU-vård med ett år). Fördelningen på offentliga och privata aktörer framgår av tabell 3 [23]. Uppgifterna kan ha brister och bland annat omfatta verksamheter som är vilande. Det är oklart hur många HVB för barn och unga som bedriver vård såväl enligt SoL som LVU.

Tabell 5. Antal huvudmän, verksamheter och vårdplatser inom HVB-vård för barn och unga till och med 21 års ålder 2018-12-10. Fördelning på offentliga och privata huvudmän och verksamheter.

	Antal huvudmän	Antal verksamheter	Antal vårdplatser
Offentlig	156	358	5 443
Privat	442	672	6 921
Totalt	598	1 030	12 364

Källa: IVO, Omsorgsregistret.

Antalet platser per HVB för andra barn och unga än ensamkommande har uppskattats till i genomsnitt åtta stycken [24]. HVB för ensamkommande barn och unga har haft fler platser och i vissa fall varit relativt stora [25].

Uppgifter som redovisats av Ägarprövningsutredningen pekar på att andelen vinstsyftande aktörer med tiden har kommit att dominera inom HVB-vården, där större ägarkoncerner har etablerat sig. Det gäller för HVB-vård enligt både LVU och SoL [26].

De särskilda ungdomshemmen

I början av 2018 fanns det 23 särskilda ungdomshem med cirka 700 platser för akutplacering, utredningsplacering och behandlingsplacering. De flesta platserna var låsbara [27]. SiS leder verksamheten vid de särskilda ungdomshemmen.¹⁵

Under 2017 gjordes 1 114 intagningar av barn och unga vid SiS särskilda ungdomshem, av vilka omkring en tredjedel gällde flickor och omkring två tredjedelar pojkar. De inskrivnas medelålder var 15,9 för flickor och 16,3 år för pojkar. Av intagningarna gjordes 98 procent med stöd av LVU och 2 procent med stöd av SoL [16].

Olika inriktningar

Det finns olika former av differentiering av HVB, bland annat genom uppdelningen mellan särskilda ungdomshem och övriga HVB.

En annan differentiering går att se utifrån de inriktningar som verksamheter med HVB anger när de ansöker om tillstånd från IVO. I omsorgsregistret finns uppgifter om de målgrupper och inriktningar som olika HVB uppgett. Varje HVB kan ange mer än en inriktning. De vanligaste inriktningarna var i december 2018 vård/behandling (595 HVB) och ensamkommande barn (446 HVB). Några inriktningar avser psykiatriska tillstånd, såsom neuropsykiatrisk störning (77 HVB) och psykisk störning (30 HVB) och övriga psykosociala problem (140 HVB) [28]. Utöver detta förekommer även differentiering genom exempelvis användning av vissa metoder eller arbetssätt.

SiS arbetar med ett långsiktigt utvecklingsarbete, SiS ungdomsvård 2020, i syfte att erbjuda en mer specialiserad vård. Arbetet handlar bland annat om hur institutionerna ska organiseras, vilka metoder som ska användas och vilka kompetenser som krävs för specialiseringen. Under 2019 kommer myndigheten att i ett pilotprojekt prova ett nytt tillvägagångssätt för målgruppsbedömning av akutplacerade barn och unga. Där ska myndigheten utveckla, pröva, stärka och utvärdera sin förmåga att genomföra kunskapsbaserade bedömningar av risker och

¹⁵ Se 6 kap. 3 § SoL.

behov tidigt i placeringen. Målgruppsbedömningen ska resultera i en samlad bedömning av den unge och skriftlig rekommendation till socialtjänsten om fortsatt planering, antingen inom SiS eller insatser i andra former [29, 30].

Inom ramen för dagens differentiering finns det HVB som också är vårdgivare och inom den egna verksamheten har tillgång till exempelvis sjuksköterska eller psykolog för hälso- och sjukvårdsuppgifter. I en grundläggande mening arbetar dessa HVB med en integrerad vård som kombinerar insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården och som samlas kring ett barn eller en ung person i HVB. Det finns ingen samlad överblick av vilka HVB som erbjuder integrerad vård i denna mening, i vilken utsträckning det sker och vilken grad av specialisering som vården har.

Kostnader för vården

Under 2017 uppgick kommunernas samlade kostnader för vård i HVB för barn och unga till knappt 6,8 miljarder kronor [31]. Över tid har kostnaderna ökat, från omkring 4,5 miljarder 2007 [21].

Den genomsnittliga kostnaden per vårddygn i HVB för barn och unga var 2 614 kronor 2016 [32]. Uppgiften bör dock tolkas med försiktighet. Kostnader för vård i HVB för ensamkommande barn och unga ingår inte. Däremot har vård för ensamkommande barn och unga med fullständigt personnummer tagits med i underlaget om antalet vårddygn [21].

Kostnaden per vårddygn kan variera betydligt. För barn och unga som vårdas i de särskilda ungdomshemmen beslutar SiS om vårdavgifter. Avgiften är under 2019 mellan 4 800 och 6 900 kronor per vårddygn beroende på om det gällde akut-, utrednings- eller behandlingsverksamhet samt på om vården gavs vid öppen eller låsbar avdelning. På en avdelning inom SiS som tar emot icke skolepliktiga flickor och pojkar med psykosocial problematik, kriminalitet och missbruk är vårdavgiften 12 900 kronor per dygn.¹⁶

Under arbetet med denna utredning har Socialstyrelsen informerats om högre vårdkostnader för enskilda barn och unga. Det har rört sig om kostnader på omkring 20 000 kronor per dygn i HVB.

Barn- och ungdomspsykiatri

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) växte fram under 1900-talet som ett tvärvetenskapligt kunskapsområde ur behov som uppmärksammats inom pediatrik, skola, social barn- och ungdomsvård samt vuxenpsykiatri [33].

Trots arbete för ett mer avgränsat och specialiserat uppdrag för svensk barn- och ungdomspsykiatri har det dröjt att på en övergripande nivå formulera innehållet i BUP:s uppdrag. Viktiga delar av uppdraget är dock att erbjuda insatser på specialistnivå till barn och unga med medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd och där funktionsnivån i vardagen är påverkad. Insatserna utgår från vetenskap och beprövad erfarenhet och bygger på barnpsykiatrisk diagnostik. Insatserna består av bedömning, utredning och/eller behandling av såväl akuta som icke-akuta tillstånd [34].

¹⁶ Se 3 § SISFS 2018:1.

Barn- och ungdomspsykiatri har många andra verksamheter att vid behov samverka med såsom förskola, skola, barnhälsovård, elevhälsa, ungdomsmottagningar, habilitering, vuxenpsykiatri, primärvård, socialtjänst och HVB.

Verksamheter och personal

Aktuella kartläggningar som SKL gjort visar att BUP:s öppenvårdsverksamhet finns i samtliga 21 län år 2017. Enligt kartläggningen fanns slutenvårdsverksamhet samma år i 14 av länen med sammantaget 135 fastställda vårdplatser. I flera län kan heldygnsvård erbjudas inom andra enheter som vuxenpsykiatri, barnklinik, beroendevård eller köpas från annat län. Under 2017 fick 123 585 barn och unga vård i öppen- eller heldygnsvården, av vilka 2 891 fick heldygnsvård. Antalet besök på BUP uppgick år 2017 till 1 000 607, vilket var en ökning med 18 procent jämfört med året innan.

Inom BUP arbetar professionella inom flera yrken som kräver legitimation för arbete inom hälso- och sjukvården. Vanligast är psykolog, sjuksköterska, kuratorer och läkare (kuratorer inom hälso- och sjukvården omfattas från och med den 1 juli 2019 av krav på legitimation). Andra legitimerade yrkesutövare som i varierande omfattning kan arbeta inom BUP är fysioterapeuter, arbetsterapeuter och psykoterapeuter. Även pedagoger kan arbeta vid BUP. En stor yrkesgrupp utan legitimation är skötare med vård- och omsorgsutbildning med inriktning mot psykiatri [35].

Insatser

Grundläggande delar av arbetet vid BUP är bedömning, utredning och diagnostik, information, råd och stöd, psykoedukation samt att utveckla strategier och färdigheter för att hantera sina problem och sin situation bättre. Många former av psykologisk behandling och psykoterapi kan vara aktuella, likaså läkemedelsbehandling. Därutöver förekommer bland annat fysioterapi och andra insatser såsom ättränning och sömnskola.

Syftet med den barnpsykiatriska diagnostiken är att ge underlag för lämplig insats som främjar barnets psykiska hälsa och utveckling. Kunskap om normal och avvikande utveckling och bedömning av risk- och skyddsfaktorer i den familjesociala miljön är grundläggande. Information inhämtas från barnet själv efter ålder och mognad och vårdnadshavare samt, efter samtycke från familjen, med andra vuxna i barnets vardagsmiljöer.

Som framgår ovan dominerar öppna vårdformer inom BUP. Det kan finnas mellanvård, dagvård, intensifierad öppenvård, mobila team och subspecialiserade mottagningar. Heldygnsvården används främst i mycket akuta, livräddande situationer, såsom vid akut suicidrisk, allvarlig psykisk sjukdom eller svåra svälttillstånd vid anorexia nervosa.

Företrädare för BUP om barn och unga som riskerar att inte få psykiatrisk vård efter behov

Vid ett möte som Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri (SFBUP) hade med verksamhetsföreträdare och chefsöverläkare inom BUP i februari 2018 frågade Socialstyrelsens dessa företrädare för BUP vilka barn och unga som riskerar att inte få den psykiatriska vård de behöver. Deltagarna gav samstämmigt en bild av att det handlar om barn och unga med komplexa problem, det vill säga

utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar eller allvarlig psykiatrisk problematik i kombination med beteendestörningar, missbruk och föräldrasvikt. Riskerna finns också när det saknas vuxna runt barnet som BUP kan samverka med för att åstadkomma en förändring, när ett barn eller ung person som vårdas med stöd av LVU har omfattande psykiatriska vårdbehov och när BUP och socialtjänst inte kan samverka. BUP har också svårt att hantera bland annat missbruksproblematik och gravt utagerande beteende hos barn och unga [36].

Avveckling av annan institutionsvård för barn och unga än HVB

När HVB infördes som begrepp i början av 1980-talet, fanns det också andra former av institutionell vård för barn och unga med psykiatriska diagnoser och vård- eller stödbehov.

Barn- och ungdomspsykiatrins behandlingshem hade ännu i slutet av 1990-talet drygt 150 platser runtom i landet [8]. Därefter har behandlingshemmen försvunnit som vårdalternativ. Negativa effekter av ”institutionalisering” och goda resultat av öppenvårdsinsatser har antagligen bidragit till en prioritering av dagvård och öppenvård. Eftersom behandlingshemmen delvis var inriktade på ”asociala” barn och unga kan förändringen ha påverkat behovet av platser inom HVB och tillgång till psykiatrisk kompetens där.

Redan under 1980-talet pågick en avveckling av de särskilda omsorgsinstitutionerna, som ersattes med gruppboenden och andra insatser för bland annat barn med utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd. Genom införandet av LSS övergick ansvaret för dessa gruppboenden och flertalet andra stöd- och serviceinsatser för målgruppen från landstingen till kommunerna [37].

Barn och unga om vården vid HVB

När barn och unga med erfarenheter av att vistas i HVB berättar om sina synpunkter och önskemål finns det vissa teman som återkommer. Det gäller bland annat deras egen betydelse som subjekt i vården, vikten av en helhetssyn på deras behov samt sammanhanget över tid när det gäller insatser och goda vuxenkontakter.

För att beskriva vad som är god kvalitet vid HVB ur barnets eller den unges perspektiv har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) genomfört fokusgrupper och intervjuer med barn och unga som är eller har varit placerade i den sociala dygnsvården. Barnen och de unga beskriver att olika saker är viktiga för dem under olika faser.

Kontakten med socialtjänstens myndighetsutövning är viktig under hela placeringsprocessen. För det krävs en god tillgänglighet, ett gott bemötande och att socialtjänsten vågar efterfråga barnets synpunkter och önskemål. Trygghet är också viktigt och innebär bland annat att undvika uppbrott genom korta placeringar och många omplaceringar.

Att få vara delaktig när man bor på HVB innebär, enligt barnen, framför allt att få vara med och utforma de regler som ska gälla i boendet. Vidare är det viktigt för barnen med goda sociala relationer till HVB-personalen. Barn som bor eller har bott på institution beskriver att miljön där kan vara hård och destruktiv.

De bor tillsammans med andra ungdomar som kan ha dåliga mönster, som de själva kan ta efter. Trygghet och personlig integritet lyfter barnen och ungdomarna som något viktigt i HVB. En samstämmig uppfattning är att de som bor på HVB inte ska behöva göra det för länge.

Vidare vill de barn som Vårdanalys haft kontakt med få omsorg och vård för att må bra. De vill ha hjälp med att hantera sina problem och efterlyser kontakt med psykolog eller kurator. Barn på institution pratar också om att det är viktigt att maten är bra, så att de får energi. [38]

Svaren från de barn som Vårdanalys träffat är i linje med vad som framkommit i andra övergripande beskrivningar av hur placerade barn och unga ser på sin vård, även om det där ofta handlar om negativa erfarenheter och kritik mot socialtjänsten eller HVB [39, 40]. Inte minst har unga i de särskilda ungdomshemmen tagit upp negativa erfarenheter av de särskilda befogenheter som SiS har tillgång till. De som bor på SiS särskilda ungdomshem bedömer överhuvudtaget i lägre grad än barn och unga på HVB att de känner sig trygga i sitt boende. Främst gäller detta i relationen till personalen [20]. Det har framkommit att flickor upplever en större otrygghet jämfört med pojkarna på några av ungdomshemmen [41].

Barn med erfarenhet av sammanbrott i HVB-vård

Barn som varit med om sammanbrott i vården, det vill säga att vården avslutas på ett annat sätt än vad socialtjänsten avsett, hade enligt en studie själva ofta uttryckt missnöje med vården innan sammanbrotten. I vissa fall hade de till och med skadat sig själva för att påtala att de inte ville vara kvar i vårdmiljön. De barn som hade erfarenhet av HVB-vård upplevde att tillvaron ofta präglades av bestraffnings- och belöningssystem. Några barn beskrev att de, som en konsekvens av sina protester mot institutionsmiljön, omplacerades till institutioner som var än mer strukturerade och icke-familjära. Barn med beteendeproblem upplevde också att samma problem som ledde till placeringen också var orsaker till att vården avslutades eftersom HVB:et inte kunde ge dem rätt vård [42].

Barns och ungas erfarenheter av HVB vid psykiatriska tillstånd och vårdbehov

Barn och unga som vårdats i HVB med stöd av LVU och inom psykiatrin har i samtal med Barnombudsmannen (BO) särskilt pekat på problem med vårdinsatser som mera präglas av verksamheternas uppdrag än av barnens och de ungas samlade och sammansatta behov. Vid dessa samtal har barnen efterfrågat en vård som är en blandning av socialtjänst och psykiatrisk vård. I en sådan vård skulle barnet ses som en helhet och kunna få tala om och få hjälp med allt det som är jobbigt. I dagsläget vet barnen ofta inte varför de är intagna respektive placerade med stöd av bland annat LVU. Däremot märker de att ansvaret för dem bollas runt och att ingen är beredd att möta deras samlade behov [20].

Vägar till vård i HVB utifrån barns och ungas samlade behov

Socialstyrelsens bedömning

Tydligare och delvis nya former och förutsättningar för specialiserad vård i HVB för barn och unga som vårdas med stöd av LVU behöver utvecklas. I det ingår former för integrerad vård med insatser från socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Det finns annars tydliga risker för att barn och unga som vårdas i HVB med stöd av LVU inte får en god hälso- och sjukvård på lika villkor som andra barn och unga. De riskerar också att få insatser från socialtjänsten som de inte kan tillgodogöra sig om inte deras psykiatriska tillstånd och vårdbehov uppmärksammas.

Risker för hälsa och utveckling

Tidigare i denna rapport har uppgifter redovisats om sammansatta vårdbehov bland barn och unga som vårdas i HVB, i första hand med stöd av LVU. Dessa barn och unga behöver inte bara insatser från socialtjänsten till följd av eget beteende. Mycket ofta har de samtidigt behov av hälso- och sjukvård. I den här rapporten uppmärksammas särskilt de psykiatriska vårdbehoven, men tillgång till somatisk vård och tandvård är också viktiga för en samlad vård.

De omfattande och sammansatta vårdbehoven ställer krav på socialtjänsten, hälso- och sjukvården och verksamheter som driver HVB. Det handlar om exempelvis tvärprofessionella utredningar, behandlingsinsatser för sociala behov som anpassas efter barnens och de ungas förutsättningar samt tillgång till akut psykiatrisk vård vid behov. Att så många barn och unga har mer än en psykiatrisk diagnos pekar på behovet av metoder och arbetssätt för att kunna upptäcka och sätta in åtgärder för flera samtidiga problembilder. Flera av de psykiatriska tillstånd som beskrivits innebär funktionsnedsättningar som ställer särskilda krav på kompetens, bemötande och utformning av stöd och andra insatser i HVB. Det finns könsskillnader när det gäller psykiatriska tillstånd och vårdbehov, vilket understryker betydelsen av att vården utgår från varje enskild flickas, pojkes, ung kvinnas eller ung mans individuella behov och förutsättningar.

Olika mindre grupper av barn och unga med särskilt stora behov av insatser från flera verksamheter har nämnts av olika aktörer som Socialstyrelsen haft kontakt med under arbetet med uppdraget. Det gäller bland annat barn och unga med autismspektrumtillstånd och/eller intellektuell funktionsnedsättning, barn och unga med svår självskadeproblematik och/eller suicidbeteende samt barn och unga med psykisk sjukdom.

Ansvar hos huvudmän och verksamheter är uppdelat på ett sätt som ställer stora krav på samverkan och nya arbetsformer mellan huvudmän och verksamheter så att de kan upptäcka och tillgodose de sammansatta behoven hos många barn och unga som är placerade i HVB. Ett exempel är att socialtjänsten inför omhändertaganden med stöd av LVU ska bedöma risker för barnets eller den unges hälsa och utveckling, men utan att ha barnets eller den unges hälsa som ett mål för sitt eget arbete och utan att ha personal med särskild kompetens inom hälsoområdet [43].

Utan en väl fungerande samverkan finns det betydande risker för att barnens och de ungas behov inte blir tillräckligt väl kända och tillgodosedda. Det gäller särskilt då barn och unga har stora behov av att vården ges samtidigt och med en samlad kompetens. Vid HVB saknas i regel förutsättningar att på plats ge specialiserad hälso- och sjukvård. HVB kan också sakna kompetens för att bedöma vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som barnet eller den unge behöver. Samtidigt har hälso- och sjukvården inte alltid de rätta förutsättningarna för att utreda och tillgodose vårdbehov hos barn och unga med de beteenden som föranlett placeringen i HVB, vilket företrädare för BUP också framfört i kontakter med Socialstyrelsen. För barn och unga med akuta eller omfattande behov av psykiatrisk vård kan också transporterna mellan HVB och den psykiatriska vården vara långa och påfrestande.

IVO har pekat på flera brister i samverkan mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri efter att ha granskat tillsynsärenden om placerade barn och unga där insatserna inte fungerat och utgången i ett par fall blivit tragisk. Sådana brister är mer regel än undantag, hävdar IVO, även när samhället tar till så långtgående åtgärder som tvångsvård [44]. När det gäller förskrivning av psykofarmaka har Socialstyrelsen framhållit att kontinuitet i behandling och närhet till specialistvård som barn- och ungdomspsykiatri eller habiliteringen är viktiga faktorer som leder till god kvalitet i behandlingen. Placerade barn och unga i SiS särskilda ungdomshem och andra HVB har detta i lägre utsträckning än jämnåriga i befolkningen [14].

Barn och unga med erfarenhet av vård i HVB har, som framgår ovan, lyft fram betydelsen av sammanhang och helhetssyn i vården. Det finns också en insikt bland de företrädare för huvudmän, verksamheter och professionella som Socialstyrelsen mött under arbetet med uppdraget om att nuvarande former för samverkan mellan huvudmän, verksamheter och professionella inom området inte räcker till. Svårigheterna att få till stånd en mer samlad vård för barn och unga i social institutionsvård har dessutom diskuterats länge utan att få en egentlig lösning [45, 46, 47, 48, 49, 50, 51].

Sammantaget finns det tydliga risker för att barn och unga som vårdas i HVB med stöd av LVU inte får en god hälso- och sjukvård på lika villkor som andra barn och unga. De riskerar också att få insatser från socialtjänsten som de inte kan tillgodogöra sig om inte deras psykiatriska tillstånd och vårdbehov uppmärksammas.

Tre typer av specialiserad vård i HVB för barns och ungas samlade vårdbehov

För att möta de samlade behoven hos barn och unga som vårdas i HVB med stöd av LVU är det nödvändigt med insatser på flera nivåer. Lokalt och regionalt arbete med tidiga insatser, samverkan och långsiktig planering av stöd och vård är grundläggande för barnets eller den unges bästa. Nationellt behövs insatser både genom den vård som SiS ansvarar för och stöd till det lokala och regionala arbetet. Arbeta på alla dessa nivåer kan bidra till att förebygga behov av omfattande vårdbehov i HVB och till att vården i HVB bättre motsvarar barnens och de ungas behov samt leder vidare till stabila lösningar utanför institutionsvården.

Inom ramen för dessa insatser har tillgången till HVB med specialisering på olika behov hos barn och unga stor betydelse. Det finns redan en differentiering inom området, till exempel mellan de särskilda ungdomshemmen och andra HVB och mellan HVB med olika inriktningar. Denna differentiering behöver utvecklas vidare utifrån barnen och de ungas samlade vårdbehov.

Placeringar i HVB görs utifrån sociala vårdbehov, och specialiseringen av HVB utgår i första hand från dessa behov. Eftersom de sociala vårdbehoven mycket ofta är förenade med psykiatriska tillstånd behöver specialiseringen även beakta dessa tillstånd i den utsträckning som det behövs för att barnet eller den unge ska få rätt vård. HVB som tar emot barn och unga med olika psykiatriska tillstånd och vård- eller stödbehov behöver ha de rätta förutsättningarna för uppgiften, bland annat när det gäller kompetens, vårdmiljöer samt metoder, arbets- och förhållningssätt. Det behöver också finnas väl fungerande former för tillgång till hälso- och sjukvård efter behov. I vissa HVB bör hälso- och sjukvårdsinsatser vara en integrerad del av den vård som ges.

