

**Integrerad vård på SiS –
utvärdering av ett
pilotprojekt för bättre vård
till barn med stora behov
av psykiatrisk vård**

Integrerad vård på SiS – utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn med stora behov av psykiatrisk vård

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

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. På begäran kan vi ta fram publikationen i ett alternativt format för personer med funktionsnedsättning. Skicka frågor om alternativa format till alternativaformat@socialstyrelsen.se.

Artikelnummer: 2026-6-10227

Publicerad: www.socialstyrelsen.se, juni 2026

Förord

Regeringen har gett Statens institutionsstyrelse (SiS) och Socialstyrelsen i uppdrag (S2024/02037 (delvis)) att förbättra vården för vissa barn och unga som vårdas på SiS och som har stora behov av psykiatrisk vård. Uppdraget utgår bland annat från den kunskap och de erfarenheter som har samlats inom det utvecklingsarbete som SiS tillsammans med fyra regioner och Socialstyrelsen tidigare bedrivit enligt regeringsuppdraget om utvecklingsarbete avseende viss verksamhet vid SiS (S2019/03898).

I denna rapport presenteras resultaten från den forskningsstudie som initierades inom ramen för det tidigare utvecklingsarbetet. Studien, *Integrerad vård på SiS: utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn med stora behov av psykiatrisk vård*, belyser barnens omfattande behov, socialtjänstens uppfattning samt barnen egna upplevelser av den integrerade vården och sin livssituation. Resultaten kompletterar kunskap och erfarenheter från tidigare uppdrag och utgör ett underlag för det fortsatta arbetet med att utveckla vården för målgruppen.

Många personer har bidragit till att göra studien möjlig. Socialstyrelsen vill särskilt varmt tacka de barn som deltog i intervjuerna och bidrog med sina upplevelser. Ett stort tack riktas också till de socialsekreterare som besvarade frågor och delade med sig av sina erfarenheter av integrerad vård på SiS. Ett särskilt tack till Gunilla Pettersson, Karin Röbeck de Souza och Maria Johansson med kollegor på Statens institutionsstyrelse (SiS), liksom till nyckelpersoner i de deltagande regionerna: Björn Hofvander, Hanna Ekedahl Fjertorp, Maria Zetterqvist, Rebecca Granlund, Jonathan Aler, Karin Melin, Erika Sundqvist och Liv Häggström Fordell. Utan ert stöd och engagemang hade studien inte kunnat genomföras.

Ansvarig forskare och huvudförfattare av rapporten är Cecilia Andrée Löfholm som tillsammans med Johan Glad, Anna Strandberg, Therese Åström, samtliga forskare vid FoU-enheten, har planerat och genomfört studien. Under arbetets gång har även Torbjörn Kalin, forskare vid FoU-enheten, samt Anne-Katrin Kantzer, medicinskt sakkunnig, lämnat värdefulla synpunkter. Tillförordnad ansvarig enhetschef har varit Renée Andersson. Ansvarig avdelningschef har varit Sabina Orstam.

Sabina Orstam
Avdelningschef
Avdelningen för socialtjänst på systemnivå

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Tvärprofessionella team på SiS	6
En utsatt målgrupp	6
Samtidig och samordnad vård	7
Sammanhållen vårdkedja	7
Bemötande och delaktighet	8
Implikationer och slutsats	8
Inledning	10
Barn på SiS	10
Psykisk ohälsa bland barn på SiS	11
Vad är integrerad vård på SiS	12
Syfte och frågeställningar	15
Metod	16
Procedur	16
Barn i studien	17
Datainsamling och intervjuer	19
Bearbetning och analys	23
En deskriptiv studie av målgrupp, vård och avslut	25
Socialtjänstens bakgrund till placering på SiS	25
SiS identifierade barn i behov av integrerad vård	29
Vårdens innehåll	33
Barnet vid avslut av integrerad vård	37
Utskrivning från SiS	41
Summering av delstudie 1	45
Socialtjänstens upplevelse av integrerad vård på SiS.	47
Erfarenheter av integrerad vård	47
Sammanhållen vårdkedja för en utsatt målgrupp	50
Framtid och utveckling – vad säger socialtjänsten?	56
Summering av delstudie 2	57
Integrerad vård på SiS: Barnens röster	59
Tiden innan SiS	59
Vardag på SiS	62