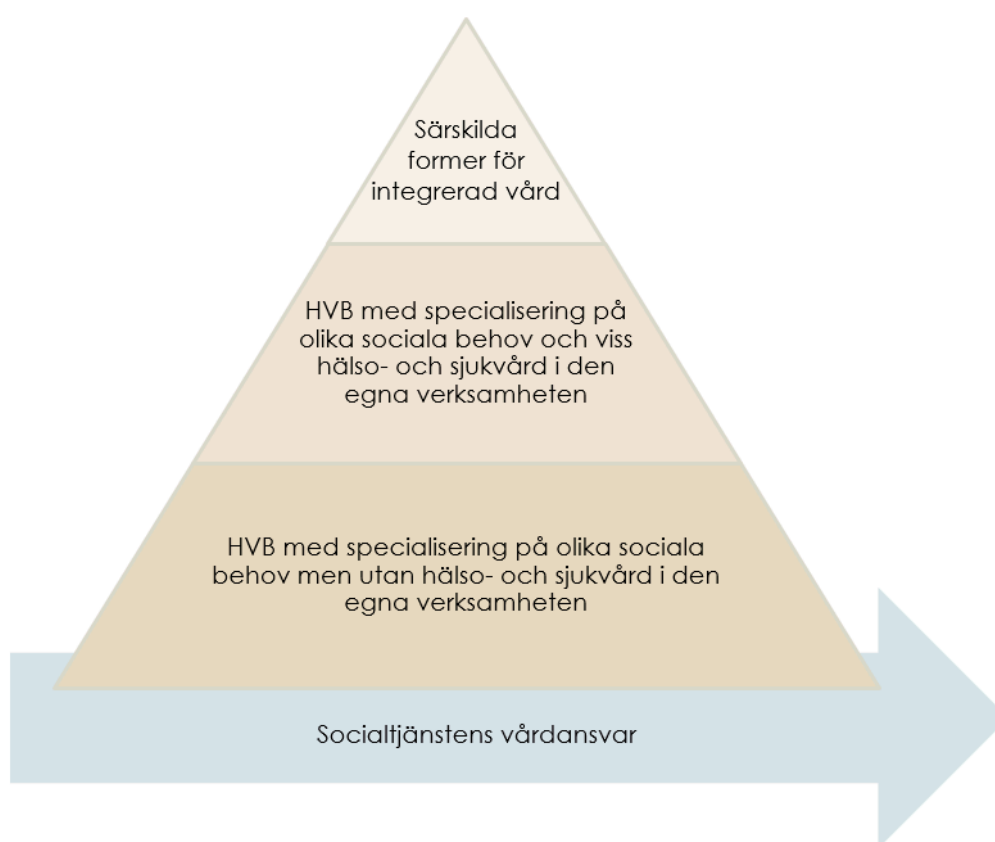
Mot den bakgrunden bedömer Socialstyrelsen att tre typer av specialiserade HVB bör vara tillgängliga för barn och unga som placeras med stöd av LVU:

- *HVB med specialisering på sociala stöd- och vårdinsatser och en väl fungerande samverkan med hälso- och sjukvården.* Denna typ av HVB har en grundläggande och generell betydelse inom HVB-vården. Den förekommer vid HVB utan hälso- och sjukvård i den egna organisationen och inriktning på bland annat barn och unga med sociala vård- och stödbehov samt psykiatriska tillstånd. Socialstyrelsen bedömer att det på vissa punkter krävs tydligare förutsättningar och mer kunskapsstöd från statens sida för att denna typ av specialisering ska utvecklas vidare. Se vidare i kapitlet *Annan specialisering av HVB*.
- *HVB med specialisering på sociala stöd- och vårdinsatser i förening med viss integrering av hälso- och sjukvårdsinsatser.* Denna typ av HVB är viktig för vissa grupper av barn och unga som behöver sociala stöd- och vårdinsatser i förening med viss hälso- och sjukvård under placeringen. Också denna typ av specialisering förekommer i dag, såväl vid de särskilda ungdomshemmen som vid flera andra HVB som är vårdgivare och har tillgång till exempelvis sjuksköterska eller psykolog inom den egna verksamheten. Även för denna typ av specialisering bedömer Socialstyrelsen att det på vissa punkter krävs tydligare förutsättningar och mer kunskapsstöd från statens sida för fortsatt utveckling. Se vidare i kapitlet *Annan specialisering av HVB*.

- *Högt specialiserade HVB med särskilda former för integrerad vård.* För mindre grupper av barn och unga behöver det finnas högt specialiserade HVB med särskilda former för integrerad vård för sociala stöd- och vårdinsatser samt hälso- och sjukvårdsinsatser, där läkare deltar i teamet kring barnet eller den unge. Denna typ av HVB är avsedd för de barn och unga som löper störst risker för fortsatta problem om HVB-vården inte är tillräckligt väl anpassad efter deras samlade behov. Eftersom särskilda former för integrerad vård till stor del saknas till stor del i dag är det angeläget att de utvecklas och etableras som en del av HVB. Se vidare i kapitlet Särskilda former för integrerad vård.

De tre typerna av specialiserade HVB visas översiktligt i figur 1.

Figur 1. Tre typer av specialiserad vård i HVB



I den här rapporten uppmärksammas främst förutsättningarna för särskilda former för integrerad vård. Den frågan berör de barn och unga som löper störst risker för fortsatta problem om HVB-vården inte är tillräckligt väl anpassad efter deras samlade behov. Särskilda former för integrerad vård saknas till stor del i dag. Därför är det angeläget att dessa former utvecklas och etableras.

De båda andra formerna av specialiserade verksamheter förekommer inom dagens HVB-vård, men behöver delvis tydligare förutsättningar. Vid såväl de särskilda ungdomshemmen som flera andra HVB bedrivs viss hälso- och sjukvård. Bland HVB utan hälso- och sjukvård i den egna organisationen finns det ett antal

olika inriktningar, bland annat för barn och unga med sociala vård- och stödbehov samt psykiatriska tillstånd.

Socialstyrelsen vill framhålla betydelsen av att arbetet med särskilda former för integrerad vård blir en del av ett samlat arbete med specialisering av HVB. Särskilda former för integrerad vård kommer endast att finnas vid ett mindre antal HVB och kräva relativt stora resurser. Därför kommer andra HVB ofta att möta barn och unga som vårdas med stöd av LVU och har psykiatriska tillstånd eller behov av hälso- och sjukvård.

Socialtjänstens vårdansvar

Som framgår av figur 1 kommer socialtjänstens vårdansvar att också i fortsättningen vara avgörande för användningen av olika former av HVB-vård. Frågor om socialtjänstens vårdansvar ligger utanför uppdraget, men Socialstyrelsen vill framhålla vårdansvarets betydelse för en mer integrerad och specialiserad HVB-vård.

En viktig aspekt på socialtjänstens vårdansvar är tillgång till kompetens från andra huvudmän för att bedöma barnets eller den unges samlade vårdbehov. Det gäller både inför och vid placering som inför att en placering avslutas och kan följas av andra långsiktiga vård- och stödinsatser. Socialtjänsten behöver också ha en väl fungerande samverkan med hälso- och sjukvården vid uppdrag till HVB som erbjuder någon form av integrerad vård eftersom det inte ingår i socialtjänstens uppdrag att upphandla eller finansiera hälso- och sjukvård. Under de senaste åren har det tillkommit regler som kan öka möjligheterna till tvärprofessionellt arbete i anslutning till socialtjänstens vårdansvar vid placeringar av barn och unga i HVB. Det gäller dels kravet på överenskommelser mellan kommuner och landsting om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet,¹⁷ dels kravet på att landstingen ska erbjuda hälsoundersökningar i samband med placering av barn och unga.¹⁸

Intern samverkan inom socialtjänsten är också angelägen vid användningen av tydligare former och förutsättningar för integrerad och specialiserad HVB-vård. Ett exempel på det är samverkan mellan den sociala barn- och ungdomsvården och de delar av socialtjänsten som arbetar med stöd och service enligt LSS.

En del av arbetet för barns och ungas rättigheter och en jämlik vård

Tydligare former och förutsättningar för integrerad och specialiserad vård i HVB är en del av arbetet för barns och ungas rättigheter.

Ett barnrättsperspektiv är centralt för allt arbete med vård för barn som är placerade i HVB. Grundläggande för det perspektivet är FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling anges i barnkonventionens artikel 6. Varje barns rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till sjukvård tas upp artikel 24 och varje barns rätt till social trygghet i artikel 26. I artikel 25 stadgas att omhändertagna barn har rätt

¹⁷ Se 5 kap. 1 d § SoL och 16 kap. 3 § HSL.

¹⁸ Se 1 § lagen (2017:209) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

till regelbunden översyn av alla omständigheter som rör barnets omhändertagande [52].

Barnrättsperspektivet behöver kompletteras med ett perspektiv som också omfattar unga som fyllt 18 år men inte 21 år. Ungdomar i den åldern kan omhändertas enligt LVU, men omfattas inte av barnkonventionen. Insatser enligt lagen ska präglas av respekt för den unges människovärde och integritet. Vad som är bäst för den unge ska vara avgörande vid beslut enligt LVU.¹⁹

Eftersom många barn och unga som är placerade i HVB har funktionsnedsättningar, är FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning också viktig att beakta vid vård i HVB. I artikel 25 erkänns att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa och utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att säkerställa tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster för personer med funktionsnedsättning med beaktande av jämställdhetsperspektivet. För barn med funktionsnedsättning innebär konventionen preciseringar och kompletteringar av det som anges i barnkonventionen, bland annat i artikel 7 [53].

Dessa rättigheter ger inte bara en grund för att hålla samman olika vårdinsatser för barn och unga i HVB. Rättigheterna kommer också till uttryck i olika författningar som ålägger myndigheter, verksamheter och professionella att alltid främja och ta till vara barnets eller den unges delaktighet, inte minst när vården ges utan samtycke. Det handlar om att de som ansvarar för eller ger vård och stöd efterfrågar och lyssnar på barnets eller den unges berättelse om behov och önskemål, dokumenterar berättelsen och planerar med delaktighet för barnet eller den unge.²⁰ En mer samlad vård handlar till stor del om att skapa tillit hos barnet eller den unge till olika former av vård och motivera barnet eller den unge till att ta del av dem.

En viktig aspekt av delaktighet är att hälso- och sjukvård för barn och unga i HVB alltid är frivillig och att det inte får påverkas av inslaget av tvång vid vård och stöd av LVU. Att hälso- och sjukvård ska ges av personal som inte också arbetar med tvångsinsatserna framhålls i bland annat FN:s regler om skydd av frihetsberövade ungdomar, de så kallade Havannareglerna [54].

Jämlik vård

Placerade barn och unga ska inte riskera sämre tillgång till hälso- och sjukvård än andra barn och unga, vilket kan bli fallet om tillgången påverkas av socialtjänstens uppdrag till HVB och graden av samverkan mellan olika HVB och vårdgivare. Genuskillnader vid psykiatriska tillstånd och vårdbehov samt användning av psykofarmaka behöver också uppmärksammas som aspekter på en jämlik vård.

Arbetet med vård utifrån barnets eller den unges samlade behov stödjer Agenda 2030 för hållbar utveckling. Mål 10 i Agenda 2030 handlar om att minska ojämlikheten inom och mellan länder. Delmål 10.3 handlar om att säkerställa och minska förekomsten av ojämlika utfall [55].

¹⁹ Se 1 § LVU.

²⁰ Se bl.a. 11 kap. 10 § SoL, 36 § första stycket LVU, 4 kap. 16–18 §§ SOSFS 2014:5, och 7 kap. 2 § SOSFS 2012:11 samt 3 kap. 1 och 2 §§, 4 kap. 3 § och 5 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

Särskilda former för integrerad vård

Övergripande beskrivning

Socialstyrelsens bedömning

Särskilda former för integrerad vård är avsedda för att ge både heldygnsvård inom socialtjänsten till följd av socialt nedbrytande beteende och psykiatrisk vård som annars skulle ges i sluten form. De bör ha en samlad kompetens för ett samlat arbete med utredning, planering, genomförande och uppföljning av vård- och stödinsatser.

Samlad kompetens, samlat arbete och samtidiga insatser på nära håll

I det förra kapitlet beskrevs särskilda former för integrerad vård som en typ av HVB som behövs för mindre grupper av barn och unga som placeras med stöd av LVU. Det handlar om barn och unga med sammansatta och omfattande vårdbehov som kräver att både sociala och psykiatriska vårdbehov uppmärksammas och tillgodoses samtidigt, bland annat genom tillgång till läkare i teamet kring barnet eller den unge.

Särskilda former för integrerad vård bör vara avsedda för att kunna ge både heldygnsvård inom socialtjänsten till följd av kriminalitet, missbruk eller annat socialt nedbrytande beteende samt psykiatrisk vård som annars skulle ges i sluten form. De särskilda formerna för integrerad vård behövs dels för att samlat utreda, bedöma och beskriva hur enskilda barns och ungas vårdbehov bäst kan tillgodoses, dels för att om det är möjligt inleda en samlad vård- och behandlingsinsats som motsvarar behoven.

Enligt Socialstyrelsens bedömning bör särskilda former för integrerad vård ha

- en samlad kompetens med rätt specialisering inom socialtjänst och hälso- och sjukvård för att arbeta utifrån barnets eller den unges behov
- ett samlat arbete inom ramen för placeringen med utredning, planering, genomförande och uppföljning av vård- och stödinsatser
- möjligheter att ge vård- och stödinsatser i eller nära det HVB där barnet eller den unge vistas för att minska behovet av resor mellan olika vårdformer.

Även vid särskilda former för integrerad vård kan det förekomma hälso- och sjukvårdsbehov som gör att barn och unga behöver komma i kontakt med såväl primärvård som akut- och specialistvård. Det kan handla om somatiska vårdbehov eller akuta insatser vid skador, men också om situationer där samtliga kriterier för slutna psykiatrisk tvångsvård enligt LPT är uppfyllda.

Särskilda former för integrerad vård på olika nivåer

Bland de aktörer som Socialstyrelsen har haft kontakt med under arbetet med detta uppdrag finns det en mycket bred uppslutning kring behovet och betydelsen

av särskilda former för integrerad vård för barn och unga i HVB. Främst har dessa uppmärksammat behovet av särskilda former för integrerad vård på nationell nivå för barn och unga som vårdas med stöd av LVU vid de särskilda ungdomshemmen. Under arbetet med detta uppdrag har Socialstyrelsen även konstaterat att särskilda former för integrerad vård också kan behöva utvecklas på regional nivå. Privata HVB som också är vårdgivare kan dessutom bidra till att särskilda former för integrerad vård blir tillgänglig för fler barn och unga.

Socialstyrelsens bedömningar och förslag i detta kapitel gäller i första hand den nationella nivå, där staten har ett särskilt ansvar för att utveckla särskilda former för integrerad vård. Utvecklingsarbete på regional nivå berörs avslutningsvis i kapitlet.

Särskilda former för integrerad vård på nationell nivå

Socialstyrelsens bedömning

Behoven av särskilda former för integrerad vård på nationell nivå är sammansatta och mycket individuella. Verksamheten behöver dock vara specialiserad på vissa typer av behov. Det gäller särskilt autismspektrumtillstånd och intellektuella funktionsnedsättningar, allvarligt och upprepat självskadebeteende eller suicidbeteende samt psykoser eller annan psykisk störning som kan komma att föranleda vård enligt LPT.

De särskilda formerna för integrerad vård bör ha fokus på utredning, bedömning av relevanta behandlingar och andra insatser efter akuta skeden. Att kunna anpassa och påbörja behandlingar i den utsträckning som det är möjligt utifrån barnets eller den unges behov bör också ingå i vården.

Nu gällande regelverk och ansvarsfördelning bör så långt som möjligt användas för att utveckla särskilda former för en integrerad vård på nationell nivå.

Målgrupp

Behoven av särskilda former för integrerad vård på nationell nivå är sammansatta och mycket individuella. I första hand finns dessa behov bland mindre grupper av barn och unga som i dag vårdas i SiS särskilda ungdomshem.

Socialstyrelsen bedömer att behoven inte kan avgränsas enbart utifrån vad som gäller för placering enligt LVU och enskilda diagnoser. Som framgår ovan finns det en stor samvariation mellan psykiatriska tillstånd i den studie som gjorts vid SiS särskilda ungdomshem i arbetet med detta uppdrag. Det har dock inte gått att urskilja särskilda grupper med sammansatta vårdbehov enbart utifrån psykiatriska diagnoser i studien.

För tillgång till integrerad vård behövs kriterier som tar fasta på behovet av denna typ av vård i förhållande till annan vård, som bör ha prövats först. Det bör handla om

- att socialnämnden har beslutat att barnet eller den unge ska vistas i ett särskilt ungdomshem utifrån sociala vårdbehov, och att barnet eller den unge samtidigt har behov av psykiatrisk specialistvård,
- att olika former av vård har prövats tidigare utan önskvärda resultat och
- att tillgängliga alternativ, i första hand andra HVB, inte har den samlade kompetens som behövs för uppgiften.

För inskrivning kommer det att krävas ett beslut om vård enligt LVU, men den integrerade vården bör kunna fortsätta om LVU-beslutet upphör till följd av samtycke till vården och behovet av integrerad vård kvarstår.

Även om kriterierna inte utgår från diagnostiserade tillstånd kommer det att finnas grupper av barn med behov som ställer särskilda krav på specialisering av verksamheten. Det gäller särskilt barn och unga som, i förening med sociala vårdbehov enligt LVU, har

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

Dessa grupper har nämnts av SiS som exempel på barn och unga som det i dag är svårt att ge en tillräckligt god vård vid de särskilda ungdomshemmen enbart utifrån de insatser som ges inom socialtjänsten. De barn och unga som ingår i grupperna hör också delvis till dem som, enligt företrädare för BUP, riskerar att få otillräcklig barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Det gäller inte minst om barn och unga i dessa grupper har ett kraftigt utagerande beteende. Betydelsen av mer samlade insatser, med rätt kompetens och miljöer, för dessa grupper av barn och unga i HVB har också framförts av organisationer inom funktionshinderområdet som Socialstyrelsen haft kontakt med.

Behovet av särskild kompetens hos personalen skiljer sig åt mellan grupperna. I den första gruppen är det viktigt att vården ges anpassat och på ett sätt som sammantaget är kognitivt stödjande, med tillgång till arbetsterapeut, specialpedagog och habiliteringspersonal. I den andra och tredje gruppen är det viktigt med en hög tillgång till läkare med psykiatrisk kompetens, personal med specifik kompetens för samtal, psykologisk behandling eller psykoterapi samt sjuksköterska och baspersonal med kompetens och erfarenhet från psykiatri. För barn och unga i den tredje gruppen kan det vara önskvärt med en fysisk närhet till kliniker där de tillfälligtvis kan vårdas med stöd av LPT. Psykiatrisk tvångsvård ska däremot inte ges i HVB med särskilda former för integrerad vård.

Den första gruppen har stora behov av en fysisk miljö som är kognitivt stödjande och anpassad efter barnens och de ungas behov, men även för de andra grupperna har lokalernas utformning stor betydelse för vården.

Särskilda former för integrerad vård bör utformas så att de specialiseras på de typer av behov som nämns ovan, men med öppenhet för att det kan finnas barn och unga med så sammansatta behov att de ingår i mer än en av dessa grupper. Det bör bara handla om ett fåtal enheter med respektive inriktning.

Hur många platser som behövs i särskilda former för integrerad vård på nationell nivå går inte att säga exakt. Uppskattningsvis handlar det om sammanlagt några tiotal platser i en så specialiserad verksamhet.

Inriktning och syfte

Särskilda former för integrerad vård på nationell nivå bör vara avsedda för utrednings- och behandlingsplaceringar. I första hand bör de vara inriktade på utredning, bedömning av relevanta behandlingar och andra insatser för sociala och psykiatriska behov. Att påbörja behandlingar kan också ingå, när det är möjligt.

En risk med särskilda former för integrerad vård är att de kan leda till långvariga vistelser, på samma sätt som vård med stöd av LVU redan i dag kan göra det på HVB, om det saknas lämpliga alternativ fortsatt vård. En annan risk är att vården avslutas utan att det finns en planerad fortsättning av insatserna på barnets eller den unges hemort eller att det saknas förutsättningar att genomföra fortsatta insatser där. I LVU finns det inga bestämmelser om samordnad planering och utslussning till andra vård- och boendeformer för långsiktiga lösningar av det slag som finns i LVM och i LPT. Förberedelser inför fortsatt vård i andra former genom planering och kontakter på hemmaplan bör vara en viktig del av den integrerade vården.

För att förebygga dessa risker bör förberedelser och planering för fortsatta insatser på barnets hemort vara en viktig del av den integrerade vården. Även efter att barnets eller den unges vistelse där har avslutats bör det finnas möjligheter för socialtjänsten och hälso- och sjukvården på hemorten till konsultation med specialisterna i den integrerade vården. Inom ramen för vad som gäller enligt LVU och andra författningar bör särskilda former för integrerad vård utformas så att de främjar lösningar för övergång till vård i andra former än institutioner och ger ny kunskap om hur detta kan göras inom tvångsvården för barn och unga.

Särskilda former för integrerad vård bör ha som syfte att

- Utgå från och svara mot en helhetssyn på barnets eller den unges behov avseende hälsa, socialt beteende och skolgång eller annan sysselsättning samt beakta behovet av stöd i barnets eller den unges uppväxt- eller närmiljö
- Ge barnet eller den unge tillgång till specialiserad kompetens inom socialt arbete, psykiatri, habilitering och pedagogik genom multiprofessionella team
- Bedrivas i trygga och stödjande miljöer med möjligheter till individuell anpassning av annat slag än HVB ofta erbjuder
- Ha ett tydligt fokus på tvärprofessionell utredning och planering vid långvariga stöd- och vårdbehov
- Kunna bedöma vilka behandlingar som är lämpliga, anpassa dessa efter barnets eller den unges förutsättningar samt påbörja eller genomföra behandlingar i den utsträckning som det är möjligt
- Syfta till utslussning till andra vård- och boendeformer för långsiktiga lösningar med samtycke och intensiv samverkan med vårdgivare på barnets eller den unges hemort
- Erbjuder uppföljande stöd genom konsultation och handledning för personal i andra vård- och boendeformer eller på barnets eller den unges hemort

Som annan vård vid HVB ska särskilda former för integrerad vård ge möjlighet till delaktighet och trygga vuxenkontakter för barnet eller den unge och delaktighet för barnets eller den unges närstående.

Särskilda former för integrerad vård bör också kopplas till tvärvetenskaplig forskning och utveckling inom området samt kunskapsförmedling till andra HVB av den kunskap som tas fram.

Regler och ansvar

Integrerade insatser på nationell nivå för barn och unga i HVB med stöd av LVU kan organiseras på olika sätt. Två huvudalternativ kan urskiljas: ett med intensifierat samarbete mellan olika huvudmän för vård enligt LVU och HSL utifrån nuvarande ansvarsfördelning och ett med samlat huvudmannaskap för vård enligt LVU och HSL

Alternativ 1. Intensifierat samarbete mellan olika huvudmän för vård enligt LVU och HSL

I detta alternativ ökar kraven på att de aktörer som redan har ansvar för barnens och de ungas vård tar det ansvaret fullt ut genom intensifierad samverkan. Detta alternativ är möjligt att arbeta med inom ramen för gällande regelverk och nuvarande ansvarsfördelning för vård enligt LVU eller SoL samt HSL. Berörda aktörer är de kommuner som ansvarar för placeringen, SiS och landsting som kan svara för de hälso- och sjukvårdsinsatser som är aktuella.

En styrka med detta alternativ är att det inte kräver lika tydliga avgränsningar av vilka barn och unga som verksamheten ska vara öppen för. Också detta alternativ kan göra det möjligt att forma en ny verksamhet med nya arbetssätt och ny kunskap även om förutsättningarna inte är helt nya. När det gäller kvalitet, personalförsörjning och kompetensutveckling behåller respektive huvudman sitt nuvarande ansvar. Risken för att gränsen mellan frivillig hälso- och sjukvård och tvångsvård enligt LVU blir otydlig för barn och unga bör kunna hanteras lättare när ansvaret för de olika insatserna är delat mellan huvudmännen.

Några svagheter finns också med detta alternativ. Det är oklart hur tydligt uppdraget om integrerad vård kan bli och hur långt integreringen i praktiken kan drivas när det gäller planering, utredning, uppföljning, teamarbete med mera. En fortsatt uppdelning av ansvar och resurser kan försvåra integrerade insatser, om det inte finns en mycket stark vilja till intensifierad samverkan och tillräckliga förutsättningar funnits för att utveckla en samlad målbild för hur arbetet ska bedrivas.

Det är också ett faktum att det under lång tid har varit svårt att åstadkomma ett intensifierat samarbete om vård enligt LVU och HSL utifrån dagens regler.

Alternativ 2. Samlat huvudmannaskap för vård enligt LVU och HSL

I det andra alternativet får någon av de nuvarande huvudmännen ett samlat och därmed ökat ansvar för att tillgodose de behov som i dag inte ses som en del av det egna uppdraget. Det kan handla om ett samlat ansvar hos SiS, men även andra lösningar kan övervägas såsom att landsting ges ett samlat huvudmannaskap som knyts till landstingens psykiatriska vård.

Ett samlat huvudmannaskap kräver en statlig inramning genom reglering i författning och sannolikt särskild finansiering för att bli stabilt och oberoende av huvudmannens egna prioriteringar. En juridisk analys behövs bland annat av re-

gleringen av huvudmannaskapet, målgruppen och behovet av författningsändringar för att den integrerade vården ska kunna ges utifrån barnens och de ungas bästa, såsom frågor om dokumentation och sekretess.

Alternativet möjliggör ett tydligt uppdrag till en aktör utan uppdelningar av ansvar och resurser som kan försvåra samlade insatser. De nya förutsättningarna gör det också möjligt att forma en ny verksamhet med nya arbetssätt och ny kunskap.

Alternativet har dock även svagheter. Oavsett var ansvaret hamnar så krävs en omfattande juridisk analys avseende behovet av reglering i författning. Vidare krävs det tydliga avgränsningar av vilka barn och unga som verksamheten ska vara öppen för så att den blir hanterbar och hållbar. Med tanke på de sammanstatta behoven hos barn och unga som vårdas med stöd av LVU är sådana avgränsningar svåra att göra. Det kan också behövas insatser för att säkerställa att den vård som behövs i tidigare eller senare skeden är tillgänglig så att inte ansvaret för olika insatser förskjuts till de särskilda formerna för integrerad vård.

Om ansvaret för specialiserad hälso- och sjukvård läggs utanför landstingen kan det bli aktuellt med en omfördelning av resurser mellan huvudmän. Det kan också uppkomma svårigheter med rekrytering av och kompetensutveckling för den begränsade grupp hälso- och sjukvårdspersonal som behöver anställas och risker för att kvaliteten i verksamheten inte blir tillräckligt god.

Till detta kommer, som framgår ovan motstånd, hos tänkbara huvudmän för att ta på sig ett samlat ansvar för integrerad vård. SiS har vid kontakter med Socialstyrelsen tydligt framfört att myndigheten inte önskar få ett uppdrag som omfattar specialiserad hälso- och sjukvård.

Etiskt finns en risk att gränsen mellan frivillig hälso- och sjukvård och social tvångsvård blir otydlig för barn och unga som vårdas hos en och samma huvudman.

Jämförelse av alternativen

Socialstyrelsen konstaterar att båda alternativen har styrkor och svagheter. Den ökade tydligheten med en huvudman ska vägas mot det arbete som i så fall krävs med avgränsningar, författningsfrågor och resursfördelning med mera.

Vid alternativet med fortsatt delat huvudmannaskap och intensifierat samarbete ska möjligheten att gå vidare utifrån nu gällande regelverk vägas mot riskerna för instabila eller helt frånvarande lösningar.

Sammantaget anser Socialstyrelsen att nu gällande regelverk och ansvarsfördelning i första hand ska användas för att utveckla särskilda former för en integrerad vård byggd på intensifierat samarbete mellan berörda huvudmän. Det finns annars en överhängande risk att utvecklingsinsatser som diskuterats under lång tid fördröjs ytterligare. Resultaten av dessa utvecklingsinsatser behövs dessutom för bedömningar och beslut om vilken vårdform som på lång sikt är för barn och ungas bästa.

Om ett intensifierat samarbete mellan berörda huvudmän inte främjar snabba utvecklingsinsatser inom området kan staten dock behöva överväga om hela ansvaret för den integrerade vården bör samlas hos en statlig myndighet.

Pilotverksamheter för utveckling på nationell nivå

Socialstyrelsens förslag

Det ska genomföras pilotverksamheter med särskilda former för integrerad vård på nationell nivå för vissa barn och unga som vårdas enligt LVU. Pilotverksamheterna ska utvärderas och på så vis bidra till kunskapsutveckling inom området samt ge underlag för beslut om ett fortsatt och strukturellt förankrat arbete. När det gäller inriktning, syfte och målgrupp för pilotverksamheterna ska det som sägs ovan gälla som utgångspunkt för fortsatt planering. Pilotverksamheterna ska dock förbehållas vård för barn och unga som inte fyllt 18 år vid inskrivningen.

Ett sätt att pröva konkreta lösningar inom ett område med vissa osäkra förhållanden är att genomföra pilot- eller försöksverksamheter. På det sättet kan införandet av en ny lösning bygga på en tids systematiska försök.

Försöksverksamheter har tidigare genomförts inom områden som rört samverkan och samordning. Det gäller till exempel arbetet med Barnahus, samverkan kring de mest sjuka äldre och personliga ombud.

Socialstyrelsen föreslår att det genomförs pilotverksamheter avseende särskilda former för integrerad vård på nationell nivå. Pilotverksamheter ger möjligheter till konkreta förbättringar för barn och unga med sammansatta behov utan att de osäkerheter som i dag finns inom området blockerar ett fortsatt arbete. Pilotverksamheterna kan också leda till nya erfarenheter som gör det lättare att mer definitivt bestämma hur många och hur stora de särskilda formerna för integrerad vård ska vara, vilka behov de ska möta och hur de konkret ska arbeta.

Pilotverksamheterna ska utvärderas, bidra till kunskapsutveckling inom området och ge underlag för beslut om ett fortsatt och strukturellt förankrat arbete. För att pilotverksamheterna ge det önskade underlaget bör det handla tre eller fyra enheter som arbetar under tre till fyra år. Varje enhet bör ha upp till tio platser, men utformas med stort utrymme för individualisering av vården.

Inför starten behöver flera frågor om arbetet vid enheterna utredas närmare. Det gäller lokalisering, bemanning, metoder, gemensamma begrepp och teoretiska utgångspunkter för arbetet, konkreta samverkansformer med mera.

Kunskapsutveckling

Ett viktigt skäl för pilotverksamheter är möjligheterna att utveckla ny kunskap genom nya sätt att arbeta tillsammans över verksamhets- och professionsgränser. Det handlar både om utformningen av särskilda former för integrerad vård och innehållet i dessa verksamheter. Pilotverksamheterna innebär nya möjligheter för berörda huvudmän, verksamheter och professionella att få stöd av andra för de samlade insatser som ingen av dem ensam kan utföra. Därmed kan pilotverksamheterna bidra till utvecklad kompetens både inom verksamheterna och för medarbetarna.

När det gäller utformningen bör pilotverksamheterna leda till kunskap om bland annat

- hur omfattande som behoven är av vård i denna form,
- hur dessa behov kan avgränsas genom kriterier för inskrivning,
- hur en samordnad planering inför inskrivning och utskrivning kan förbättras och
- hur barn, unga och deras anhöriga uppfattar en integrerad och specialiserad vård av detta slag
- resultaten av de insatser som gjorts inom den integrerade vården.

Vilken kunskap som pilotverksamheterna kan ge om insatser och annat innehåll i verksamheten är mer öppet. Det finns dock ett stort behov av ökat fokus på vad en samlad vård för barn och unga med sociala och psykiatriska stöd- och vårdbehov i HVB kan innebära. Uppdelningen mellan huvudmän, verksamheter och professionella är inte bara formell. Den går tillbaka på en uppdelning av kunskapsområden såsom socialt arbete, psykologi, psykiatri, arbetsterapi och pedagogik. Exempel på områden där ny kunskap kan utvecklas genom mer integrerade sätt att arbeta är bemötande och en stödjande miljö, anpassning av insatser som nu ges i HVB efter barns och ungas funktionsförmåga och psykiatriska tillstånd och konkretisering av hur olika verksamheter och professioner gemensamt bör fortsätta arbeta för barnets eller den unges bästa.

Behovet av kunskap om hur särskilda former för integrerad kan och bör fungera är stort. Den vetenskapliga kunskapen inom särskilda former förefaller att vara begränsad. I en norsk studie från 2016 gjordes en sökning efter litteratur på engelska om lösningar för att samla social och psykiatrisk vård vid gemensamma institutioner för barn och unga. Inga publikationer om sådana gemensamma institutioner gick att hitta. Den ansvarige för studien frågade också styrelsemedlemmarna i European Scientific Association on Residential and Family Care for Children and Adolescents (EUSARF), en organisation för forskare inom barnskyddsområdet, om deras kännedom om integrerade institutioner för social och psykiatrisk vård. Även här var resultatet negativt; inga sådana exempel gavs från de femton länder som styrelsemedlemmarna kom från [56].

I Norge har resultat och erfarenheter sammanställts från lokala försök med särskilda enheter för integrerad vård från barnevernet och barn- och ungdomspsykiatrin. Resultaten och erfarenheterna varierar en del, bland annat beroende på hur stabilt samarbetet varit mellan barnevernet och hälso- och sjukvård när det gäller organisation och finansiering. Flera barn som vistats i de gemensamma enheterna har varit placerade till följd av sviktande omsorg i hemmiljön och inte enbart till följd av eget beteende [56, 57, 58]. Det pågår också ett arbete med nya enheter för integrerad vård i Norge, se vidare i bilaga 4.

Ansvar

I enlighet med vad som sägs ovan om ansvaret för särskilda former för integrerad vård på nationell nivå, föreslår Socialstyrelsen att pilotverksamheterna ska utgå från nuvarande ansvarsfördelning för insatser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Det innebär i praktiken att SiS svarar för pilotverksamheterna i samverkan med några landsting. Ingen annan statlig myndighet än SiS har utförande uppgifter inom socialtjänstområdet. Även om staten kan använda styrmedel såsom normering och kunskapsstyrning inom HVB-området är det bara möjligt att ge nationella uppdrag för vård i HVB till SiS, Inskrivningen vid de särskilda ungdomshemmen är dessutom den enda del av systemet för vård i HVB som gör det möjligt att på nationell nivå urskilja behov av särskilda former för integrerad vård och anvisa platser i sådana former.

Användningen av nuvarande ansvarsfördelning mellan SiS och landstingen skapar tydlighet om vem som finansierar hälso- och sjukvårdsinsatserna. Det bör dock vara en förutsättning för inskrivning av barn och unga i särskilda former för integrerad vård att den kommun som ansvarar för placeringen har en väl fungerande samverkan med det landsting där barnet eller den unge är bosatt. Det gäller både innan vården påbörjas och inför att den avslutas.

Inför starten av pilotverksamheterna fastställs vilka kriterier som ska gälla för inskrivning av ett barn eller en ung person vid särskilda former för integrerad vård och för att vården där ska avslutas. Dessa kriterier tillämpas sedan inom ramen för gällande ansvarsfördelning inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Socialnämnden ansvarar för uppdraget om vård enligt LVU till HVB, som inför inskrivning avgör om barnets eller den unges behov motsvarar kriterierna för integrerad vård. På motsvarande sätt bedömer den vårdgivare som ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatserna att barnet eller den unge har det behov av hälso- och sjukvård som den integrerade vården är avsedd för. Vårdgivaren ansvarar för att hälso- och sjukvård ges till barnet eller den unge enligt gällande regler.

En samordnad individuell plan (SIP), som beskriver de olika huvudmännens ansvar, bör utgöra underlag för vården. Inför avslutande av integrerad vård bör det upprättas en SIP som beskriver fortsatta behov av insatser från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, om det behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda.²¹ Om det inte är möjligt att upprätta en SIP i dessa lägen måste någon annan form av samlad planering mellan berörda huvudmän finnas som underlag för vården och för att den ska kunna övergå i andra former.

Inriktning, syfte och målgrupp

När det gäller inriktning, syfte och målgrupp för pilotverksamheterna föreslår Socialstyrelsen att det som sägs ovan ska gälla som utgångspunkt för den fortsatta planeringen.

Pilotverksamheterna ska dock förbehållas vård för barn och unga som inte fyllt 18 år vid inskrivningen. Om behovet kvarstår efter 18-årsdagen ska vården dock kunna fortsätta så länge den unge behöver vistas i en särskild form för integrerad vård. Åldersavgränsningen är i linje med artikel 37 c i barnkonventionen som anger att varje frihetsberövat barn ska hållas åtskilt från vuxna, om det inte anses vara till barnets bästa att inte göra detta [52]. Vidare kan åldersavgränsningen underlätta samverkan mellan socialtjänsten och barn- och ungdomsverksamheter inom hälso- och sjukvården, som ofta har en 18-årsgräns.

²¹ Se 16 kap. 4 § HSL, 2 kap. 7 § SoL och 4 kap. 1 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Utifrån den inriktning som anges ovan är det viktigt att vistelser i särskilda former för integrerad vård inte blir alltför långvariga, särskilt inte till följd av brist på andra alternativ. Om det inte finns mycket starka skäl för det så bör tiden för vård i de särskilda formerna begränsas till högst sex månader.

Med tanke på de behov som pilotverksamheterna bör vara specialiserade på är det angeläget att vården också kan bedrivas i öppna miljöer och med ett så litet inslag som möjligt av de särskilda befogenheter som SiS har tillgång till. Lokaler utanför de nuvarande institutionerna kommer sannolikt att behövas. Dessa lokaler ska vara både kognitivt stödjande och i övrigt främja goda resultat av vården. Att utforma sådana vårdmiljöer bör vara en viktig del av förarbetet med pilotverksamheterna och en fråga som ägnas särskild uppmärksamhet vid utvärderingen. På den punkten kan pilotverksamheterna också ge ny kunskap som kan användas inom den övriga verksamheten vid HVB och kanske även inom barn- och ungdomspsykiatri.

Arbete och arbetsformer

Samverkan och samarbete ska ses som ett eget kunskaps- och utvecklingsområde i arbetet med integrerad vård. Enbart organisatoriska och administrativa lösningar som främjar samverkan räcker sannolikt inte för att de barn och unga som får del av vården kommer att uppfatta den som tillräckligt integrerad i praktiken.

I Norge har arbetet med två nya enheter för integrerad institutionsvård omfattat val av teoretisk grund samt kunskapsbaserade metoder och arbetssätt i den integrerade vården. Ett sådant förarbete behöver genomföras också i Sverige innan pilotverksamheterna startar, exempelvis med hjälp av en tvärvetenskaplig forskargrupp. Även på andra punkter kan arbetet i Norge vara intressant att hämta lösningar och erfarenheter från, exempelvis när det gäller teamwork och gemensamma termer för den dagliga kontakten.

Frågan om vilka delar av den integrerade vården som är socialtjänstens respektive hälso- och sjukvårdens ansvar kommer att behöva utredas närmare. De som arbetar i särskilda former för integrerad vård måste vara medvetna om vilka delar av vården som kan genomföras med tvång och vilka delar som endast kan genomföras med barnets eller den unges samtycke. Att skapa tillit och förtroende hos de barn och unga som får del av vården är avgörande för möjligheterna att ge frivillig hälso- och sjukvård inom ramen för integrerad vård. Det förutsätter i sin tur att barnen och de unga har förutsättningar att vara delaktiga i den samlade vården, men också att de vet vilka delar av den integrerade vården som inte är tvångsvård. Även här behövs en grundläggande tydlighet om tvång i förhållande till frivillighet och ett kontinuerligt arbete med frågan.

Kompetens och resurser

Kompetensfrågorna behöver utredas ytterligare. Det gäller inte bara tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, socionomer och pedagoger. Det är också angeläget att den övriga HVB-personalen har rätt kompetens för att bidra till en integrerad vård. Förutom den utbildningsnivå som Socialstyrelsen rekommenderar i allmänna råd, behöver den övriga HVB-personalen ha kunskap och erfarenhet för att bemöta och ge stöd till de barn och unga som vårdas i de särskilda formerna för integrerad vård.

En annan fråga som behöver utredas närmare gäller särskilda statliga medel för pilotverksamheterna. Med nuvarande ansvarsfördelning kan den löpande finansieringen av vården ske enligt vad som redan gäller för kommunerna i förhållande till HVB och för hälso- och sjukvården enligt Riksavtalet för utomlänsvård. Särskilda statliga medel behöver dock tillföras för utvärdering, kunskapsutveckling och investeringar i lokaler och kompetensutveckling. Behov av sådana medel har också framförts av företrädare för SKL som en viktig förutsättning för att landsting ska kunna delta i arbetet med pilotverksamheterna.

Risker

Det finns några risker i arbetet med pilotverksamheterna som bör kommenteras.

En risk är att pilotverksamheterna inte kan starta under de förutsättningar som anges ovan. SiS har uttryckt ett positivt intresse för att delta i pilotverksamheterna. Inom SKL finns det också ett intresse för nya samverkanslösningar när det gäller barn och unga som vårdas i HVB och samtidigt behöver psykiatrisk vård. Förslaget om pilotverksamheter har presenterats för SKL:s Sjukvårdsdelegation, Beredning för primärvård och äldreomsorg samt Beredning för socialpolitik och individomsorg, där ledamöterna visat ett positivt intresse för förslaget. Frågor har dock uppkommit där och i kontakter med SKL:s organisation. Det handlar bland annat om hur enskilda landsting ska kunna ta på sig nationella uppgifter av detta slag och hur pilotverksamheterna påverkar BUP i övrigt med tanke på den begränsade tillgången till kompetens inom barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Det finns därför en risk att deltagandet i pilotverksamheterna blir för litet för att arbetet ska kunna gå vidare.

Risken för att barn och unga vårdas längre tid än avsett i särskilda former för integrerad vård har redan berörts. SiS har framfört farhågor för att bristen på alternativa vårdformer kan påverka pilotverksamheterna negativt och förhindra inskrivning av nya barn och unga. Ovan föreslås en tidsgräns på högst sex månader och tydliga krav på den placerande kommunen att arbeta med samordnad planering inför inskrivning och utskrivning. Om detta inte visar sig vara tillräckligt, eller om tidsgränsen på sex månader visar sig vara för snäv för att barn och unga ska skrivas ut med tillgång till en god vård, så bör det ses som en del av resultaten av arbetet. Konsekvensen kan vara fortsatta insatser på nationell nivå för mer samordnad planering och ökad tillgång till lämpliga former för fortsatta stöd- och vårdinsatser.

Ytterligare en risk är att behovet av den integrerade vården i pilotverksamheterna visar sig vara större än förväntat och att det blir svårt att försvara varför vissa barn och unga skrivs in där medan andra nekas tillgång. Det gäller inte minst om bristen på samordnad planering i vissa delar av landet leder till att barn och unga från dessa delar inte kan få tillgång till vård i pilotverksamheterna. Även detta är i så fall ett viktigt resultat som pekar på behovet av mer samlade utvecklingsinsatser inom området.

Andra särskilda former för integrerad vård

Socialstyrelsens förslag

I anslutning till pilotverksamheterna ska det göras en kartläggning av resultat och erfarenheter av andra särskilda former för integrerad vård än de som ingår i pilotverksamheterna.

Det ska också tas fram ett stöd för kommuner och landsting i en region att själva kartlägga och följa upp omplaceringar och behov av integrerade lösningar inom HVB-området.

Även på regional nivå kan särskilda former för integrerad vård fylla en viktig funktion för tillgången till vård utifrån barns och ungas samlade behov, även innan ett omhändertagande enligt LVU blir aktuellt och nära barnets eller den unges hemmiljö. Om sådana verksamheter etableras i flera delar av landet så kan de sammantaget bli tillgängliga för fler barn och unga än som kan få del av särskilda former för integrerad vård på nationell nivå.

Ett sätt att organisera särskilda former för integrerad vård på regional nivå är genom en formaliserad samverkan mellan kommuner och landsting. Genom sådana lösningar kan det bli tydligt att landstinget ansvarar för de delar av den integrerade vården som är hälso- och sjukvård så att inte kommunen förväntas göra det. Kommunen har varken rätt att utföra eller beställa sådan hälso- och sjukvård som det handlar om i dessa fall.

Under arbetet med detta uppdrag har Socialstyrelsen tagit del av ett arbete med en sådan lösning i Östergötland. Där planeras ett HVB som ska vara gemensamt för samtliga 13 kommuner i länet och för Region Östergötland. Enligt planerna ska detta HVB ha tio platser för pojkar och flickor 13–16 år. Region Östergötland ska enligt planerna bland annat avsätta resurser för delar av en tjänst för en barn- och ungdomspsykiater som är tillgänglig för detta HVB. Arbetet har föregåtts av uppföljningar och kartläggningar som visat på behovet av ett mer samlat grepp i regionen om HVB-placeringar och av ett alternativ nära hemorten för barn i lägre tonåren. Uppföljningarna och kartläggningarna har avsett bland annat omplaceringar i länets HVB-vård och förekomsten av vård- och stödbehov hos placerade barn och unga som också är frågor för barn- och ungdomspsykiatrien eller den kommunala LSS-verksamheten [59].

Privat drivna HVB kan också vara vårdgivare och anställa legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, inklusive psykiater och andra läkare. De kan därför ge en integrerad vård med olika grader av specialisering för barn och unga som är placerade med stöd av LVU eller SoL. I likhet med de regionala vårdformerna kan särskilda former för integrerad vård vid enskilda HVB öka möjligheterna till rätt vård för placerade barn och unga innan mer omfattande insatser behövs. Långsiktigheten och stabiliteten i verksamheten kommer dock att vara beroende av viljan hos de som driver dessa HVB. Särskilda former för integrerad vård vid enskilda HVB förutsätter också lösningar som gör att kommunen inte direkt eller

indirekt blir beställare av hälso- och sjukvården. Kommunen får endast sluta avtal med någon annan om att utföra sådana uppgifter som kommunen ansvarar för enligt HSL.²²

Socialstyrelsen föreslår att det i anslutning till pilotverksamheterna görs en kartläggning av resultat och erfarenheter av andra särskilda former för integrerad vård än de som ingår i pilotverksamheterna, som finns på regional nivå och hos enskilda HVB. Eventuellt kan någon eller några sådana särskilda former för integrerad vård också användas för jämförelser med pilotverksamheterna vid uppföljningen och utvärderingen av dessa.

Socialstyrelsen föreslår också att det tas fram ett stöd för kommuner och landsting i en region att själva kartlägga och följa upp omplaceringar och behov av integrerade lösningar inom HVB-området.

Ytterligare frågor för fortsatt arbete

Under arbetet med denna utredning har huvudmän och huvudmannaföreträdare framfört att dagens regelverk försvårar eller förhindrar ändamålsenliga lösningar för dokumentation, informationsöverföring och uppföljning när insatser ska genomföras gemensamt av socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Samtidigt har det framgått att de särskilda former för integrerad vård som nu diskuteras eller planeras på nationell och regional nivå bedöms vara möjliga att genomföra med gällande regelverk. Socialstyrelsen vill framhålla att det genom pilotverksamheter går att få mer konkreta exempel på de svårigheter som kan uppkomma och möjligen även på hur de kan hanteras utan regeländringar. Se vidare om sekretess inom socialtjänst och hälso- och sjukvård i bilaga 3.

Ett annat område där pilotverksamheter, av det slag som beskrivs ovan, kan ge ny kunskap är avslutande av vård enligt LVU med samordnad planering för fortsatta insatser. Till skillnad från LVM och LPT har LVU inga särskilda bestämmelser om sådana former för avslutande av vården. Inom ramen för sitt grundläggande vårdansvar svarar socialtjänsten i dag för att det görs samordnade planer för insatser av olika huvudmän och verksamheter. Fler exempel på hur sådana planer tydligare kan byggas in som en del av placeringen bör dock kunna bidra till fortsatt utveckling inom hela den vård i HVB som ges med stöd av LVU.

²² Se 15 kap. 1 § HSL.

Annan specialisering av HVB för barn och unga

De särskilda former för integrerad vård som föreslogs i det förra kapitlet kommer att vara aktuella för mindre grupper av barn och unga. De flesta som vårdas i HVB med stöd av LVU till följd av sociala behov kommer också fortsättningsvis att vara placerade i HVB med andra förutsättningar att tillgodose deras samlade vårdbehov, såväl inom SiS som i andra HVB.

Det är därför viktigt att det finns tillgång till rätt vård för de samlade behoven också i dessa HVB, inklusive behov som kräver kontakt med hälso- och sjukvården. Det handlar dels om HVB med specialisering på sociala stöd- och vårdinsatser och viss tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser, dels om HVB med specialisering på sociala stöd- och vårdinsatser utan egen hälso- och sjukvård.