Behandlingskontakt i integrerad vård	66
Medskick för framtiden	68
Summering av delstudie 3	70
Diskussion	73
En sammansatt och långvarigt underförsörjd målgrupp	73
Bättre vård – men framför allt stabilisering	73
Bemötande, delaktighet och barns rätt att bli lyssnade till	74
Tvångsvårdens paradox	75
Samverkan, ansvar och systemnivå	76
Implikationer för praktik och policy	76
Referenser	79
Bilagor	81
Bilaga 1. Variabelförteckning SiS	82
Bilaga 2. Variabelförteckning BUP	89
Bilaga 3. Variabelbeskrivning av insatser i integrerad vård	93
Bilaga 4. Forskningsstudie om integrerad vård på SiS	95
Bilaga 5. Strukturerad intervju 2, socialtjänsten	103
Bilaga 6. Delaktighet och samverkan i integrerad vård	112
Bilaga 7. Intervjuguide, barn	119

Sammanfattning

Barn som vårdas vid Statens institutionsstyrelse (SiS) har ofta psykisk ohälsa och stora vårdbehov. Regeringen gav därför Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med SiS och regionerna pröva ett arbetssätt där specialistpsykiatri från barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ges integrerat med vården på SiS. Arbetssättet kallas Integrerad vård på SiS (IV) och genomfördes som ett pilotprojekt mellan 2019 och 2024. Pilotprojektet delredovisades till regeringen i oktober 2025 [1].

Den här forskningsrapporten visar att IV ger en tydlig förbättring för en mycket sårbar grupp. Samtidigt visar resultaten att vård- och omsorgssystemet runt barnen före och efter placering ofta brister. Barnen har ofta haft kontakt med både socialtjänst och barnpsykiatri under lång tid, men de samlade och långsiktiga insatser som skulle behövas har saknats. IV ger bättre utredningar, behandling och planering under placeringen, men kan inte ensam bära brister i vårdkedjor eller lösa bristen på lämpliga vård- och boendeformer efteråt.

Forskningsrapporten bygger på tre delstudier. Den första är en deskriptiv studie som följer barn som fått integrerad vård och beskriver målgrupp, vårdinnehåll och situation vid avslut. Den andra delstudien bygger på intervjuer med ansvariga socialsekreterare och belyser socialtjänstens syn på IV. Den tredje delstudien bygger på intervjuer med barnen själva om tiden före placering, vardagen på SiS och deras upplevelse av IV.

Tvärprofessionella team på SiS

I IV får barn med omfattande och komplexa vårdbehov barnpsykiatrisk öppenvård samtidigt med den ordinarie vården på ungdomshemmet. Personalen på SiS ansvarar för det psykosociala omhändertagandet i en låst miljö. BUP ansvarar för utredning och behandling av psykisk ohälsa. I IV arbetar dessa funktioner i ett tvärprofessionellt team runt barnet, med samordnad planering, uppföljning och ansvar. Vården ges på plats på ungdomshemmet, och anpassas individuellt utifrån barnets behov. En central ambition är att skapa bättre samverkan, kontinuitet och en mer sammanhållen vårdkedja.

En utsatt målgrupp

Resultaten bekräftar att barnen som får IV utgör en mycket sårbar målgrupp med stora och sammansatta behov. Nästan alla har misslyckanden i skolan återkommande placeringar i samhällsvård och vistades i miljöer där det finns risk för kriminalitet, bruk av droger, våld och sexuell exploatering.

Många har både utsatts för våld, övergrepp eller försummelse och själva utövat våld och aggressivitet. Självskadebeteende och suicidala handlingar förekommer ofta, särskilt bland flickor.