Tillgång till hälso- och sjukvård för barn och unga i HVB

Tillgången till hälso- och sjukvård för barn och unga i HVB varierar i dag. Vissa HVB är också vårdgivare och bedriver i praktiken en integrerad vård även om det inte finns tillgång till läkare i teamet kring barnet eller den unge. Det gäller bland annat vid SiS särskilda ungdomshem. Ofta handlar det om tillgång till exempelvis sjuksköterska och psykolog i den egna verksamheten.

För barn och unga med sammansatta vårdbehov kan sådana former av integrerad vård vara positiva, men det är angeläget att det är tydligt för alla berörda parter vad som gäller för dem. Det handlar såväl om patientsäkerhet som barns och ungas möjligheter att kunna skilja den vård som bedrivs med tvång enligt LVU från frivillig hälso- och sjukvård. För kommunerna är det viktigt att inte hamna i situationer där de genom uppdrag till ett HVB blir beställare och finansierare av hälso- och sjukvård. Ett HVB som är vårdgivare och i viss utsträckning integrerar hälso- och sjukvårdsinsatser i den egna verksamheten behöver i regel också tillgång till andra hälso- och sjukvårdsinsatser för de barn och unga som vårdas i HVB:et. Det kan gälla specialiserad vård för psykiska eller somatiska behov.

HVB som inte är vårdgivare behöver också kunna arbeta med placerade barns och ungas hälsa och ha en ordnad samverkan med hälso- och sjukvården. God tillgång till hälso- och sjukvård efter behov är avgörande för att de samlade vård- och stödbehoven också hos barn och unga i dessa HVB ska kunna upptäckas och tillgodoses.

Signaler om allvarliga brister

Det finns, som framgår ovan, allvarliga signaler om brister i tillgången till hälso- och sjukvård för barn och unga i HVB från IVO och Socialstyrelsen. IVO har också pekat på brister i samverkan mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatrien som även rör verksamheten vid HVB. När exempelvis anställda på ett

HVB slår larm om att en ung person förbereder ett självmordsförsök finns ingen psykiatrisk hjälp att få på plats [44].

SiS har tidigare beskrivit stora skillnader i landet när det gäller tillgång till hälso- och sjukvård – särskilt psykiatrisk vård – för barn och unga på de särskilda ungdomshemmen. Trots många års arbete med överenskommelser om hälso- och sjukvård mellan de särskilda ungdomshemmen och landsting finns sådana överenskommelser bara i omkring en tredjedel av landstingen [20]. Under arbetet med detta regeringsuppdrag har SiS bekräftat att den bilden fortfarande är aktuell.

Som framgår ovan handlar tillgång till hälso- och sjukvård för barn och unga i HVB inte bara om behov av psykiatrisk vård. Sedan tidigare är det känt att det finns stora fysiska vårdbehov bland placerade barn och unga [7].

Ont om uppföljningar och utvärderingar av modeller för tillgång till hälso- och sjukvård

SBU har genomfört en systematisk litteraturöversikt och utvärdering av etiska, sociala och juridiska aspekter av organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. Fokus i de modeller som SBU beskriver ligger på undersökningar och kontroller av placerade barns och ungas hälsa, även om vissa vård- och behandlingsinsatser också berörs. SBU beskriver också en del av det arbete som genomförts och planerats i Norge med fokus på kontinuerlig samverkan kring hälso- och sjukvårdsbehov bland barn och unga som är placerade i institutionsvård [60]. Utifrån resultat och erfarenheter från några pilotprojekt i Norge har forskare också föreslagit en nationell samverkansmodell för placerade barns och ungas hälsa [61]. Se vidare i bilaga 4. Alltjämt är det dock ont om uppföljningar och utvärderingar som visar resultat av olika organisationsmodeller och andra insatser för placerade barns och ungas hälsa [62].

Nya former för tillgång till hälso- och sjukvård vid särskilda ungdomshem

Socialstyrelsens bedömning

Nya former för tillgång till hälso- och sjukvård vid de särskilda ungdomshemmen bör övervägas. Dessa former kan bygga på en författningsreglering av det ansvar för hälso- och sjukvården som SiS i praktiken redan har åtagit sig vid de särskilda ungdomshemmen, med anställd sjuksköterska och psykolog. Det finns också skäl att överväga att införa en skyldighet för landstingen och SiS att komma överens om hur myndighetens tillgång till viss hälso- och sjukvård ska ordnas och på vilket sätt landstinget ska tillhandahålla övrig hälso- och sjukvård.

Vid de särskilda ungdomshemmen ska det i dag finnas tillgång till läkare, som bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri. Det bör även finnas tillgång till psykologisk expertis.²³ SiS ansvarar också

²³ Se 3 kap. 6 § SoF..

för elevhälsan i anslutning till undervisningen vid de särskilda ungdomshemmen. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande samt stödja elevernas utveckling mot utbildningens mål.²⁴ Något annat formellt hälso- och sjukvårdsuppdrag har inte SiS när det gäller de särskilda ungdomshemmen.

Över tid har SiS utvecklat sin roll som vårdgivare. Myndigheten har byggt upp en hälso- och sjukvårdsverksamhet med anställda psykologer och sjuksköterskor vid de särskilda ungdomshemmen som arbetar med viss hälso- och sjukvård vid institutionen [63]. Psykologerna arbetar med utredningar och behandlingar av enskilda barn och unga, men kan också ha till uppgift att handleda, ge stöd och utbilda övrig personal [64]. Sjuksköterskornas arbete omfattar bland annat teamarbete, stödjande samtal, omvårdnad, läkemedelshantering och akuta insatser [65]. Sjuksköterskorna ger därmed hälso- och sjukvårdsinsatser som går utöver kravet på insatser i elevhälsan. Bemanningen varierar mellan ungdomshemmen. Sjuksköterska finns tillgänglig endast måndag till fredag under dagtid.

SiS skulle också kunna anställa läkare med exempelvis barn- och ungdomspsykiatrisk specialistkompetens, men försöker uppfylla kravet på tillgång till läkare vid de särskilda ungdomshemmen genom samverkan och överenskommelser med landstingen eller konsulter som anlitas av myndigheten. Samtidigt har SiS, som framgår ovan, länge rapporterat om svårigheter att få till stånd samverkan med landstingen.

Utifrån barnens och de ungas vårdbehov, och otydligheterna i nuvarande reglering, finns det skäl att överväga nya former för tillgång till hälso- och sjukvård vid de särskilda ungdomshemmen. SiS har tagit på sig ett större hälso- och sjukvårdsansvar än vad de har skyldighet att göra. Det visar på behovet av tydliga och stabila förutsättningar för tillgång till hälso- och sjukvård vid de särskilda ungdomshemmen som är kända av alla berörda parter. SiS har också konstaterat att andra vårdgivare behöver information om den hälso- och sjukvård som finns på institutionerna som en grund för en god samverkan [66].

Nya former för tillgång till hälso- och sjukvård vid de särskilda ungdomshemmen kan innebära en författningsreglering av det ansvar för hälso- och sjukvården som SiS i praktiken redan har åtagit sig vid de särskilda ungdomshemmen, med anställd sjuksköterska och psykolog. Av regleringen skulle det behöva framgå vilken hälso- och sjukvårdspersonal SiS ska och eventuellt bör ha tillgång till och vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som omfattas av uppdraget.

Det finns också skäl att överväga att införa en skyldighet för landstingen och SiS att komma överens om hur myndighetens tillgång till viss hälso- och sjukvård ska ordnas och på vilket sätt landstinget ska tillhandahålla övrig hälso- och sjukvård. En sådan reglering har vissa likheter med vad som gäller för kommunal hälso- och sjukvård, på så sätt att landsting ska avsätta de läkarresurser till kommunerna som behövs för att de ska kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård i vissa särskilda boenden.²⁵ Hur regleringen skulle kunna utformas i förhållande till bland annat det kommunala självstyret behöver utredas vidare, likaså vilka resursmässiga konsekvenser som regleringen skulle få.

Ökad tydlighet om ansvaret för tillgång till hälso- och sjukvård för barn och unga i de särskilda ungdomshemmen är en viktig barnrättsfråga. Barn och unga som vårdas där har rätt till en jämlik hälso- och sjukvård. De ska också snabbt

²⁴ Se 2 kap. 25 § skollagen (2010:800).

²⁵ Jfr 16 kap. 1 § HSL.

och enkelt kunna få veta vad som gäller för att deras behov av hälso- och sjukvård ska kunna tillgodoses. Vidare ska de kunna agera utifrån att hälso- och sjukvården är frivillig också när den ges i anslutning till vård enligt LVU och av hälso- och sjukvårdspersonal vid de särskilda ungdomshemmen.

Det är angeläget att arbetet för att förbättra tillgången till hälso- och sjukvård för barn och unga i de särskilda ungdomshemmen påbörjas snabbt. Frågan har ingen direkt koppling till utvecklingen av särskilda former för integrerad vård på nationell nivå.

Ökad uppmärksamhet på hälsofrågor vid övriga HVB

Socialstyrelsens bedömning

Staten bör bidra till tydligare och mer jämlika förutsättningar för alla barn och unga i HVB genom att vid tillståndsprövningen ta upp eller beakta hur den som bedriver HVB ska uppmärksamma hälsofrågor och visa hur tillgången till hälso- och sjukvård ska ordnas för barn och unga.

Erfarenheter bör inhämtas från pågående arbeten i Norge om hälsoansvariga vid HVB och e-hälsa med digitalisering och telemedicin inom institutionsvården som underlag för bedömningar av i vilken utsträckning motsvarande arbeten bör sättas igång i Sverige.

Av SoL framgår att socialnämnden ska verka för att barn som är placerade på HVB får den hälso- och sjukvård som de behöver.²⁶ Av den genomförandeplan som socialnämnden ska upprätta för barn i HVB ska det bland annat framgå vilka åtgärder som planeras för att barnet eller den unge ska få sina behov av hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosedda. Planen bör upprättas, följas upp och revideras i nära samarbete med familjehemmet eller hemmet för vård eller boende.²⁷ Därmed finns det ett visst ansvar för HVB-verksamheter vad gäller barns och ungas tillgång till hälso- och sjukvård. Det finns dock inte några direkta krav på HVB att uppmärksamma hälsofrågor och att kunna visa hur de ordnar och säkerställer tillgång till hälso- och sjukvård vid behov.

Krav vid tillståndsgivningen

Staten bör bidra till tydligare och mer jämlika förutsättningar för alla barn och unga i HVB genom att vid tillståndsprövningen ta upp eller beakta den som bedriver HVB ska uppmärksamma hälsofrågor och visa hur tillgången till hälso- och sjukvård ska ordnas för de barn och unga som vårdas med stöd av SoL eller LVU. Sådana krav är viktiga signaler om att också verksamheter med HVB har ett ansvar för att vid start ha förberedda lösningar som svarar mot den stora och grundläggande betydelse som hälsofrågorna har för att vården vid HVB ska svara mot varje barns eller ungs samlade behov. Det gäller inte enbart de psykiatriska tillstånd och vårdbehov som beskrivits i denna rapport utan även förebyggande och hälsofrämjande åtgärder och somatisk vård.

²⁶ Se 6 kap. 7 § SoL.

²⁷ Se 11 kap. 3 § SoL samt 7 kap. 2 och 3 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:11) om socialnämndens ansvar för barn och unga i familjehem, jourhem eller hem för vård eller boende.

Behovet av sådana signaler understryks av att IVO under de senaste åren vid tillståndsprövningen sett nya typer av aktörer inom HVB-området. Det handlar om företag som inte tidigare har någon erfarenhet av att bedriva välfärdsverksamheter och vars brist på upparbetad kompetens på området kan medföra risker för barnet eller den unge [67]. Till det kommer att några av de inriktningar som HVB för barn och unga kan ange i omsorgsregistret är formulerade utifrån medicinska perspektiv som det är oklart hur ett HVB ska kunna arbeta med utan särskild tillgång till personal med hälso- och sjukvårdskompetens. Det gäller särskilt de båda inriktningarna neuropsykiatrisk störning och psykisk störning (se ovan i kapitlet om delat ansvar för huvudmän och verksamheter).

Vid tillståndsprövningen ställer IVO i dag inte någon fråga om hur behov av stöd för hälsan ska ordnas när en verksamhet söker tillstånd för HVB för barn och unga [68]. Från och med den 1 januari 2019 krävs att den som ansöker om tillstånd har skaffat sig insikt i de regler som gäller för verksamheten, genom bland annat utbildning eller erfarenhet. Insikt finns hittills bara definierat i förarbeten och en praxis väntas växa fram inom området [69, 70].

Det finns också anledning att se över möjligheterna för kommuner och andra berörda att enkelt få information om vilka HVB som är vårdgivare och vad detta betyder i form av tillgång till sjuksköterska, psykolog eller andra legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. Informationen skulle exempelvis kunna finnas i IVO:s omsorgsregister.

Hälsoansvariga vid HVB och e-hälsa för barn och unga i HVB
Inom ett par områden finns det skäl att inhämta erfarenheter av pågående arbeten i Norge och bedöma i vilken utsträckning motsvarande insatser bör påbörjas i Sverige.

Det första området handlar om den modell med hälsoansvariga som införts på institutioner inom det norska barnevernet, som är det samlande begreppet för hjälp och omsorg för barn och unga som lever under förhållanden som innebär risker för deras hälsa och utveckling. De hälsoansvariga har tydliga uppgifter när det gäller arbete med hälsofrågor och kontakter med hälso- och sjukvården, men behöver inte själva ha kompetens och erfarenheter från hälso- och sjukvården.

Det andra området syftar till att underlätta användningen av digitalt stöd för behandling och uppföljning av barn i barnevernets institutioner. I ett svenskt sammanhang kan detta formuleras som utveckling av e-hälsa med digitalisering och telemedicin för nya möjligheter till kontakter mellan HVB och hälso- och sjukvården. Eventuellt kan en utvecklad e-hälsa för barn och unga i HVB kombineras med IVO:s förslag om mobila specialistteam mellan socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri för ökad tillgång till specialistkompetens inom hälso- och sjukvård för barn och unga i HVB [44].

Specialisering på sociala stöd- och vårdbehov

I alla typer av HVB som tar emot barn och unga med stöd av LVU behövs det specialisering efter olika sociala stöd- och vårdbehov hos barn och unga. Denna specialisering behöver också beakta andra aspekter, bland annat barnens och de ungas ålder och tillgång till personal med språklig och kulturell kunskap för

exempelvis nationella minoriteter. Barnens och de ungas psykiatriska tillstånd och vårdbehov är en viktig omständighet också vid denna mer generella specialisering. Som framgår ovan kan dessa tillstånd och vårdbehov påverka barnets eller den unges möjligheter att tillgodogöra sig vården i ett HVB. Det kan handla om behandlingar som inte är anpassade för personer med intellektuella eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, men också om barnets eller den unges förmåga att vistas i den grupp som finns i ett visst HVB.

Om det saknas ett utbud av HVB med rätt specialisering, och rätt förutsättningar för att klara av specialiseringen, så ökar riskerna för sammanbrott, omplaceringar och nya placeringar efter en vistelse i HVB. I akuta situationer med våld och hot kan placeringen föras över till SiS, som inte kan neka vård. Det kan leda till att barnet eller den unge vistas på en låsbar avdelning även om det inte skulle ha behövts med rätt stöd tidigare, och den miljön kan vara mindre lämplig i förhållande till vård- och stödbehoven.

En intern uppföljning i Linköpings kommun ger en bild av dessa risker. Under 2014–2016 skedde i genomsnitt ett sammanbrott i veckan i kommunens placeringar i HVB. De allra flesta barn och unga som var med om ett sammanbrott hade neuropsykiatrisk funktionsnedsättning eller utvecklingsstörning, vilket var betydligt fler än bland samtliga barn och unga som vårdades i HVB [71].

Begränsade förutsättningar för bedömningar och förslag

Socialstyrelsen har inom ramen för detta uppdrag inte fullt ut kunnat utreda förutsättningar och former för specialisering inom HVB.

Ytterst handlar frågorna om de regler som gäller för HVB, till exempel om verksamhetens mål och personalens kompetens, och som ligger utanför uppdraget. Dessa mål och krav ligger bland annat till grund för IVO:s tillstånd till HVB för barn och unga. Vid tillståndsgivningen inhämtar IVO uppgifter om bland annat målgruppen, syftet med dess vistelse i verksamheten, vilka insatser som ska ges för att uppnå syftet samt hur konflikter, hot, våld och övergrepp ska förebyggas och hanteras [68]. IVO bedömer även föreståndarens utbildning och erfarenhet samt övrig bemanning i förhållande till verksamhetens målgrupp, innehåll, vilka som är inskrivna och hur många som är inskrivna vid ett givet tillfälle [72].

Kunskapen om vilka inriktningar som behövs i förhållande till barns och ungas behov är också begränsad.

Sedan tidigare är det känt att det är ont om uppföljningar av resultat av HVB-vården, som socialtjänsten kan utgå från vid uppdrag till verksamheter [73]. Det saknas också information om förutsättningar när det gäller kompetens och andra förutsättningar för att arbeta med olika inriktningar och om resultaten av det arbetet [74, 75]. Vårdanalys har nyligen föreslagit olika insatser för en systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga [38].

Användningen av metoder och arbetssätt med stöd i forskning varierar mellan olika HVB [40, 74]. Dessutom är kunskapen om effekter av de metoder och arbetssätt som används inom HVB begränsad. Ett undantag är MultifunC, en strukturerad behandlingsmodell som utformats för institutionsvård av ungdomar med hög risk att återfalla i normbrytande beteende och kriminalitet. En svensk utvärdering visar att MultifunC-gruppen efter två år hade färre återplaceringsdagar,

färre dagar i annan vård inom socialtjänsten och att genomsnittskostnaden per person var lägre än i traditionell institutionsbehandling [76].

SBU har granskat det vetenskapliga underlaget för Treatment Foster Care Oregon (TFCO), en version av familjehem med ett förstärkt stöd. Studier av metoden visar att den troligen minskar ungdomarnas kriminalitet och placering på låst avdelning, samt möjligen även narkotikamissbruk och psykisk ohälsa [40]. I ett svenskt sammanhang framstår TFCO snarare som ett alternativ till HVB, som kan utföras av konsulentstödda familjehem där familjehemsföräldrarna har utbildats i att följa TFCO och där TFCO-teamet arbetar för konsulentverksamheten. Konsulentverksamheten behöver tillstånd av IVO för att bedriva sin verksamhet och ska följa Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om konsulentverksamheter.²⁸

Det kan tilläggas att Socialstyrelsen menar att i regel endast tre till fem personer bör bo i en gruppbostad för vuxna enligt LSS för bland annat personer med utvecklingsstörning eller autismspektrumtillstånd [77]. Någon motsvarande bedömning av lämplig gruppstorlek vid HVB för barn och unga med samma funktionsnedsättningar finns inte.

Mot bakgrund av dessa begränsningar och osäkerheter tar Socialstyrelsen i denna rapport endast upp ett par aspekter på inriktningar utifrån olika sociala stöd- och vårdbehov hos barn och unga i HVB. Dels gäller det behovet av ökad kunskap om hur HVB kan arbeta med barn och unga som kräver en särskilt långtgående individualisering av vården till följd av sammansatta sociala och psykiatriska behov. Dels gäller det förutsättningarna vid HVB för att sätta samman och arbeta med grupper av barn och unga som bland annat kan ha sammansatta sociala och psykiatriska behov.

Kunskap om särskilt individualiserade HVB och arbete med grupper vid HVB

Socialstyrelsens bedömning

Det behövs mer kunskap om särskilt individualiserade HVB med bara en eller ett par vårdplatser. En förstudie av möjligheterna att kartlägga och utvärdera särskilt individualiserade HVB.

Det finns behov av att undersöka förutsättningarna för att ta fram bästa tillgängliga kunskap, utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet, om hur HVB kan sätta samman och arbeta med grupper av barn och unga.

Kartläggning och uppföljning av särskilt individualiserade HVB
HVB är av tradition en insats som utförs i kollektiva former, men det finns inget som hindrar att ett HVB kan utformas med platser för enbart en eller ett par barn och unga. Sådana HVB kan fylla en viktig funktion som alternativ till gruppinriktade HVB för barn och unga med stora och sammansatta vård- och stödbehov,

²⁸ Se 7 kap. 1 § femte punkten SoL och HSLF-FS 2018:2.

bland annat för enskilda barn och unga med autismspektrumtillstånd eller intellektuella funktionsnedsättningar i förening med våldsamt och/eller självskadande beteende.

Socialstyrelsen har under arbetet med detta uppdrag besökt en kommun som inrättat ett individualiserat HVB – först med en vårdplats och nu med två vårdplatser – som alternativ till traditionella HVB för barn och unga med komplexa vård- och stödbehov. Verksamheten är lokal och genomförs i samverkan med barn- och ungdomspsykiatrien på orten. Kraven på HVB uppfylls med föreståndare och personal dygnet runt. Kostnaden är hög. Om det bara finns en vårdplats vid detta HVB är dygnskostnaden för denna vårdplats omkring 20 000 kronor.

Under arbetet har frågan om särskilt individualiserade HVB tagits upp med företrädare för flera kommuner. Dessa företrädare har gett exempel på tidigare och nuvarande lösningar, även sådana som helt eller delvis gjorts utanför HVB-formen för att möta behov hos barn och unga med omfattande psykiatriska funktionsnedsättningar och sociala stödbehov. Det kan handla om lösningar som involverar LSS-verksamheten eller som innebär att boendestödjare bor med barnet eller den unge i en lägenhet som socialtjänsten har tillgång till. Individuella lösningar har också ordnats genom uppdrag till HVB som erbjuder eller kan ordna detta.

Utvecklingen av individuella vård- och boendeformer av detta slag förutsätter att HVB inte uppfattas som synonymt med institutionsvård utan som en ram för utformning av hem för vård eller boende utifrån barnets eller den unges behov, förutsättningar och önskemål. Samtidigt är det angeläget att kommunerna väljer att använda HVB som form för individuella vård- och boendelösningar när detta är relevant så att de regler och rekommendationer som gäller för HVB också tillämpas i dessa boenden.

Kunskapen om särskilt individualiserade HVB är i dag begränsad. En förstudie av möjligheterna att kartlägga och utvärdera individualiserade HVB bör därför göras med inriktning på kvalitet och betydelsen av dessa HVB i vårdkedjor där nästa steg kan vara exempelvis ett boende med stöd av LSS eller SoL.

Förutsättningarna för att etablera och driva särskilt individualiserade HVB så att de blir tillgängliga för barn och unga i både större och mindre kommuner bör också uppmärksammas. Särskilt individualiserade HVB är mycket resurskrävande och kan bara förväntas vara tillgängliga på ett mindre antal platser.

Arbete med grupper i HVB

HVB förknippas av tradition med institutionsvård av barn och unga i grupp. Trots att vårdmiljön ofta är mer eller mindre kollektiv finns det inga mål för hur den grupp som vistas vid HVB ska sättas samman och fungera som en positiv faktor för varje barn och ung person som ingår i den. Inte heller finns det krav på hur grupper av barn och unga i HVB ska sättas samman och hur arbetet med dem bör gå till, trots risker med att blanda barn och unga med exempelvis de psykiatriska tillstånd som är vanliga bland barn och unga som vårdas i HVB enligt LVU. Vid inskrivningsbeslutet ska det dock särskilt kontrolleras att hemmet eller boendet är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt.²⁹

²⁹ Se 11 § SoF.

Inom forskningen finns det generella tvivel om värdet av gruppmiljön för institutionsvårdens resultat och effekter. Inte minst har risker för att negativa beteenden förs vidare i gruppen lyfts fram [7]. I vilken utsträckning det också finns kunskap från forskning och beprövad erfarenhet om hur grupper av barn och unga kan sättas samman och användas i arbetet vid HVB är mer oklart. Det finns därför skäl att undersöka förutsättningarna för att ta fram sådan kunskap, särskilt med fokus på vad olika psykiatriska tillstånd och vårdbehov betyder för sammansättning av och arbete med grupper i HVB, inklusive personalens kompetens och utformningen av vårdmiljöerna.

Referenser

1. Lägesrapport av fem regeringsuppdrag kring barn i samhällsvård. 2017-09-06, dnr 3.8-22619/2017. Socialstyrelsen; 2017.
2. Bremberg S, Dalman C. Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd: en kunskapsöversikt. Forte; 2015.
3. Placerade barns skolgång och hälsa – ett gemensamt ansvar. Socialstyrelsen; 2013.
4. Barn och unga i familjehem och HVB – Handbok om socialnämndens ansvar och uppgifter. Socialstyrelsen; 2013.
5. Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer. Socialstyrelsen; 2013.
6. SAMS – Samverkan socialtjänst skola – Obruten skolgång för placerade barn och unga. Socialstyrelsen; 2018.
7. Vinnerljung, Bo och Andreassen, Tore. Forskning i korthet: Barn och unga i samhällets vård. Forte 2015.
8. Det gäller livet stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem. Slutbetänkande av barnpsykiatrikommittén (SOU 1998:31).
9. Omhändertagen: samhällets ansvar för utsatta barn och unga. Betänkande av LVU-utredningen (SOU 2000:77).
10. Källan till en chans: nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården. Betänkande av Sociala barn- och ungdomsvårdskommittén (SOU 2005:81).
11. Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder. Slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100).
12. Anckarsater H, et al. Prevalences and configurations of mental disorders among institutionalized adolescents. Dev Neurorehabil (2007) 10(1): 57–65.
13. Ståhlberg O, et al. Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs. European Child & Adolescent Psychiatry (2010) 19(12): 893–903.
14. Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och ungdomar. Socialstyrelsen; 2014.
15. Ungdomar intagna på SiS särskilda ungdomshem under 2017. En tabellsammanställning av ADAD inskrivningsintervju. Statens institutionsstyrelse; 2018.
16. SiS i korthet 2017. En samling statistiska uppgifter om SiS. Statens institutionsstyrelse; 2018.
17. Högspecialiserad heldygnsvård – för de svårast sjuka. Hämtad 2019-01-21 från <http://nationellasjalvskadeprojektet.se/forskningsrapporter-och-arkiv-material/hogspecialiserad-heldygnsvardsenhet/>
18. Frekvenstillsyn. Hämtad 2018-07-11 från <https://www.ivo.se/tillsyn/frekvenstillsyn/>

19. Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2015 och 2016. Tabeller. Hämtad 2019-01-25 från <https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-9-2>
20. Barn och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU. Slutbetänkande av Utredningen om tvångsvård för barn och unga (SOU 2015:71). Kapitel 16.
21. Hittar vi hem? En kartläggning och analys av den sociala dygnsvården för barn och unga. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdanalys; 2016.
22. HVB och stödboende för ensamkommande barn. Hämtad 2019-01-11 från <https://www.ivo.se/om-ivo/statistik/ensamkommande/>
<https://www.ivo.se/om-ivo/statistik/ensamkommande>
23. Mejlkontakt med IVO om omsorgsregistret 2018-12-10. Socialstyrelsens dnr 3.8-1501/2017.
24. Marknaden för hem för vård eller boende för ensamkommande barn och unga. Konkurrensverket; 2017. KKV rapport 2017:8.
25. Vad har vi sett? Resultat från inspektioner 2010–2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS. Inspektionen för vård och omsorg; 2013.
26. Krav på privata aktörer i välfärden. Slutbetänkande av Ägarprövningsutredningen (SOU 2015:7).
27. Statens institutionsstyrelse. Hämtad 2018-07-17 från <https://www.stat-inst.se/var-verksamhet/>
28. Mejlkontakt med IVO om omsorgsregistret 2018-12-12. Socialstyrelsens dnr 3.8-1501/2017.
29. Effektivare ungdomsvård i samverkan. Hämtad 2019-01-11 från <https://www.stat-inst.se/press/pressmeddelanden-nyheter/2018/effektivare-ungdomsvard-i-samverkan/>
30. Snabbare målgruppsbedömning hos SiS. Hämtad 2019-01-11 från <https://www.stat-inst.se/press/pressmeddelanden-nyheter/2019/snabbare-malgruppsbedomning-hos-sis/>
31. Kommunernas kostnader för individ och familjeomsorg år 2014–2017, SCB. Hämtad 2018-12-21 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finansier-for-den-kommunala-sektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-landsting/pong/tabell-och-diagram/kommun--och-landstingssektorn-2017/kommunernas-kostnader-for-individ-och-familjeomsorg-ar-20142017/>
32. Sökning på kostnad för HVB-hem, barn och unga 0-20 år, kr/vårddygn 2018-12-21 på <https://www.kolada.se>
33. Jubileumsbok 50+. Svenska föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri; 2008.
34. Mejlkommunikation med Sara Lundqvist, ordförande i SFBUP. Socialstyrelsens dnr 3.8-1501/2017.
35. Psykiatri i siffror. Barn- och ungdomspsykiatri - Kartläggning 2017. Uppdrag Psykisk Hälsa. SKL; 2018.
36. Mejlkontakt med SFBUP med anteckningar från möte med företrädare för barn- och ungdomspsykiatri. Socialstyrelsens dnr 3.8-1501/2017.

37. Möjlighet att leva som andra. Ny lag om stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning. Slutbetänkande av LSS-kommittén (SOU 2008:77). Avsnitt 2.2.
38. Fatta läget. Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga. Vårdanalys; 2018. Rapport 2018:9.
39. I.m sorry - Röster från särskilda ungdomshem. Om barn som vistas eller har vistats på särskilda ungdomshem. Barnombudsmannen; 2010.
40. Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU; 2018. SBU rapport 279/2018.
41. SiS verksamhetsplan 2018. Statens institutionsstyrelse; 2018.
42. Skoog V. Barn som flyttas i offentlig regi: en studie av förekomst och upplevelser av instabil samhällsvård för barn. Diss. Umeå. Umeå universitet; 2013. Studier i socialt arbete vid Umeå universitet 77.
43. Alexandersson P. Socialtjänstens värdegrunder: Etik i förarbeten och lagar om fattigvård, socialvård och socialtjänst. Ersta Sköndal Bräcke högskola, Institutet för organisations- och arbetslivsetik (IOA); 2018. Ersta Sköndal högskola arbetsrapportserie 94.
44. ”Samhället sviker unga med självmordstankar”. Debattartikel publicerad i Svenska Dagbladet 2018-05-17 hämtad 2018-10-04 från <https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/debatt-samhallet-sviker-unga-med-sjalvmordstankar/>
45. Prop. 1919:371 Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om ändrad lydelse av 14, 15 och 23 §§ i lagen den 13 juni 1902 angående uppfostran åt vanartade och i sedligt avseende försummade barn.
46. Betänkande och förslag rörande verksamheten vid skyddshemmen m. m. avgivet av tillkallade sakkunniga (SOU 1935:64).
47. Verksamheten vid ungdomsvårdsskolorna. Betänkande av Kommittén för ungdomsvårdsskolorna (SOU 1959:25).
48. Prop. 1924:150 Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om samhällets barnavård, m.m.
49. SFS 1937:860 Kungl. Maj:ts stadga för skyddshemmen.
50. Socialutskottets betänkande 1990/91: SoU7 Barn och ungdom.
51. Tvångsvård i socialtjänsten – ansvar och innehåll. Betänkande av IUM-utredningen om tvångsinstitutioner i socialtjänsten (SOU 1992:18).
52. FN:s konvention om barnets rättigheter. New York den 20 november 1989. Utrikesdepartementet; 1990. SÖ 1990:20.
53. Konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning och fakultativt protokoll till konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. New York den 13 december 2006. Utrikesdepartementet; 1990. SÖ 2008:26.
54. FN:s regler om skydd av frihetsberövade ungdomar, Havannareglerna, hämtad 2019-01-11 från <https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/externa-dokument/fran-insidan/havanna-regler.pdf>

55. Agenda 2030. Hämtad 2017-11-06 från <http://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/>
56. Lurie J. Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern; 2016. Rapport 5/2016. Skriftserien til Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge).
57. Lurie J. Erfaringer fra en felles døgninstitusjon. Samarbeidsmodell mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU Samfunnsforskning AS; 2013. Rapport nr 24/2013. Skriftserien til Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge.
58. Lurie J. Evaluering av ”Akutten i Nord-Trøndelag”. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern; 2017. Rapport 8/2017. Skriftserien til Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge).
59. Information vid möte 2018-11-27 i Norrköping med företrädare för kommuner och landsting i Östergötland. Bekräftad genom mejlkontakt med Ann Henriksson, Norrköpings kommun, 2019-02-06.
60. Organisatoriska modeller för att barn och unga i familjehem och på institution ska få hälso- och sjukvård och tandvård. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, SBU; 2018.
61. Ruud T, Weimand B. Prosjekt Helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner i Helse Sør-Øst. Evaluering av et prosjekt med tre pilotprosjekter og et forslag til en nasjonal modell for samhandling om bedre helsehjelp ved barneverninstitusjoner fra psykisk helsevern for barn og unge. Akershus universitetssykehus; 2018.
62. Vinnerljung B, Hjern A. Health care in Europe for children in societal out-of-home care. Rapport till EU-kommissionen från MOCHA – Models of Child Health Appraised. London: MOCHA/Imperial College; 2018.
63. Utbildningskrav. Hämtad 2010-01-11 från <https://www.stat-inst.se/arbets-hos-oss/utbildningskrav/>
64. Jobba som sjuksköterska. Hämtad 2010-01-11 från <https://www.stat-inst.se/arbets-hos-oss/arbets-sjukskoterska/>
65. Jobba som psykolog. Hämtad 2010-01-11 från <https://www.stat-inst.se/arbets-hos-oss/arbets-som-psykolog/>
66. Kling S, Vinnerljung B, Hjern A. Hälsokontroll för SiS-ungdomar. Statens institutionsstyrelse; 2016. Institutionsvård i fokus 4 2016.
67. Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2017. Inspektionen för vård och omsorg; 2018.
68. Blankett för ansökan om tillstånd eller ändring av tillstånd för att bedriva hem för vård eller boende (HVB) enligt 7 kap. 1 § första stycket 1 socialtjänstlagen (2001:453). Hämtad 2019-01-11 från <https://www.ivo.se/publi-cerat-material/blanketter/solhvb/>
69. Prop. 2017/18:158 Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden.

70. Nya tillstånd och krav 2019. Hämtad 2018-12-10 från <https://www.ivo.se/tillstand-och-register/nya-tillstandsplikter-2019/>
71. Rapport från Arbetsgruppen HVB Uppföljning 0-20 år (HVB-gruppen) i Linköpings kommun. Socialstyrelsens dnr 3.8-1501/2017.
72. Hem för vård eller boende (HVB). Hämtad 2018-10-05 från <https://www.ivo.se/tillstand-och-register/sol-tillstand/hem-for-var-d-eller-boende-hvb/>
73. Lindqvist E. Institutionsvård, incitament och information – en ESO-rapport om placering av ungdomar med sociala problem. Regeringskansliet, Finansdepartementet; 2014. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2014:8.
74. En trygg och säker vård – har personalen lämplig utbildning? En granskning av vård- och omsorgspersonalens utbildning och metoder i HVB för barn och unga. Inspektionen för vård och omsorg; 2013.
75. Kompetens för arbete i HVB för barn och unga. Socialstyrelsen 2018.
76. MultifunC institutionsbehandling för ungdomar med svåra beteendeproblem - Resultat efter två år. Socialstyrelsen; 2017.
77. Bostad med särskild service för vuxna enligt LSS. Socialstyrelsen; 2018.

Bilaga 1. Externa kontakter under arbetet med uppdraget

Arbetsprocess

Under arbetet med uppdraget har Socialstyrelsen haft tre serier av möten:

- Under våren 2017 genomfördes inledande dialog med olika intressenter för att ta del av deras syn på frågeställningarna i regeringsuppdraget.
- Våren 2018 genomfördes möten med verksamhetsföreträdare och professionella inom barnpsykiatri, HVB samt myndighetsutövning inom social barn- och ungdomsvård samt LSS. Mötena avsåg deras erfarenheter och synpunkter kring frågeställningarna i regeringsuppdraget.
- I september 2018 genomfördes möten med referensgrupper som fick ta del av resultat från arbetet med uppdraget och i ett relativt tidigt skede resonera kring utkast till förslag. Möten hölls med brukarföreträdare, myndigheter, forskare samt huvudmannaföreträdare och branschorganisationer.

Utöver dessa serier av möten har Socialstyrelsens haft kontakt med enskilda företrädare för olika verksamheter och myndigheter utifrån deras särskilda erfarenheter av vissa frågeställningar i uppdraget. Studiebesök har också genomförts hos huvudmän och i berörda verksamheter.

SIS och SKL har deltagit i den serie av möte som beskrivs ovan.

När det gäller SIS har Socialstyrelsen därutöver dels haft kontakter med myndighetens ledning, professioner inom myndigheten samt myndighetens brukarråd. Det har också varit återkommande kontakter med SIS i samband med den studie som genomförts på de särskilda ungdomshemmen (se bilaga 2).

Kontakterna med SKL har också omfattat medverkan vid möten som socialchefsnätverket, Beredningen för socialpolitik och Individomsorg, Sjukvårdsdelegationen samt Beredningen för primärvård och äldreomsorg haft.

Kontakter

Nedan beskrivs översiktligt vilka aktörer som Socialstyrelsen haft kontakt med under arbetet med uppdraget.

Statliga myndigheter

Statens beredning för medicinsk och socialutvärdering, SBU

Inspektionen för vård och omsorg, IVO

Statens institutionsstyrelse, SIS

Myndigheten för vård och omsorgsanalys

Barnombudsmannen, BO

Nationell samordnare inom området psykisk hälsa, Regeringskansliet

Organisationer

Barnens rätt i samhället, BRIS

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH
Maskrosbarn
Riksförbundet Attention
Autism- och Aspergerförbundet
Vårdföretagarna
Svenska vårdförbundet
Föreningen Sveriges Socialchefer, FSS
Psykologförbundet
Sveriges Arbetsterapeuter
Svenska Föreningen för Barn-och Ungdomspsykiatri, SFBUP
Sveriges kommuner och landsting, SKL
Famna, Riksorganisationen för idéburen välfärd

Verksamhets- och professionsföreträdare

Socialsekreterare och LSS-handläggare rekryterades via de regionala utvecklingsledarna knutna till Regional Samverkans Strukturer (RSS).

Socialsekreterare från följande kommuner deltog: Nyköping, Östersund, Hässleholm, Jönköping, Lund, Svenljunga, Gagnef, Norrköping, Gävle samt Örnköldsvik.

LSS-handläggare från följande kommuner deltog: Göteborg, Örebro, Helsingborg, Västerås, Sundsvall, Stockholm, Österåker, Hedemora, Trosa, Ekerö, Osby samt Haninge.

Vid ett besök Malmö deltog både socialsekreterare och LSS-handläggare.

När det gäller verksamhets- och chefsöverläkare inom BUP skedde kontakten via en konferens som SFBUP anordnade.

Företrädare för HVB verksamheter valdes ut inom ramen för de kontakter som Socialstyrelsen har inom området genom arbetet med ett pågående regeringsuppdrag om gränssättande åtgärder.

Forskare

Tore Andreassen, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Norge
Clara Hellner Gumpert, Karolinska institutet
Marie Sallnäs, Stockholms universitet
Maria Andersson Vogel, Stockholms universitet
Martin Bergström, Lunds universitet
Knut Sundell, SBU

Studiebesök

De särskilda ungdomshemmen Rebecka och Klarälvsgården
Wemind HVB
Eskilstuna kommun
Linköpings kommun
Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Norge
IKB-teamet, BUP Region Uppsala

Dessutom har Socialstyrelsen på plats tagit del av ett utvecklingsarbete i Östergötland som berör samtliga kommuner och barn- och ungdomspsykiatri i länet.

Bilaga 2. Litteratursammanställning och enkätundersökning av psykiatriska tillstånd hos barn och unga i SiS särskilda ungdomshem

Sammanfattning

Socialstyrelsen har genomfört två kartläggningar för att kunna uppskatta det psykiatriska vårdbehovet hos unga på HVB. Dels en litteratursammanställning avseende förekomst av psykiatriska tillstånd hos unga på institution och dels en enkätundersökning om förekomst av dokumenterade psykiatriska diagnoser och kliniska symtom hos unga som den 15 mars 2018 vårdades på en utrednings- eller behandlingsavdelning inom Statens institutionsstyrelse (SiS).

Resultatet från litteratursammanställningen visar att förekomsten av psykiatriska tillstånd är hög bland unga på institution. I genomsnitt sju av tio ungdomar fyller kriterierna för minst en psykiatrisk diagnos och varannan ungdom har minst två samtidiga diagnoser. Beteendeproblem i form av uppförandestörning och missbruk är genomgående mer vanligt än depression och ångestsyndrom hos såväl pojkar som flickor. Litteratursammanställningen visar också att flickor på institution är mer belastade än pojkar, särskilt vad gäller adhd, depression och ångest.

Resultatet från enkätundersökningen på SiS visar på samma höga förekomst av psykiatriska tillstånd. Sjuttioen procent av de drygt 300 studiedeltagarna hade minst en fastställd diagnos och graden av samsjuklighet var hög. Adhd var den vanligast förekommande diagnosen (44 %), följt av missbruk (23 %), uppförandestörning (16 %), PTSD (16 %), autism (13 %) ångestsyndrom (12 %) och depression (11 %). Fyra procent hade en intellektuell funktionsnedsättning och 3 procent hade en fastställd diagnos avseende psykisk sjukdom. Utifrån fastställda diagnoser var adhd vanligare bland flickor medan missbruk och uppförandestörning var vanligare bland pojkar. Förekomsten av kliniska symtom var högre än förekomsten av diagnoser hos både pojkar och flickor. Baserat på kliniska symtom var flickor mer belastade än pojkar vad gäller adhd, autism, depression, PTSD och ångest. Flickor på SiS uppvisade också mer akuta psykiatriska tillstånd som självmordsbeteende och självskada jämfört med pojkar.

Inledning

I arbetet med uppdraget att utreda förutsättningar och former för en integrerad och mer specialiserad dygnsvård som samlat kan möta behov av vård med stöd av LVU och psykiatrisk vård kunde Socialstyrelsen konstatera att det saknades tillräckliga underlag för att uppskatta det psykiatriska vårdbehovet hos unga på HVB.

Varken socialtjänsten eller vårdgivare vid HVB dokumenterar uppgifter som möjliggör beskrivningar av målgruppens behov av psykiatrisk vård. Uppgifter i officiella register förmodas inte ge en heltäckande bild [21]. Området är också sparsamt beforskat i Sverige.

Mot denna bakgrund beslöt Socialstyrelsen att genomföra två kartläggningar för att uppskatta det psykiatriska vårdbehovet hos unga på HVB. Dels en sammanställning av internationella prevalensstudier avseende psykiatriska tillstånd hos unga på institution och dels en enkätundersökning om förekomst av psykiatriska diagnoser och kliniska symtom hos unga som den 15 mars 2018 vårdades på en utrednings- eller behandlingsavdelning inom Statens institutionsstyrelse.

Litteratursammanställning

Socialstyrelsen har sammanställt forskningslitteratur om förekomst av psykiatriska tillstånd hos barn och unga på institution.

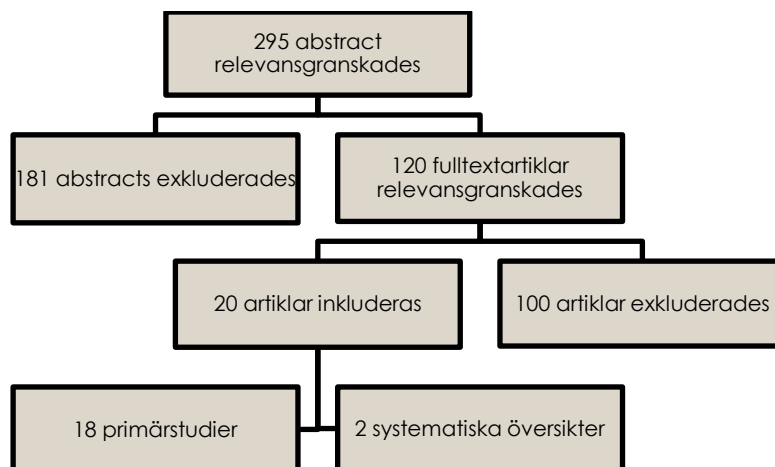
Metod

I november 2017 genomfördes en litteratursökning i databaserna EBSCO, PubMed, OVID och SWEMED med syfte att identifiera forskningsresultat avseende förekomst av psykiatriska diagnoser hos unga (10–21 år) på institution. Litteratursökningen avsåg prevalensstudier från år 2000–2017.

Litteratursökningen resulterade i knappt 300 träffar varav 295 abstracts relevansgranskades. De inklusionskriterier som sattes upp var att artikeln skulle vara skriven på engelska eller svenska, att studiepopulationen skulle bestå av minst 100 individer och att man i studierna skulle ha undersökt förekomst av fler än en diagnos.

120 artiklar bedömdes vara relevanta för läsning i fulltext. Slutligen inkluderades 20 artiklar varav två systematiska översikter och 18 primärstudier (se figur 1). Artiklarna har inte kvalitetsgranskats med stöd av granskningsmallar.

Figur 1 Flödesschema litteratursökning



Resultat

De inkluderade studierna omfattar drygt 43 000 ungdomar varav 23 procent flickor. Medelåldern i studiepopulationerna varierar mellan 14–17 år. Se tabell 7 för beskrivning av de inkluderade studierna vad gäller land, typ av institution, studiepopulationens storlek, medelålder och könsfördelning samt undersökningsmetod. Nedan presenteras resultat avseende de vanligast undersökta diagnoserna.

Förekomst av psykiatriska diagnoser

Litteratursammanställningen visar att mellan 45–93 procent (*m* 71 %) av unga på institution fyller kriterierna för minst en psykiatrisk diagnos [1–6, 8–20] och mellan 24–76 procent har minst två samtidiga diagnoser [1–3, 6, 10, 13, 15–18]. Externaliserade symtombilder är enligt samtliga artiklar vanligare än internaliserade [1–20].

Som framgår av tabell 1 är uppförandestörning den mest frekventa diagnosen och förekommer enligt de två systematiska översikterna hos 46 respektive 53 procent av unga på institution [7, 8]. I primärstudier rapporteras uppförandestörning³⁰ hos 4,5–78 procent [1–6, 9–15, 17–20]. Missbruksdiagnoser återfinns enligt en översiktsartikel hos 45 procent [7], prevalensen av missbruk varierar i primärstudier mellan 8–66 procent [1–3, 5, 10–20].

Attention deficit hyperactivity disorder (adhd) förekommer enligt översiktsartiklarna hos 14 respektive 15 procent av institutionsplacerade unga [7, 8]. I primärstudier varierar förekomsten av adhd mellan 1–39 procent [1, 3, 4, 6, 9–11, 13–15, 17–20].

Enligt översiktsartiklarna förekommer depression hos tolv respektive elva procent av unga på institution [7, 8]. I primärstudier varierar prevalensen av depression³¹ mellan 7–45 procent [1–6, 11–20].

En systematisk översikt visar att i genomsnitt 16 procent av ungdomarna har en ångeststörning [7], i primärstudier rapporteras ångeststörning hos mellan 0–37

³⁰ I tre artiklar [3, 14, 17] redovisas prevalenser av uppförandestörning sammanslaget med trotssyndrom

³¹ I fyra artiklar [5, 14, 15, 18] redovisas depression sammanslaget med andra affektiva tillstånd

procent [2–5, 6, 11–15, 17–20]. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) förekommer enligt en översiktsartikel hos 10 procent av unga på institution [7]. I primärstudierna rapporteras PTSD hos mellan 1 till 25 procent [1, 2, 11–13, 16, 20].

I de två översiktsartiklarna rapporteras psykosjukdom hos en respektive tre procent av unga på institution [7,8]. I primärstudier varierar prevalensen av psykosjukdom mellan 3 till 19 procent [3–5, 13, 19] (tabell 1).

Tabell 1 Förekomst av psykiatriska diagnoser enligt litteratursammanställningen

	Prevalens enligt två systematiska översikter (%)		Prevalenser enligt 22 primärstudier (%)
Diagnos	Colins et al 2010 [7]	Fazel et al 2008 [8]	Se referenser i löptext
Uppförandestörning	46	53	4.5–78
Missbruk/beroende	45	-	8–66
Adhd	14	12	1–39
Depression	12	11	7–45
Ångest	16	-	0–37
PTSD	10	-	1–25
Psykosjukdom	1	3	3–19

Könsskillnader

Resultaten visar att flickor är mer psykiatriskt belastade än pojkar. Baserat på åtta primärstudier som redovisar prevalenser uppdelat på kön har i genomsnitt 73 procent av flickorna och 64 procent av pojkarna minst en psykiatrisk diagnos [1, 6, 12, 14, 16, 18–20]. I en översiktsartikel konstateras inga könsskillnader vad gäller förekomst av uppförandestörning medan depression och adhd var signifikant vanligare bland flickor. [8]. I primärstudier rapporteras högre grad av affektiva tillstånd [1, 2, 6, 12, 14–16, 18–20] och ångeststörningar [2, 6, 12, 14, 15, 18–20] hos flickor än hos pojkar.

Undersökning om psykiatriska diagnoser och symtom hos unga inom SiS

Socialstyrelsen har genomfört en enkätundersökning om förekomst av dokumenterade psykiatriska diagnoser och kliniska symtom hos unga inom Statens institutionsstyrelse (SiS). Undersökningen godkändes av regionala Etikprövningsnämnden i Stockholm 15 februari 2018.

Metod

Syfte och frågeställningar

Syftet med undersökningen var att identifiera omfattning och typ av psykiatriska vårdbehov hos unga placerade på SiS. Undersökningens frågeställningar var:

- Vilka psykiatriska diagnoser har unga på SiS?

- Hur ser samsjukligheten ut hos unga på SiS?
- Vilka kliniska symtom har observerats hos unga på SiS?
- Vilka akuta psykiatriska tillstånd har observerats hos unga på SiS?
- Hur ser förekomsten av fysiskt våldsamt beteende ut hos unga på SiS?

Urval

Undersökningen omfattade alla ungdomar som var inskrivna på en utrednings- eller behandlingsavdelning inom SiS den 15 mars 2018. Ungdomar som var placerade på en akutavdelning eller avtjänade straff enligt lagen (1998:603) om slutten ungdomsvård inom SiS ingick inte i undersökningen.

Genomförande

Data samlades in genom en enkät där psykologer vid berörda institutioner besvarade frågor om enskilda ungdomar. Ungdomarna deltog inte aktivt i undersökningen, all data som samlades in var oidentifierad. Datainsamlingen pågick mellan 1 mars till 30 april 2018.

Enkätsvaren baserades på uppgifter i varje ungdoms sociala respektive hälso- och sjukvårdsjournal inom SiS. I vissa fall kombinerades journaluppgifter med respondentens kännedom om ungdomen. Respondenterna uppmanades att ha Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM V) eller den svenska versionen av International Classification of Diseases, 10th edition (ICD-10-SE) till hands vid besvarandet.

Frågeenkät

I undersökningen användes en för ändamålet framtagen frågeenkät. Enkäten inleddes med frågor om ungdomens kön och ålder (<12 år, 13–15 år, 16–18 år, 19–21 år) följt av 8 frågor³² uppdelade i tre frågeområden.

Det första frågeområdet avsåg förekomst av fastställda diagnoser (någon gång i livet). Tretton namngivna diagnosområden efterfrågades, därtill fanns möjlighet att ange andra diagnoser i fritext.

Det andra frågeområdet avsåg förekomst (grad) av kliniska symtom de senaste sex månaderna. Här skattade respondenterna med hjälp av en skala med graderade svarsalternativ i vilken utsträckning den unge hade uppvisat symtom i relation till de tretton namngivna diagnosområdena. Med symtom avsågs både antal symtom och grad av funktionsnedsättning eller lidande som symtomen medför. Skalan var fyrgradig; inga symtom, någon grad av symtom, hög grad av symtom och mycket hög grad av symtom.

Det tredje frågeområdet avsåg förekomst av akuta psykiatriska tillstånd de senaste sex månaderna. Sex namngivna akuta tillstånd efterfrågades, därtill fanns möjlighet att ange annat akut psykiatriskt tillstånd i fritext. Enkäten avslutades med en fråga om förekomst av fysiskt utagerande mot person respektive våld mot egendom under de senaste sex månaderna.

Databearbetning

Data har analyserats deskriptivt med hjälp av korstabeller och chi-två tester.

I fyra enkätsvar saknades uppgift om kön och i två fall saknades uppgift om ålder. Dessa enkätsvar ingår i redovisningar av hela ungdomsgruppen men inte då

³² I enkäten fanns frågor om vårdinsatser i samband med akuta psykiatriska tillstånd de senaste sex månaderna. Detta redovisas inte i denna rapport.

resultat redovisas uppdelat på kön eller ålder. I övrigt varierade det interna bortfallet mellan frågeområdena och var som störst (5,6 %) avseende variabler om psykiatriska symtom. Saknade värden för redovisade variabler har kodats som att individen inte har uppvisat några problem. Tillvägagångssättet minskar risken för överskattning av problem.

Redovisning av resultat

Resultat presenteras i form av andelar och frekvenser per hela ungdomsgruppen och separat för pojkar respektive flickor. Signifikanta skillnader mellan grupper anges i p-värden.³³

Förekomst av kliniska symtom motsvaras av att en ungdom i hög eller mycket hög grad uppvisar aktuella symtom på en diagnos. Med symtom avses både antal symtom och grad av funktionsnedsättning eller lidande som symtomen medför för den unge.

För att hantera risken att enskilda ungdomar ska kunna identifieras redovisas inte resultat om antalet individer med en diagnos understiger tio. Av denna anledning har psykossjukdom och bipolär sjukdom slagits samman till en grupp kallad *psykisk sjukdom* och sällan förekommande diagnoser som instabil personlighetsstörning, tics/Tourettes, ätstörning m.fl. har slagits samman till en grupp kallad *övriga diagnoser*. Resultat redovisas inte per kön i de fall antalet pojkar eller flickor med en viss diagnos eller tillstånd understiger tio.

I rapporten redovisas diagnoser, kliniska symtom och akuta tillstånd enligt tabell 2.

Tabell 2 Förkortningar och begrepp i rapporten

Benämning i rapport	Förklaring
Adhd	Attention deficit hyperactivity disorder (adhd) eller attention deficit disorder (add)
Autism	Autismspektrumstörning oavsett grad, Aspergers syndrom
Depression	Depression oavsett diagnostyp
Dissociativt tillstånd	Symtom på förändrad upplevelse av identitet/omgivning
IF	Intellektuell funktionsnedsättning oavsett grad
Missbruk	Missbruks- eller beroendediagnos
Psykisk sjukdom	Psykossjukdom eller bipolär sjukdom
PTSD	Posttraumatiskt stressyndrom eller annan diagnos relaterad till stress/trauma
Självmondsbeteende	Tankar, planer eller försök att ta sitt liv
Självskada	Beteenden riktade mot den egna personen i syfte att skada, inte att ta sitt liv
Uppförandestörning	Uppförandestörning eller trotssyndrom
Panikattack	Symtom på panikångest
Psykotiskt tillstånd	Symtom på förändrad verklighetsuppfattning/vanföreställningar
Ångest	Ångest oavsett diagnostyp
Övriga diagnoser	Borderline/instabil personlighetsstörning, tvång, tic/Tourettes, ätstörningar samt sömn-, språk- och anknytningsstörning

³³ Ett p-värde beskriver graden av sannolikhet att den uppmätta skillnaden mellan grupperna beror på slumpen istället för att vara en faktisk skillnad. Ju lägre p-värde desto större sannolikhet att resultatet ligger utanför felmarginalen. $P < 0.05$, < 0.01 och $p < 0.001$ betyder att sannolikheten att skillnaden mellan grupperna beror på slump är mindre än 5 procent, 1 procent respektive 1 promille.

Resultat

Totalt inkom 304 enkätsvar avseende 196 pojkar (65 %) och 104 flickor (35 %). Enligt SiS uppskattning var 271 pojkar och 137 flickor inskrivna på en utrednings- eller behandlingsavdelning det aktuella mätdatumet. Det innebär att svarsfrekvensen var 75 procent, varav 72 procent för pojkar och 76 procent för flickor.

Åldersmässigt var merparten (64 %) av ungdomarna mellan 16–18 år. En fjärdedel var 13–15 år och 11 procent var 19–21 år. Ingen ungdom i undersökningen var 12 år eller yngre. En lite större andel flickor (28 %) tillhörde den yngre ålderskategorin jämfört med pojkar (24 %). Motsatt tillhörde en något större andel pojkar åldersgruppen 19–21 år (13 %) jämfört med flickorna (8 %). Könsskillnaderna inom åldersgrupperna är inte signifikanta.

Förekomst av fastställda diagnoser

Resultatet visar att 71 procent av ungdomarna i undersökningsgruppen hade *minst* en fastställd psykiatrisk diagnos.³⁴

Den vanligaste diagnosen hos både pojkar och flickor var adhd (tabell 3). Mer än varannan flicka (52 %) och 39 procent av pojkarna hade en fastställd adhd-diagnos. Hos pojkar var den näst vanligaste diagnosen missbruk (26 %), följt av uppförandestörning (21 %) och PTSD (13 %). Den näst vanligaste diagnosen bland flickor var PTSD (19 %), följt av autism (17 %) och missbruk (15 %). Färre än tio flickor hade en fastställd uppförandestörning. Könsskillnaderna var signifikanta avseende adhd, uppförandestörning och missbruk.

Ångest- och depressionsdiagnoser återfanns hos 10 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna. Tretton ungdomar (4 %) i ungdomsgruppen hade en intellektuell funktionsnedsättning. Tio individer (3 %) hade en fastställd diagnos avseende psykisk sjukdom (tabell 3).

Tabell 3 Förekomst av fastställda psykiatriska diagnoser per hela ungdomsgruppen, pojkar respektive flickor

Diagnos	Totalt (n 304)		Pojkar (n 196)	Flickor (n 104)
	n	%	%	%
Adhd	133	44	39	52*
Autism	39	13	10	17
Depression	34	11	10	14
IF	13	4	-	-
Missbruk	69	23	26*	15
Psykisk sjukdom	10	3	-	-
PTSD	48	16	13	19
Uppförandestörning	50	16	21**	-
Ångest	35	12	10	14
Övriga diagnoser	23	8	6	11

*p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

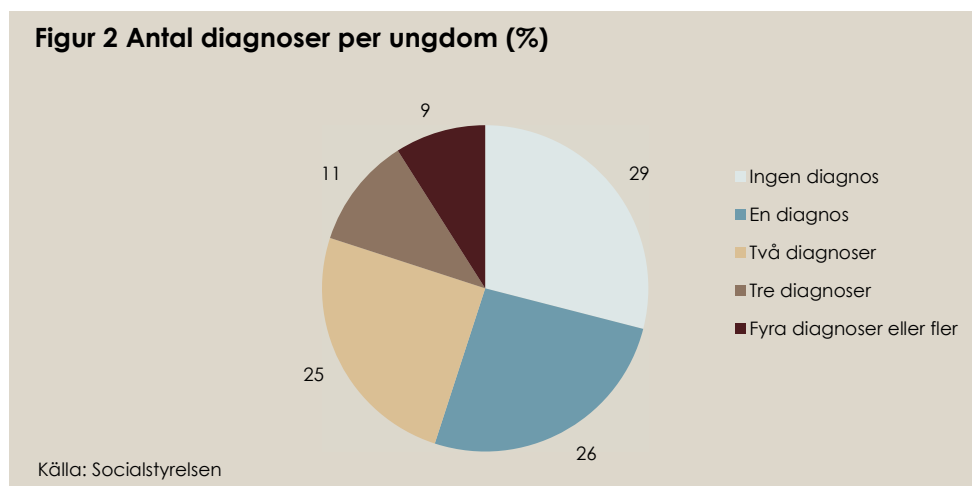
- = färre än 10 individer, redovisas ej

³⁴ Observera att förekomst av diagnoser avser livstidsprevalenser, dvs. diagnoser som har fastställts någon gång i livet.

Samsjuklighet

Med samsjuklighet avses att en individ har minst två samtida diagnoser. Begreppet omfattar alla typer av psykiatriska diagnoser.

Resultatet visar att 45 procent av ungdomarna hade minst två dokumenterade diagnoser, 20 procent hade minst tre och 9 procent hade minst fyra samtida diagnoser (figur 2). Den genomsnittliga pojken hade 1.44 diagnoser och motsvarande flicka hade 1.57 diagnoser. Äldre ungdomar tenderade att ha fler diagnoser än yngre. Kön- och ålderskillnaderna avseende antal diagnoser var inte signifikanta.



Som framgår av tabell fyra fanns en stor överlappning mellan olika psykiatriska tillstånd³⁵. Analyser har inte kunnat identifiera några tydliga subgrupper vad gäller samsjuklighet. Det noteras dock att 34 (87 %) av de 39 ungdomar som hade en autismdiagnos också hade adhd (tabell 4).

Tabell 4 Samvariation mellan fastställda diagnoser (n)

	Adhd (n 133)	Autism (n 39)	Depression (n 34)	Missbruk (n 69)	PTSD (n 48)	Uppförande- störning (n 50)	Ångest (n 35)
Adhd		34	13	34	17	34	17
Autism	34		-	-	-	10	-
Depression	13	-		-	13	-	13
Missbruk	34	-	-		18	26	12
PTSD	17	-	13	18		-	12
Uppförande- störning	34	10	-	26	-		-
Ångest	17	-	13	12	12	-	

- = Färre än 10 individer, redovisas ej.

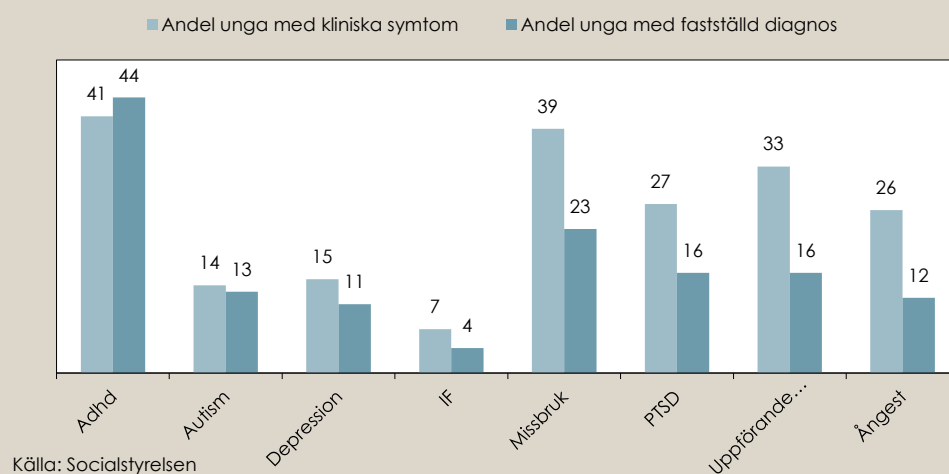
³⁵ Uppgifter om psykisk sjukdom och intellektuell funktionsnedsättning redovisas inte p.g.a. för få individer.

Förekomst av kliniska symtom

Problembilden förändras när beskrivningen utgår från förekomst av aktuella kliniska symtom. Med kliniska symtom avses att ungdomen har uppvisat hög eller mycket hög grad av symtom på en viss diagnos de senaste sex månaderna.

Jämfört med förekomst av fastställda diagnoser var förekomsten av kliniska symtom högre för alla diagnostyper utom adhd. De största skillnaderna mellan symtom och diagnos fanns avseende missbruk, PTSD, uppförandestörning och ångest (figur 3). Utöver vad som framgår av figur tre uppmättes ingen skillnad mellan förekomst av diagnos och symtom vad gäller psykisk sjukdom. Däremot noteras att andelen flickor med kliniska symtom på instabil personlighetsstörning uppgick till 17 procent vilket kan jämföras med att mindre än 3 procent av hela ungdomsgruppen hade en sådan fastställd diagnos.

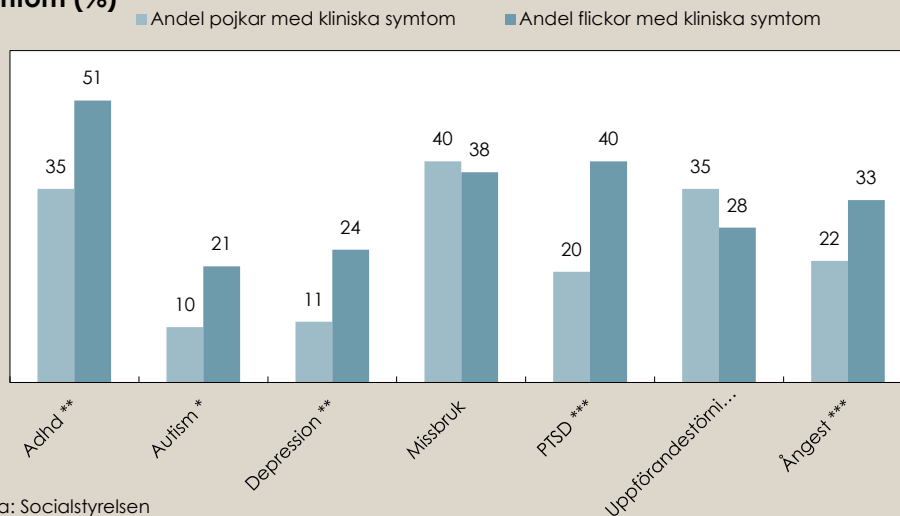
Figur 3 Andel ungdomar med hög eller mycket hög grad av kliniska symtom jämfört med andel ungdomar med fastställda diagnoser (%)



Kliniska symtom var vanligare bland flickor än bland pojkar vad gäller adhd, autism, depression, PTSD och ångest (figur 4).³⁶ Baserat på kliniska symtom var missbruk och uppförandestörning inte signifikant vanligare bland pojkar vilket var fallet när det gäller fastställda diagnoser (se tabell 3).

³⁶ Uppgifter om psykisk sjukdom och intellektuell funktionsnedsättning redovisas inte pga. för få individer

Figur 4. Andel pojkar och flickor med hög eller mycket hög grad av kliniska symtom (%)



*p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

Akuta psykiatriska tillstånd

Totalt hade 40 procent (n 121) av ungdomarna varit i något akut psykiatriskt tillstånd de senaste sex månaderna.

Självmondsbeteende respektive självskada följt av panikattacker var de vanligaste akuta tillstånden hos både pojkar och flickor (tabell 5). Självmondsbeteende var tre gånger vanligare bland flickor och självskada var mer än fyra gånger så vanligt bland flickor jämfört med bland pojkar. Sex procent av ungdomarna hade uppvisat symtom på dissociativt eller psykotiskt tillstånd de senaste sex månaderna.

Tabell 5 Förekomst av akuta psykiatriska tillstånd senaste 6 månaderna (%)

	Totalt (n 304)	Pojkar (n 196)	Flickor (n 104)
Självmondsbeteende	17	10	31***
Självskada	17	8	35***
Panikattack	9	6	14**
Dissociativt tillstånd	6	-	-
Psykotiskt tillstånd	6	-	-

* p = < 0.05 ** p = < 0.01 *** p = < 0.001

- = Färre än 10 individer, redovisas ej

Våldsamt beteende

I genomsnitt hade 44 procent av ungdomarna varit fysiskt våldsam mot en annan person under de senaste sex månaderna. Fysiskt våld mot egendom var vanligare bland flickor än bland pojkar (tabell 6). Merparten av de pojkar och flickor som

uppvisade våldsamt beteende hade gjort det vid 2–5 tillfällen. Det var i hög utsträckning (71 %) samma individer som var våldsamma mot person som mot egendom.

Tabell 6 Förekomst av våldsamt beteende hos pojkar och flickor under de senaste sex månaderna (%)

	Pojkar våld mot person (n 85)	Flickor våld mot person (n 44)	Pojkar våld mot egendom (n 68)	Flickor våld mot egendom (n 58)**
5 gånger eller fler	22	25	37	22
2–5 gånger	44	52	50	53
1 gång	34	23	13	24

* p = < 0.05 ** p = < 0.01 *** p = < 0.001

Begränsningar i kartläggningarna

Båda kartläggningarna har kvalitetsmässiga begränsningar.

Vad gäller litteratursammanställningen har studierna inte kvalitetsgranskats med stöd av granskningsmallar vilket till exempel innebär att risker för snedvridning av resultat inte har kontrollerats på ett systematiskt sätt. Som framgår av tabell 7 så varierar undersökningsmetod och vårdkontext mellan de olika studierna vilket innebär att prevalenserna inte är rakt av jämförbara.

Vad gäller enkätundersökningen begränsas kvalitén främst av att det inte användes en vedertagen skattningsskala för att uppskatta kliniska symtom. Den Likert-skala som användes togs fram inom ramen för studien för att kunna sätta förekomst av symtom i relation till fastställda diagnoser. Skalan har inte validerats vilket påverkar resultatets tillförlitlighet i de delar som rör förekomst av kliniska symtom. Det bör också noteras att uppskattningen av akuta tillstånd inte har gjorts med hjälp av en skala utan baseras på respondenternas (psykologernas) bedömning utifrån journaluppgifter i kombination med deras kännedom om de unga.

Referenser

1. Abram, K. M., et al. (2015). "Comorbidity and continuity of psychiatric disorders in youth after detention: a prospective longitudinal study." *JAMA Psychiatry* 72(1): 84–93.
2. Abrantes, A. M., et al. (2005). "Prevalence of Co-Occurring Disorders Among Juveniles Committed to Detention Centers." *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology* 49(2): 179–193.
3. Aida, S. A., et al. (2014). "Prevalence of psychiatric disorders among juvenile offenders in Malaysian prisons and association with socio-demographic and personal factors." *Int J Prison Health* 10(2): 132–143.
4. Anckarsater, H., et al. (2007). "Prevalences and configurations of mental disorders among institutionalized adolescents." *Dev Neuropsychiatry* 10(1): 57–65.
5. Anoshiravani, A., et al. (2015). "Mental Illness Drives Hospitalizations for Detained California Youth." *J Adolesc Health* 57(5): 455–461.
6. Bronsard, G., et al. (2011). "Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System." *Children and Youth Services Review* 33(10): 1886–1890.
7. Colins, O., et al. (2010). "Psychiatric disorders in detained male adolescents: a systematic literature review." *Can J Psychiatry* 55(4): 255–263.
8. Fazel, S., et al. (2008). "Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys." *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47(9): 1010–1019.
9. Ford, T. and et al. (2007). "Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: comparison with children living in private households." *British Journal of Psychiatry* 190(4): 319–325.
10. Gisin, D., et al. (2012). "Mental health of young offenders in Switzerland: Recognizing psychiatric symptoms during detention." *J Forensic Leg Med* 19(6): 332–336.
11. Izquierdo, T. G., et al. (2005). "The prevalence of mental health disorders among juveniles in northern Kentucky's region juvenile detention center." *Journal for Juvenile Justice Services* 20(1): 35–57.
12. Jozefiak, T., et al. (2016). "Prevalence and comorbidity of mental disorders among adolescents living in residential youth care." *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25(1): 33–47.
13. Kim, J. I., et al. (2017). "Prevalence of psychiatric disorders, comorbidity patterns, and repeat offending among male juvenile detainees in South Korea: a cross-sectional study." *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 11: 6.

14. King, D. C., et al. (2011). "Childhood maltreatment and psychiatric disorders among detained youths." *Psychiatr Serv* 62(12): 1430–1438.
15. Ludtke, J., et al. (2017). "Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents Placed in Youth Welfare and Juvenile Justice Group Homes: Associations with Mental Disorders and Suicidality." *J Abnorm Child Psychol*.
16. Moore, E., et al. (2015). "Attempted Suicide, Self-Harm, and Psychological Disorder Among Young Offenders in Custody." *J Correct Health Care* 21(3): 243–254.
17. Pane, H. T., et al. (2015). "Patterns of maltreatment and diagnosis across levels of care in group homes." *Child Abuse Negl* 42: 72–83.
18. Schmid, M., et al. (2008). "Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions." *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2.
19. Ståhlberg, O., et al. (2010). "Mental health problems in youths committed to juvenile institutions: prevalences and treatment needs." *European Child & Adolescent Psychiatry* 19(12): 893–903.
20. Teplin, L.A., et al (2012) "Prevalence and persistence of psychiatric disorders in youth after detention: a prospective longitudinal study." *Arch Gen Psychiatry* 69(10): 1031–1043.
21. Socialstyrelsen (2014) "Förskrivning av psykofarmaka till placerade barn och unga."

Tabell 7 Beskrivning av studier som ingår i litteratursammanställningen

Referens	Land	Institutionstyp ³⁷	n	Medelålder	Andel pojkar	Undersökningsmetod (se förklaringar sid. 77)
Abram [1]	USA	Juvenile	1 829	14.9	64 %	DISC
Abrantes [2]	USA	Juvenile	252	16.3	87 %	PADDI
Aida [3]	Malaysia	Juvenile	109	16.7	97 %	M.I.N.I.
Anckarsäter [4]	Sverige	Residential + juvenile	130	16.2	81 %	Klinisk läkarbedömning, checklistor DSM, ASDI, WISC, WAIS
Anoshiravani [5]	USA	Juvenile	11 367	16.1	63 %	Registerdata
Bronsard [6]	Frankrike	Residential	183	15.3	57 %	DISC
Colins [7]	Olika länder	Juvenile	3 401	15-17	100 %	Systematisk översikt. 15 primärstudier. Olika diagnostiska metoder
Fazel [8]	Olika länder	Juvenile	16 750	15.6	82 %	Systematisk översikt. 25 primärstudier. Olika diagnostiska metoder samt kliniska bedömningar
Ford [9]	UK	Residential	279	13.6	66 %	DAWBA
Gisin [10]	Schweiz	Juvenile	118	16.5	72 %	Registerdata
Izquierdo [11]	USA	Juvenile	250	15	78 %	C-DISC
Jozefiak [12]	Norge	Residential	400	16.7	43 %	CAPA, ASDI
Kim [13]	Sydkorea	Juvenile	173	17.5	100 %	M.I.N.I., K-SADS
King [14]	USA	Juvenile	1 735	14.8	63 %	DISC
Ludke [15]	Schweiz	Residential + juvenile	397	16	66 %	K-SADS
Moore [16]	Australien	Juvenile	313	15-24	88 %	K-SADS, WAIS, WISC
Pane [17]	USA	Residential	523	14.7	51 %	Registerdata
Schmid [18]	Schweiz	Residential	464	14	70 %	DISYPS
Ståhlberg [19]	Sverige	Residential + juvenile	100	16	92 %	Klinisk läkarbedömning och checklistor för DSM. WAIS, WISC, A-TAC, TCI, Becks ungdomsskalor, PCL-R, YPI, YSR
Teplin [20] ³⁸	USA	Juvenile	1 829	14.9	64 %	DISC

³⁷ I anglosaxiska länder m.fl. som har särskilda rättsväsenden för barn ges institutionsvård av ungdomar både inom motsvarande kriminalvården (juvenile care) och motsvarande socialtjänsten (residential care).

³⁸ I artikeln redovisas prevalenser från olika mätillfällen. I denna litteratursammanställning används bara baslinjedata.

Förklaringar tabell 7

ASDI = Autism Spectrum Diagnostic Interview

A-TAC = Autism-Tics, ADHD and other Comorbidities inventory

CAPA = Child and Adolescent Psychiatric Assessment

DAWBA = Development and Well-Being Assessment

DISC = Diagnostic Interview Schedule for Children (C-DISC = computerized DISC)

DISYPS = Diagnostik-System für psychische Störungen nach ICD-10 und DSM-IV für Kinder und Jugendliche

ICPC = International Classification of Primary Care

K-SADS = Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia

M.I.N.I. = Mini International Neuropsychiatric Interview

PADDI = Practical Adolescent Dual Diagnosis Interview

PCL-R = Psychopathy Checklist- Revised

TCI = Temperament and Character Inventory

TSC-C = Trauma Symptom Checklist Children

WAIS = Wechsler Adult Intelligence Scale

WISC = Wechsler Intelligence Scale for Children

YPI = Youth Psychopathic Inventory

YSR = Youth Self-Report

Bilaga 3. Gällande rätt

Socialtjänstens ansvar

Varje kommun svarar för socialtjänsten inom sitt område, och har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver.¹

Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. De ska behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling.² Det är vårdnadshavaren som ansvarar för barnets personliga förhållanden och för att se till att barnets grundläggande behov blir tillgodosedda.³

Vid behov ska samhället stödja och komplettera vårdnadshavarna i deras uppgift att ge barnen goda uppväxtvillkor. Socialnämnden ska verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden och i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och unga.⁴ Om ett barn eller en ungdom behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna ska socialnämnden se till att barnet eller ungdomen tas emot i ett familjehem, i ett HVB eller i ett stödboende för barn och unga i åldern 16–20 år (stödboende). Socialnämnden ansvarar för att placerade barn och unga får god vård.⁵

Frivillig social barn- och ungdomsvård

Den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt.⁶ Begreppet ”livsföring i övrigt” avser alla de olika behov som den enskilde kan ha för att tillförsäkras en skälig levnadsnivå och kan till exempel innebära beredande av vård i familjehem, i hem för vård eller boende eller i stödboende.

En ansökan om bistånd görs av vårdnadshavaren eller av barnet själv, om det har fyllt 15 år.⁷

Social barn- och ungdomsvård utan samtycke

Om vårdnadshavaren eller barnet, när det har fyllt 15 år, inte samtycker till den vård som socialnämnden anser att barnet eller den unge behöver kan det bli aktuellt med vård med stöd av LVU.

Enligt 2 § LVU ska vård beslutas om det på grund av fysisk eller psykisk misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas.

¹ Se 2 kap. 1 § SoL.

² Se 6 kap. 1 § föräldrabalken (FB).

³ Se 6 kap. 2 § FB.

⁴ Se 5 kap. 1 § SoL.

⁵ Se 6 kap. 1 § SoL.

⁶ Se 4 kap. 1 § SoL.

⁷ Se 6 kap. FB och 11 kap. 10 § SoL.

Av 3 § LVU framgår att vård även ska beslutas om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

Det är förvaltningsrätten som beslutar om vård med stöd av LVU efter ansökan av socialnämnden. I ansökan ska socialnämnden bl.a. redogöra för den vård som nämnden avser att anordna.⁸

Om det är sannolikt att barnet eller den unge behöver beredas vård med stöd av LVU och rättens beslut om vård inte kan avvaktas bland annat med hänsyn till risken för barnets eller den unges hälsa eller utveckling får socialnämnden besluta att barnet eller den unge ska omhändertas omedelbart.⁹ I dessa fall prövar förvaltningsrätten i efterhand om socialnämndens beslut om omhändertagande ska fastställas eller inte.¹⁰

Åldersgränser vid vård utan samtycke

Vård enligt LVU kan beredas den som är under 18 år, om någon av de situationer som anges i 2 eller 3 §§ LVU föreligger och det kan antas att behövlig vård inte kan ges den unge med samtycke av den eller dem som har vårdnaden om honom eller henne och, när den unge har fyllt 15 år, av honom eller henne själv.

Vård med stöd av 3 § LVU får även beredas den som har fyllt 18 men inte 20 år, om sådan vård med hänsyn till den unges behov och personliga förhållanden i övrigt är lämpligare än någon annan vård och det kan antas att behövlig vård inte kan ges med den unges samtycke.¹¹

Vård som har beslutats med stöd av 2 § LVU ska upphöra senast när den unge fyller 18 år. Vård som har beslutats med stöd av 3 § LVU ska upphöra senast när den unge fyller 21 år.¹²

Planer för vården och uppdrag till HVB

Innan placeringen gör socialnämnden en så kallad vårdplan.¹³ Det övergripande syftet med vårdplanen är att tydliggöra mål och medel utifrån det enskilda barnets behov. Vårdplanen beskriver om det enskilda barnet har flera olika behov, till exempel när det gäller fysisk och psykisk hälsa. I de fall barnets problembild är komplex krävs ofta samarbete mellan barnets vårdnadshavare, socialtjänsten och andra huvudmän.¹⁴

I samband med att placeringen påbörjas gör socialnämnden också en så kallad genomförandeplan i samråd med barnet eller den unge, vårdnadshavare eller god man och personalen i verksamheten. En genomförandeplan tydliggör ansvar och roller mellan den som ger vården, vårdnadshavaren, socialtjänsten och eventuellt andra verksamheter. Uppföljningen av olika insatser underlättas av att det finns en plan som underlag för samtal om hur målen

⁸ Se 4 § LVU.

⁹ Se 6 § LVU.

¹⁰ Se 7 och 8 §§ LVU.

¹¹ Se 1 § LVU.

¹² Se 21 § LVU.

¹³ Se 11 kap. 3 § första stycket SoL, se även 5 kap. 1 a § första stycket SoF.

¹⁴ Se prop. 2000/01:80 s. 104 f.

för vården ska uppnås.¹⁵ Av genomförandeplanen ska det framgå vilka åtgärder som planeras för att barnet eller den unge ska få lämplig utbildning i förskola eller skola, ska få sina behov av hälso- och sjukvård och tandvård tillgodosedda och vid behov ska få stöd i umgänget med föräldrar, syskon och andra närstående.¹⁶

Nämndens uppdrag till en utförare ska dokumenteras och innehålla uppgifter om bland annat vilken bedömning som nämnden har gjort av den enskildes behov, vad som ingår i uppdraget, vilket eller vilka mål som gäller för insatsen och former för uppföljning i det enskilda fallet.¹⁷

Behov av hälso- och sjukvård hos barn och unga i HVB

Socialnämnden ska i fråga om de barn som vårdas i ett HVB medverka till att de får god vård och fostran och i övrigt gynnsamma uppväxtförhållanden, verka för att de får lämplig utbildning, verka för att de får den hälso- och sjukvård som de behöver samt lämna vårdnadshavarna och föräldrarna råd, stöd och annan hjälp som de behöver.¹⁸

I förarbetena betonas att det är landstinget som har ansvaret för hälso- och sjukvården. Socialtjänsten ska verka för att placerade barn och unga får sina behov av hälso- och sjukvård tillgodosedda enligt den lagstiftning som reglerar detta område. Det betyder att socialnämnden och den som vårdar barnet, i likhet med föräldrar i allmänhet, ska vara aktiva för att få till stånd undersökningar, insatser och behandlingar som barnet eller den unge kan vara i behov av. Det hänvisas även till bestämmelserna om samverkan, individuella planer och till socialnämndens ansvar för att samverkan kommer till stånd. Vidare understryks betydelsen av att socialtjänsten följer upp att placerade barn och unga får tandvård enligt tandvårdslagen.¹⁹

Att kommunen, genom socialtjänsten, har det yttersta ansvaret för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver innebär ingen inskränkning i det ansvar som åvilar andra huvudmän, såsom landstingens skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård.²⁰

Sekretess inom social barn- och ungdomsvård

Sekretess gäller inom socialtjänsten för uppgift om en enskilds personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.²¹

Regleringen i OSL bygger på att man i varje enskild situation gör en bedömning av om uppgifter kan lämnas ut över en sekretessgräns. För att sekretessbelagda uppgifter ska kunna lämnas ut krävs någon av följande förutsättningar:

¹⁵ Se prop. 2006/07:129 s. 49.

¹⁶ Se 7 kap. 3 § SOSFS 2012:11.

¹⁷ Se 5 kap. 22 § SOSFS 2014:5.

¹⁸ Se 6 kap. 7 § SoL.

¹⁹ Se prop. 2012/13:10 s. 81.

²⁰ Se 2 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL.

²¹ Se 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.

- att en *menprövning* möjliggör utlämnande.²² En menprövning innebär att man tar ställning till om det står klart att uppgifterna kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående lider men.
- att *den enskilde samtycker* till utlämnandet. Sekretess till skydd för en enskild gäller som huvudregel inte i förhållande till den enskilde själv.²³ Som enskild kan man samtycka till att en sekretessbelagd uppgift lämnas ut om inte annat anges i OSL.²⁴ För uppgifter om barn kan det beroende på barnets ålder och mognad krävas samtycke av barnets vårdnadshavare, ibland tillsammans med barnet.²⁵
- att det föreligger *nöd* när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt intresse som är skyddat av rättsordningen²⁶ eller
- att det finns en tillämplig *sekretessbrytande bestämmelse*.

Sekretess hindrar till exempel inte att en uppgift lämnas till en enskild eller till en annan myndighet, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet²⁷ eller om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning.²⁸ Sekretessen hindrar inte heller att uppgift om en enskild eller någon närstående till denne lämnas från en myndighet inom socialtjänsten till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom hälso- och sjukvården, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne inte har fyllt arton år, fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Detsamma gäller uppgift om en gravid person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.²⁹

Sekretess mellan olika verksamhetsgrenar

Vad som föreskrivs i OSL om sekretess mot andra myndigheter, om uppgiftslämnande till andra myndigheter och överföring av sekretess mellan myndigheter, gäller också mellan olika verksamhetsgrenar inom en myndighet när de är att betrakta som självständiga i förhållande till varandra.³⁰

Inre sekretess

Uppgifter får bara lämnas mellan personal i den utsträckning som är normal eller behövlig för ärendets handläggning eller för verksamhetens bedrivande i övrigt.³¹ Dokumenterade personuppgifter ska förvaras så att ingen obehörig får tillgång till dem.³² Med obehörig avses alla som inte har legitim anledning att ta del av handlingen i sin tjänsteutövning.³³

²² Se 26 kap. 1 § OSL.

²³ Se 12 kap. 1 § OSL.

²⁴ Se 12 kap. 2 § första stycket OSL.

²⁵ Se 12 kap. 2 och 3 §§ OSL.

²⁶ Se 24 kap. 4 § brottsbalken.

²⁷ Se 10 kap. 2 § OSL.

²⁸ Se 10 kap. 28 §.

²⁹ Se 26 kap. 9 § OSL.

³⁰ Se 8 kap. 2 § OSL.

³¹ Se SOU 2003:99 s. 260.

³² Se 11 kap. 5 § andra stycket SoL.

³³ Se prop. 1979/80:1 s. 563.

Hälso- och sjukvård

Med hälso- och sjukvård avses i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador.³⁴ Hälso- och sjukvård kan ges som sluten eller öppen vård. Med sluten vård avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen på en vårdinrättning. Öppen vård är annan hälso- och sjukvård än sluten.³⁵ Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att en god vård ska kunna ges.³⁶

Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av patientlagen (2014:821) eller någon annan lag.³⁷ Sådana lagar är LPT och LRV, som under vissa förutsättningar tillåter att vård ges utan patientens samtycke.

För all hälso- och sjukvård gäller att det är den som har det största behovet av hälso- och sjukvård som ska ges företräde till vården.³⁸ Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig.³⁹ Med lätt tillgänglig avses främst de geografiska förhållandena, men även exempelvis vårdmottagningarnas öppethållandetider, jourtjänstgöringen och förekomsten av köer inom hälso- och sjukvården.⁴⁰ Patienten ska, om det inte är obehövt, snarast få en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.⁴¹ När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.⁴²

Erbjudande av hälso- och sjukvård

Landstingens ansvar

Landstingen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget. I vissa fall ska landstinget även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som inte är bosatta inom landstinget. Det gäller för vissa personer som har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt EU-förordning och vissa personer som studerar i ett annat land. När det gäller öppen vård ska ett landsting erbjuda sådan vård åt en person som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Landsting får också erbjuda hälso- och sjukvård åt personer som omfattas av ett annat landstings ansvar om landstingen kommer överens om det eller om det är frågan om nationell högspecialiserad vård.⁴³

Om någon vistas inom landstinget utan att vara bosatt där ska landstinget erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård.⁴⁴ Landstinget ska också erbjuda vuxna asylsökande och utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventiv-

³⁴ Se 2 kap. 1 § HSL, i begreppet hälso- och sjukvård ingår även sjuktransporter och omhändertagande av avlidna.

³⁵ Se 2 kap. 4 och 5 §§ HSL.

³⁶ Se 5 kap. 2 § HSL.

³⁷ Se 4 kap. 2 § patientlagen (2014:821), PL.

³⁸ Se 3 kap. 1 § HSL.

³⁹ Se 2 kap. 1 § PL.

⁴⁰ Se prop. 1981/82:97, Hälso- och sjukvårdslag m.m., s. 117.

⁴¹ Se 2 kap. 2 §§ PL.

⁴² Se 5 kap. 6 § HSL.

⁴³ Se 8 kap. 1–3 och 5 §§ HSL.

⁴⁴ Se 8 kap. 4 § HSL.

medelsrådgivning. Barn som är asylsökande eller vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd ska erbjudas vård i samma omfattning som erbjuds den som är bosatt inom landstinget. Ett landsting ska också, om det inte är uppenbart obehövt, erbjuda asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd en hälsoundersökning.⁴⁵ Landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvara för enligt HSL.⁴⁶

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt.⁴⁷

Kommunens ansvar

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som, efter beslut av kommunen, bor i särskilt boende för äldre eller för personer med funktionshinder. Kommunen ska också erbjuda hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamhet.⁴⁸ Kommunen får erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) i ordinärt boende. Kommunens hälso- och sjukvård omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare.⁴⁹ Landstingen ska till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att den enskilde ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård.⁵⁰ Kommuner får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som kommunen ansvara för enligt HSL.⁵¹

Av kommunallagen (2017:725) och speciallagstiftning framgår vilka uppgifter en kommun får utföra, dvs. den kommunala kompetensen. Kommuner får exempelvis inte ha hand om sådana uppgifter som enbart staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan ska ha hand om.⁵²

Riksavtal för utomlänsvård

För så kallad utomlänsvård finns ett riksavtal om vad som gäller när en person får vård utanför sitt hemlandsting. SKL:s styrelse har rekommenderat landstingen och regionerna att godkänna och tillämpa avtalet. Riksavtalet har godkänts av samtliga landsting.⁵³ Avtalet innehåller bland annat bestämmelser om vård av patienter som vistas inom vårdlandstinget till följd av vård som ges med stöd av vissa uppräknade lagar, bland annat LVM, LVU och SoL. Dessa bestämmelser innebär i korthet en skyldighet för vårdlandstinget, dvs. det landsting där patienten befinner sig, att erbjuda såväl omedelbar som icke omedelbar vård. Patienten ska inte skickas hem för vård till sitt hemlandsting och vårdlandstinget behöver inte ta någon kontakt med hemlandstinget när patienten vårdas. Det är vårdlandstinget som i dessa fall bedömer

⁴⁵ Se 5 och 6 §§ lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. samt 6, 7 och 10 §§ lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd. Se även Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:11) om hälsoundersökningar av asylsökande m.fl..

⁴⁶ Se 15 kap. 1 § HSL.

⁴⁷ Se 7 kap. 3 § HSL.

⁴⁸ Se 12 kap. 1 § HSL.

⁴⁹ Se 12 kap. 1–3 §§ HSL.

⁵⁰ Se 12 kap. 3 § och 16 kap. 1 § HSL.

⁵¹ Se 15 kap. 1 § HSL.

⁵² Se 2 kap. 2 och 9 §§ kommunallagen.

⁵³ Se SKL, Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer, med giltighet fr.o.m. den 1 januari 2015, sid 12.

patientens behov av vård och hemlandstinget har att acceptera denna bedömning. I sådana fall gäller också vårdlandstingets remissregler inom öppenvården. Patientens hemlandsting har betalningsansvaret och ska ersätta vårdlandstinget för sina kostnader i enlighet med riksavtalet.⁵⁴

Psykiatrisk tvångsvård

Psykiatrisk tvångsvård får ges under de förutsättningar som anges LPT. Vården kan ges som sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård, den inleds dock alltid som sluten vård.⁵⁵

Sluten psykiatrisk tvångsvård kan endast ges till en person som lider av en allvarlig psykisk störning. Det krävs vidare att personen på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Vid bedömning av vårdbehovet ska det beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. För att tvångsvård ska kunna ges krävs även att patienten motsätter sig sådan vård, eller att det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.⁵⁶

Öppen psykiatrisk tvångsvård kan ges då patienten inte längre har behov av dygnetruntvård, men behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård.⁵⁷ De särskilda villkoren får bland annat avse skyldighet att underkasta sig medicinerings eller annan vård eller behandling, skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka vårdcentral eller anlita socialtjänsten.⁵⁸ Då en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård ges in till förvaltningsrätten ska det bifogas en samordnad vårdplan.⁵⁹ En sådan vårdplan ska bland annat innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser från landstingets hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård.⁶⁰

Beslut om intagning för vård enligt LPT fattas av en chefsöverläkare utifrån ett vårdintyg som har utfärdats av en annan läkare.⁶¹ Om chefsöverläkaren anser att patienten bör ges tvångsvård i mer än fyra veckor ska han eller hon ge in en ansökan om medgivande till fortsatt vård till förvaltningsrätten.⁶² Om ett sådant medgivande ges får tvångsvården pågå under högst fyra månader, därefter får rätten lämna medgivande att vården fortsätter under högst sex månader åt gången.⁶³

Vård enligt LPT ska ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av ett landsting eller en kommun som inte ingår i ett landsting.⁶⁴ I förarbetena till LPT angavs att det måste ställas särskilda krav på vårdens kvalitet när en patient

⁵⁴ Se Riksavtalet för utomlänsvård, sid 15.

⁵⁵ Se 2 § LPT.

⁵⁶ Se 3 § LPT.

⁵⁷ Se 3 § LPT.

⁵⁸ Se 26 § LPT.

⁵⁹ Se 7 § LPT.

⁶⁰ Se 7 a § LPT.

⁶¹ Se 4 § och 6 b § LPT.

⁶² Se 7 § LPT.

⁶³ Se 8 och 9 §§ LPT.

⁶⁴ Se 15 § LPT.

vårdas med tvång. Regeringen menade att tvångsvård i första hand borde ges på ett sjukhus där den psykiatriska vården är samlokaliserad med somatisk vård.⁶⁵ Av LPT framgår att regeringen, om det finns synnerliga skäl, får bestämma att psykiatrisk tvångsvård även får ges på en vårdinrättning som bedrivs av annan än ett landsting eller en kommun som inte ingår i ett landsting.⁶⁶

Tvångsåtgärder får under vissa förutsättningar användas gentemot en patient som ges sluten psykiatrisk tvångsvård.⁶⁷

Sekretess inom hälso- och sjukvården

Inom den offentliga hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.⁶⁸ En uppgift som omfattas av sekretess får som huvudregel inte röjas för enskilda eller för andra myndigheter.⁶⁹ Sekretessen gäller också mellan olika verksamhetsgrenar inom en myndighet, om de är självständiga i förhållande till varandra.⁷⁰

Sekretesskyddade uppgifter kan dock lämnas ut om den uppgifterna gäller ger sitt samtycke. För uppgifter om barn kan det beroende på barnets ålder och mognad krävas samtycke av barnets vårdnadshavare, ibland tillsammans med barnet.⁷¹ Om den uppgifterna gäller inte ger sitt samtycke finns vissa sekretessbrytande bestämmelser som medför att hälso- och sjukvården ändå kan lämna ut uppgifter som omfattas av hälso- och sjukvårdssekretess.

Sekretessen hindrar exempelvis inte att uppgifter lämnas från en myndighet som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården i ett landsting till en annan sådan myndighet i samma landsting.⁷² Denna bestämmelse gör att ett landsting fritt kan välja sin organisation utan att ta hänsyn till att sekretess i princip råder mellan myndigheter.

Sekretessen hindrar inte heller att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan sådan myndighet eller till en myndighet inom socialtjänsten, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne inte har fyllt arton år. Samma sak gäller om den enskilde fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel eller vårdas med stöd av LPT eller LRV.⁷³ Av förarbetena framgår att syftet med bestämmelsen är att möjliggöra för vårdmyndigheter att i undantagsfall kunna utbyta uppgifter med varandra för att kunna bistå en underårig eller en missbrukare, trots att samtycke till uppgiftslämnandet inte har kunnat inhämtas.

⁶⁵ Se prop. 1990:91:58, om psykiatrisk tvångsvård m.m., s. 129 och 255.

⁶⁶ Se 15 § LPT och 4 kap. 10 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

⁶⁷ Se 18–23 §§ LPT och 39 § LPT.

⁶⁸ Se 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL.

⁶⁹ Se 8 kap. 1 § OSL.

⁷⁰ Se 8 kap. 2 § OSL.

⁷¹ Se 12 kap. 2 och 3 §§ OSL.

⁷² Se 25 kap. 11 § 2 OSL.

⁷³ Se 25 kap. 12 § OSL.

Det framgår också att undantaget måste användas med urskillning och varsamhet.⁷⁴

En annan sekretessbrytande bestämmelse gäller för uppgifter som lämnas till en enskild eller till en annan myndighet, om det är nödvändigt för att den utlämnande myndigheten ska kunna fullgöra sin verksamhet.⁷⁵ Vidare hindrar sekretessen inte att en uppgift lämnas till en annan myndighet, om uppgiftsskyldighet följer av lag eller förordning.⁷⁶ Ett sådant exempel är hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa.⁷⁷

Sekretessen hindrar inte heller att uppgifter lämnas till en annan vårdgivare under de förutsättningar som anges i patientdatalagen (2008:355) om sammanhållen journalföring.⁷⁸

Inom den enskilda hälso- och sjukvården gäller inte OSL, utan bestämmelserna om tystnadsplikt i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.⁷⁹ Tystnadsplikten innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen inte obehörigen får röja vad de i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. I förarbetena har det framförts att det vid tolkningen av obehörighetsrekvisitet ter sig naturligt att söka viss ledning i det skaderekvisit som finns i sekretesslagens motsvarande bestämmelser.⁸⁰

Samverkan m.m.

Samlad individuell plan

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.⁸¹ Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.⁸²

En samlad individuell plan ska också upprättas om en patient efter utskrivning från sluten vård behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.⁸³

⁷⁴ Se prop. 1990/91:111, om sekretess inom och mellan myndigheter på vårdområdet m.m., sid 17.

⁷⁵ Se 10 kap. 2 § OSL.

⁷⁶ Se 10 kap. 28 § OSL.

⁷⁷ Se 14 kap. 1 § SoL.

⁷⁸ Se 25 kap. 11 § 3 OSL.

⁷⁹ Se 6 kap. 12-16 §§ PSL.

⁸⁰ Se prop. 1980/81:28, Om följdagstiftning till den nya sekretesslagen i fråga om hälso- och sjukvården samt den allmänna försäkringen, sid 23, samt prop. 1981/82:186, om ändring i sekretesslagen m.m., sid 26.

⁸¹ Se 16 kap. 4 § HSL. En motsvarighet till denna bestämmelse finns för socialtjänsten i 2 kap. 7 § SoL.

⁸² Se 16 kap. 4 § HSL.

⁸³ Se 4 kap. 1 § lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Överenskommelse om samarbete för placerade barn och unga

Landsting och kommuner har en lagstadgad skyldighet att ingå överenskommelser om samarbete i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.⁸⁴ Med vård utanför det egna hemmet avses alla barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet med stöd av SoL eller LVU.⁸⁵

I förarbetena anges att överenskommelserna ska bidra till att klargöra formerna för hur flickors, pojkars, unga kvinnors och unga mäns behov av integrerade insatser ska tillgodoses och klargöra ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Det framförs vidare att överenskommelserna ska utgå ifrån barnens och de ungas behov och syfta till att identifiera de områden där det är nödvändigt med ett gemensamt ansvar för vård- och stödinsatser. Som exempel anges frågor om gemensamma mål, ansvarsfördelning och övergripande rutiner för samarbete. Det tydliggörs att överenskommelsen bör avse samverkan och ansvarsfördelning såväl inför en placering som under genomförandet av vården och inför att vården ska avslutas. Vidare framförs att det är angeläget att frågor om samarbetet mellan SiS och hälso- och sjukvården uppmärksammas i arbetet med överenskommelserna.⁸⁶

Hälsoundersökningar av placerade barn och unga

Landstinget ska på initiativ av socialnämnden erbjuda en hälsoundersökning i anslutning till att vård utanför det egna hemmet inleds för ett barn eller en ung person i åldern 18–20 år.⁸⁷ Socialnämnden ska, om det inte är obehövt, underrätta landstinget då barn eller unga ska erbjudas en sådan hälsoundersökning.⁸⁸ Dessa skyldigheter gäller sedan den 15 april 2017.

Av förarbetena framgår att hälsoundersökningen bör omfatta en kartläggning av tidigare hälsoundersökningar och vaccinationer, samt de undersökningar och samtal som i övrigt behövs för en medicinsk bedömning av barnets eller den unges behov av hälso- och sjukvård och tandvård. Syftet anges vara att hälsoundersökningen ska ge underlag för en medicinsk bedömning av den enskilda flickans, pojkens, den unga kvinnans eller den unga mannens behov av hälso- och sjukvård och tandvård. Bedömningen kan föranleda fortsatta kontakter för barnet med hälso- och sjukvården eller tandvården. Det anges vidare att den medicinska bedömningen, som hälsoundersökningen ska leda fram till, således kan användas både för socialnämndens planering av vården och för hälso- och sjukvårdens fortsatta kontakter med barnet.

⁸⁴ Se 16 kap. 3 § HSL och 5 kap. 1 d § SoL.

⁸⁵ Se prop. 2016/17:59, Trygg och säker vård för barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet, s. 25.

⁸⁶ Se prop. 2016/17:59, s. 26–27.

⁸⁷ Se 1 § § lagen (2017:209) om hälsoundersökningar av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.

⁸⁸ Se 11 kap. 3 a § SoL.

HVB

Föreståndare och övrig personal

Vid varje HVB ska det finnas en person med lämplig utbildning som förestår verksamheten.⁸⁹ Föreståndaren ska ha den sammantagna kompetens som behövs för att kunna leda, utveckla och följa upp verksamheten.⁹⁰ Den som bedriver verksamhet i form av hem för vård eller boende bör särskilt beakta behovet av samverkan för att säkerställa att den person som är placerad där får sina behov av hälso- och sjukvård och tandvård, skolgång, sysselsättning och fritidsaktiviteter tillgodosedda.⁹¹

Det ska också finnas sådan personal som i övrigt behövs för en ändamålsenlig verksamhet vid HVB.⁹² Den övriga personalen ska ha den utbildning, den erfarenhet och den personliga lämplighet som behövs för att kunna utföra sina arbetsuppgifter. Personal som ger behandling enligt en viss metod ska även ha en relevant utbildning för den. Personalens sammantagna kompetens vad gäller utbildning och erfarenhet ska ge förutsättningar för att möta de behov av vård som målgruppen har, och säkerställa en trygg och säker vård.

Inskrivning i HVB

Om socialnämnden har beslutat att den unge ska vistas i särskilt ungdomshem ska SiS anvisa plats och besluta om inskrivning i ett sådant hem.⁹³

Inskrivning i övriga HVB och i ett stödboende sker efter ansökan. Föreståndaren beslutar om inskrivning, om inte huvudmannen har bestämt annorlunda. Har huvudmannen bestämt en annan ordning för inskrivningen ska denne meddela IVO vad som gäller. Vid inskrivningsbeslutet ska det särskilt kontrolleras att hemmet eller boendet är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt.⁹⁴

Tillgång till hälso- och sjukvård

Ett enskilt HVB kan bedriva hälso- och sjukvård. Verksamheten är då vårdgivare och ska följa hälso- och sjukvårdens regelverk, såsom HSL, PSL och patientdatalagen (2008:355), PDL. I annat fall är det landstinget som bedriver hälso- och sjukvård för barn och unga i HVB.

Under vistelse i ett sådant hem som avses i 12 § LVU (särskilt ungdomshem) ska skolpliktiga barn, som inte lämpligen kan fullgöra sin skolplikt på annat sätt, fullgöra den genom att delta i utbildning vid hemmet.

Vid SiS särskilda ungdomshem ska det erbjudas utbildning och elevhälsa.⁹⁵

⁸⁹ Se 5 § SoF.

⁹⁰ Se 5 kap. 1 HSLF-FS 2016:55.

⁹¹ Se allmänna råd till 2 kap. 2 § HSLF-FS 2016:55.

⁹² Se 5 § SoF.

⁹³ Se 3 kap. 10 § SoF.

⁹⁴ Se 3 kap. 11 § SoF.

⁹⁵ Se 24 kap. 8 och 9 §§ skollagen (2010:800).

Egenvård

Egenvård är inte hälso- och sjukvård enligt HSL, men förutsätter en bedömning av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård definieras egenvård som en hälso- och sjukvårdsåtgärd som legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bedömt att en patient själv kan utföra.⁹⁶

När ett barn eller en ung person, som tidigare själv eller med hjälp av förälder har haft hand om sin medicinering som egenvård, skrivs in på ett HVB ska den legitimerade yrkesutövaren göra en ny bedömning eftersom förutsättningarna har ändrats. För att hälso- och sjukvården ska få kännedom om placeringen behöver socialtjänsten informera den som bedömt att läkemedelsbehandlingen kan utföras som egenvård.⁹⁷

Det är viktigt att exempelvis ett HVB har bra rutiner och arbetssätt för hur personalen på ett säkert sätt hjälper barn och vuxna med egenvård. Om en person behöver hjälp med sin egenvård och det inte finns en aktuell egenvårdsbedömning, kan verksamheten tillsammans med den enskilde kontakta den som har gjort egenvårdsbedömningen för att få en ny bedömning och planering. Personalen kan behöva ha kunskap om vad man ska vara uppmärksam på med en individs sjukdom, symtom och biverkningar.⁹⁸ Av hälso- och sjukvårdspersonalens dokumentation av planeringen av egenvården ska det bland annat framgå vem som ska kontaktas om patientens situation förändras.⁹⁹

Verksamheterna ska dokumentera om man hjälper till med egenvården och följa reglerna för dokumentation. Genomförandeplanen bör beskriva hur verksamheten praktiskt genomför egenvården.¹⁰⁰

Särskilda regler om tvångsåtgärder inom social barn- och ungdomsvård

Vid de särskilda ungdomshemmen har SiS möjlighet att använda vissa tvångsåtgärder, så kallade särskilda befogenheter. De särskilda befogenheterna är

- Begränsning av rörelsefrihet (15 § LVU)
- Begränsning av telefonsamtal och besök (15 a § LVU)
- Vård på låsbar enhet och vård i enskildhet (15 b § LVU)
- Hållas i avskildhet (15 c § LVU)
- Omhändertagande av egendom (16 § LVU)
- Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning (17 § LVU)
- Skyldighet att lämna urinprov m.m. (17 a § LVU)
- LVU Brevgranskning (19 § LVU)
- Förstörande av egendom (20 § LVU)

⁹⁶ Se 2 kap. 1 § SOSFS 2009:6.

⁹⁷ Se 4 kap. 10 § SOSFS 2009:6 samt Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av egenvård. Meddelandeblad nr 6/2013, s 7.

⁹⁸ Se Meddelandeblad nr 6/2013, s 5–6.

⁹⁹ Se 5 kap. 4 § SOSFS 2009:6.

¹⁰⁰ Se Meddelandeblad nr 6/2013, s 6.

Bestämmelserna om omhändertagande av egendom, kroppsvisitation och yttlig kroppsbesiktning gäller för alla som vårdas i ett hem för särskilt noggrann tillsyn, även de som vårdas med stöd av SoL eller med stöd av 2 § LVU, om det är nödvändigt för att genomföra vården och upprätthålla ordningen vid hemmet och regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, SiS medger det.¹⁰¹ De övriga särskilda befogenheterna får endast användas om den unge vårdas på någon grund som anges i 3 § LVU (eget beteende).

Tvångsåtgärder enligt 15–15 c §§ och 17–19 §§ får, enligt proportionalitetsprincipen, användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga, ska de användas.¹⁰²

Särskilda regler om tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal för SiS särskilda ungdomshem

För SiS särskilda ungdomshem gäller särskilda bestämmelser om tillgång till viss hälso- och sjukvårdspersonal.

SiS är skolhuvudman och erbjuder alla ungdomar som är inskrivna på ett ungdomshem undervisning i de ämnen som skollagen ger rätt till samt elevhälsa med medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande och ha tillgång till skolläkare, skolsköterska, psykolog och kurator. Det ska också finnas tillgång till personal med sådan kompetens att eleverna kan få sina behov av specialpedagogiska insatser tillgodosedda.¹⁰³ Varje elev ska ha rätt till hälsobesök som innefattar allmänna hälsokontroller.¹⁰⁴ Eleverna får vid behov anlita elevhälsan för enkla sjukvårdsinsatser.¹⁰⁵ Det sistnämnda ger en möjlighet för eleverna att anlita elevhälsan för enkla sjukvårdsinsatser som till exempel omplåstring eller preliminära bedömningar vid smärre olyckor under utbildningsmoment.¹⁰⁶

Utöver det ska SiS särskilda ungdomshem ha tillgång till läkare. En sådan läkare bör ha specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri eller allmän psykiatri. Hem som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel bör ha tillgång till läkare med särskilda kunskaper som är lämpade för denna verksamhet. Dessutom bör särskilda ungdomshem ha tillgång till psykologisk expertis.¹⁰⁷

Om det finns särskilda skäl för det, får SiS genom avtal uppdra åt ett landsting eller en kommun att inrätta och driva ett särskilt ungdomshem.¹⁰⁸ Av förarbetena framgår att bestämmelsen är avsedd att tillämpas restriktivt. I normalfallet bör staten själv driva verksamheten. Särskilda skäl kan föreligga till exempel då en institution är samlokaliserad med andra verksamheter och

¹⁰¹ Se 18 § LVU.

¹⁰² Se 20 a § LVU.

¹⁰³ Se 2 kap. 25 § skollagen.

¹⁰⁴ Se 2 kap. 27 § skollagen.

¹⁰⁵ Se 2 kap. 28 § skollagen.

¹⁰⁶ Se prop. 2009/10:165, s. 658.

¹⁰⁷ Se kap. 6 § SoF.

¹⁰⁸ Se 6 kap. 3 § andra stycket SoL.

där det är naturligt att samma huvudman ansvarar för driften av båda verksamheterna. Om uppdrag lämnas till en kommun eller ett landsting att driva ett visst hem har staten fortfarande ett övergripande ansvar för vården.¹⁰⁹

¹⁰⁹ Se prop. 1992/93:61 s. 17 och 39.

Bilaga 4. Utvecklingsarbete och erfarenheter i Norge

I Norge har behovet av samverkan mellan och integrerad vård från barnevernet och barn- och ungdomspsykiatri diskuterats i flera år. I massmedier och politisk debatt blev uppmärksamheten stor kring brister i samverkan mellan barnevernet och hälso- och sjukvården i stödet till en placerad flicka, som själv berättade om sina erfarenheter i en lång tidningsintervju 2016 [1, 2]. Flera insatser har också genomförts och föreslagits på nationell nivå som rör samverkan och integrering mellan social institutionsvård och hälso- och sjukvård vid psykisk ohälsa.

Genomförda och planerade insatser på nationell nivå

Sedan några år arbetar de statliga myndigheterna Barne-, ungdoms og familiendirektoratet (Bufdir) och Helsedirektoratet med det gemensamma målet att säkerställa nödvändiga insatser för omsorg och hälsa i rätt tid för barn och unga med behov av stöd från både barnevernet och hälso- och sjukvården.

På alla institutioner för placerade barn och unga har det införts en funktion som hälsoansvarig. Riktlinjer för de hälsoansvarigas arbete har tagits fram på nationell nivå. De hälsoansvariga ska bland annat

- bistå institutionens ledning i att ta fram, implementera, utvärdera och justera interna rutiner och processer som bidrar till att barn och unga får nödvändig vård för sin hälsa.
- kartlägga, planera, genomföra och utvärdera utbildningsinsatser för personalen vid institutionen som bidrar till att barn och unga får nödvändig vård för sin hälsa
- etablera och upprätthålla ett samarbete med primärvård och specialiserad hälso- och sjukvård, till exempel genom att bistå i arbetet med ingå och följa upp samarbetsavtal.
- samordna institutionens eller avdelningens arbete så att barnens behov av hälso- och sjukvård tillgodoses [3].

Vidare har ett utbildningsprogram om psykisk hälsa genomförts för personalen på institutioner för placerade barn och unga. Ett samarbetsforum mellan barnevernet och de delar av hälso- och sjukvården som arbetar med psykisk hälsa har också inrättats för att stärka samarbetet inom området.

Behov av fortsatta åtgärder identifierades av Bufdir och Helsedirektoratet i en rapport från 2016, som låg till grund för grund för delar av en så kallad barnevernreform som den norska regeringen presenterade året efter [4]. Bufdir och Helsedirektoratet fick gemensamma uppdrag att arbeta med dessa frågor. Det gäller att bland annat

- utveckla modeller och system för tidig utredning och kartläggning av barns och ungas behov av stöd och vård för psykisk hälsa
- beskriva en ny funktion som ”barnevernsansvarlig” inom BUP, som motsvarar de hälsoansvariga som redan finns på institutionerna
- förbereda och etablera särskilda omsorgs- och behandlingsinstitutioner för barn som samtidigt behöver långvarig omsorg utanför hemmet och psykiatrisk vård
- underlätta användningen av digitalt stöd för behandling och uppföljning av barn i barnevernets institutioner
- utarbeta nationella vägledningar om innehåll i samarbetsavtal om insatser från barnevernet och psykiatri [5, 6].

I en norsk hälso- och sjukvårdsregion, Helse Sør-Øst, har tre projekt genomförts för att testa nya arbetsformer inom den specialiserade hälso- och sjukvården för att säkerställa tillgången till rätt vård för barn och unga på institution. På uppdrag av Helsedirektoratet har projekten utvärderats av forskare vid Akershus universitetssjukhus. I uppdraget har ingått att, utifrån resultat och erfarenheter från projektarbetet, föreslå en nationell modell för samarbete om insatser för psykisk hälsa mellan institutioner inom barnevernet och hälso- och sjukvården. [7]

Enheter för integrerad vård

Den norska lagstiftningen möjliggör redan så kallade sektorsövergripande placeringar, det vill säga placeringar med stöd i lagen för dygnsvård på institution inom exempelvis psykiatri [8]. Sådana placeringar görs dock sällan och det finns förslag på att de ska kunna bli vanligare genom att hälso- och sjukvårdshuvudmännen ska ange vilka institutioner inom psykiatri som kan ta emot placerade barn som behöver både social vård och psykiatrisk behandling [9]. Två statliga utredningar har dessutom föreslagit att särskilda enheter för integrerad vård ska inrättas med en gemensam huvudman, senast i en översyn från 2016 av barnevernloven [10, 11]. Även den norska barnombudsmannen har föreslagit detta [12]. Några försök att inrätta integrerade enheter för social och psykiatrisk vård har också gjorts med varierande resultat [13, 14, 15].

Som framgår ovan har Bufdir och Helsedirektoratet fått i uppdrag av sina respektive departement att starta två omsorgs- och behandlingsinstitutioner som kan möta behov hos barn som långvarigt vårdas utanför hemmet och samtidigt har stort behov av hjälp för sin psykiska hälsa. Institutionerna ska regleras i barnevernloven och den psykiatriska vården ska vara skyldig att erbjuda hjälp i den utsträckning som de enskilda barnen behöver det. År 2020 ska omsorgs- och behandlingsinstitutioner finnas i alla hälso- och sjukvårdsregioner i Norge [4, 5, 6].

Arbetet med de nya omsorgs- och behandlingsinstitutionerna har organiserats som projekt med deltagare från både barnevernet och psykiatri med uppgift att utreda målgruppen, verksamhetens innehåll och organisationen. Två institutioner har valts ut för uppgiften, Bodø ungdomssenter och avdel-

ningen Lund vid Agder ungdomshjem i Arendel. Båda institutionerna bedöms kunna ha tillgång till kvalificerad personal, lämpliga lokaler och vara del av ett etablerat samarbete mellan barnevernet och psykiatri [16].

Förutom den personal som annars finns vid de statliga institutionerna för barn och unga ska det vid varje enhet finnas psykolog med specialisering inom klinisk barn- och ungdomspsykologi eller klinisk familjepsykologi samt läkare med specialistkompetens inom barn- och ungdomspsykiatri. Enligt planeringen handlar det om två heltidstjänster som delas på två psykologer respektive två läkare. Dessa ska arbeta halvtid vid enheten, där de ingår i behandlingsteam kring barnen/de unga, och halvtid inom den vanliga specialistvården, där de har sina tjänster. Tillgången till akut hälso- och sjukvård under helger och nätter ska avtalas med hälso- och sjukvården i den region där enheten finns [17].

Referenser

1. ”Glassjente ”, artikel i Stavanger Aftenblad. Hämtad 2018-10-01 från <https://mm.aftenbladet.no/2016/glassjenta/>
2. ”Dei forsto meg ikkje”. Tilsynsrapport 19. september 2016. Fylkesmannen i Hordaland.
3. Retningslinjer om helseansvarlig i barneverninstitusjon og omsorgssenter for enslige mindreårige asylsøkere. Hämtad 2018-10-03: <https://www.bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/Barnevernsinstitusjoner/helseansvarlig/>
4. Prop. 73 L (2016 – 2017) Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringer i barnevernloven (barnevernsre-form). Jfr Barne-, ungdoms og familiedirektoratet och Helsedirektoratet. Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet. 2016.
5. Tildelingsbrev til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) 2017. Barne- og likestillingsdepartementet.
6. Statsbudsjettet 2017 - kap. 720 Helsedirektoratet - tildeling av bevilgning. Helse- og omsorgsdepartementet.
7. Ruud T, Weimand B. Prosjekt Helsehjelp til barn i barneverninstitusjoner i Helse Sør-Øst. Evaluering av et prosjekt med tre pilotprosjekter og et forslag til en nasjonal modell for samhandling om bedre helsehjelp ved barneverninstitusjoner fra psykisk helsevern for barn og unge. Akershus universitetssykehus; 2018.
8. Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste. Rundskriv. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet och Helsedirektoratet; 2015.
9. Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet och Helsedirektoratet; 2016.
10. Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. Norges offentlige utredninger (NOU 2009:22).
11. Ny barnevernslov. Sikring av barnets rett till omsorg og beskyttelse. Norges offentlige utredninger (NOU 2016:16).

12. Grenseløs omsorg – om bruk av tvang i psykisk helsevern og barnevern, fagrapport fra Barneombudet 2015.
13. Lurie J. Erfaringer fra en felles døgninstitusjon. Samarbeidsmodell mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU Samfunnsforskning AS; 2013. Rapport nr 24/2013. Skriftserien til Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge.
14. Lurie J. Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern; 2016. Rapport 5/2016. Skriftserien til Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge).
15. Lurie J. Evaluering av ”Akutten i Nord-Trøndelag”. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern; 2017. Rapport 8/2017. Skriftserien til Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge).
16. To nye omsorgs- og behandlingsinstitusjoner etableres i 2018. Hämtad 2018-10-01 från https://www.bufdir.no/Aktuelt/Arkiv/2017/To_nye_omsorgs_og_behandlingsinstitusjoner_etableres_i_2018/
17. Prosjekt Nytt Institusjonstilbud. Endelig prosjektrapport med utgangspunkt i prosjektmandatet av 1.september 2017. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet och Helsedirektoratet; 2018.