Så gott som alla barn har haft en uttalad psykisk ohälsa under lång tid. När IV inleds bedömer BUP funktionsnivån som låg eller mycket låg. Många barn behöver tät tillsyn för att inte skada sig själva eller andra och mer än hälften har någon gång vårdats i enskildhet (VIE). Nästan alla hade antingen en fastställd neuropsykiatrisk funktionsnedsättning (NPF) eller tecken på att det behövde utredas. När IV avslutas har barnen mellan två och sju psykiatriska diagnoser. De flesta har också flera förskrivna psykiatriska läkemedel, ofta från flera olika läkemedelsgrupper.

Samtidig och samordnad vård

Under tiden i IV genomför teamen psykiatriska och arbetsterapeutiska kartläggningar och fördjupade utredningar av exempelvis NPF och traumarelaterad problematik. Vanliga insatser från BUP är läkemedelsbehandling, psykoedukation, och psykiatriska behandlingsinsatser för NPF, trauma och annan psykisk ohälsa. Samtidigt fortsätter vården på SiS med omsorg, trygghetsskapande arbete, stöd för en fungerande vardag och skola samt individuella anpassningar.

Planering och uppföljning sker i gemensamma möten där representanter från BUP, SiS och ofta socialtjänsten deltar. Många insatser genomförs av teamet med delat ansvar. Redan under placeringen planerar teamet för barnets fortsatta behov efter SiS och skapar underlag och kontakter för en mer sammanhållen vårdkedja.

Sammanhållen vårdkedja

När barnet skrivs ut från SiS bedömer socialtjänsten i regel att det finns fortsatt behov av omfattande insatser. De flesta barn placeras i andra vård- eller boendeformer, ofta på HVB eller i andra institutionsliknande lösningar. För fyra av fem fanns också en plan för fortsatt psykiatrisk vård. Samtidigt är det endast för hälften av barnen som socialtjänsten har tagit initiativ till en samordnad individuell plan (SIP) där socialtjänst och hälso- och sjukvård gemensamt kan planera för insatser till barnet.

Intervjuerna med socialsekreterare visar att de i hög grad är positiva till IV. De uppfattar att arbetssättet i hög grad svarar mot utsatta barns behov av kvalificerad psykiatrisk vård. De beskriver att arbetssättet professionaliserar vården med tydligare ansvarsfördelning, tvärprofessionellt samarbete och högre kvalitet i bedömningar. De menar också att IV stärker förutsättningarna för sammanhållen vårdkedja och ger socialtjänsten bättre underlag för den fortsatta vården.

Samtidigt beskriver de tydliga brister på systemnivå. Det är särskilt svårt att hitta vård- och boendeformer som kan möta barnens omfattande psykiatriska och psykosociala behov efter tiden på SiS, och en oro för att ordinarie BUP har svårt att ta ett långsiktigt ansvar för gruppen.

Bemötande och delaktighet

Barnens berättelser om vistelsen på SiS är motsägelsefulla. Många beskriver en vardag som kan kännas både trygg och otrygg. Bemötandet från avdelningspersonalen är avgörande. När personal lyssnar, visar respekt, är uthållig och står kvar även när barnet mår mycket dåligt, upplever barnen större trygghet och mindre konflikt. När bemötandet upplevs som hårt, dömande eller oförutsägbart, eller när fysiska ingripanden upplevs som kränkande, förstärks känslor av rädsla, ilska och maktlöshet.

Samtidigt lyfter många barn fram skolan på SiS som något av det mest positiva i vistelsen. Små undervisningsgrupper, engagerade lärare och individuellt anpassat stöd har gett barnen en möjlighet att lyckas i skolan och ta igen missad undervisning. Den individuella behandlingskontakt som IV erbjuder med en behandlare från BUP beskrivs ofta som viktig. De flesta barn upplever att de där får komma till tals, blir lyssnade på och görs mer delaktiga i sin vård. Flera barn säger att IV har varit avgörande för dem, men uttrycker också att de hade behövt motsvarande hjälp långt tidigare.

I barnens medskick återkommer några centrala önskemål: ett bättre bemötande och större delaktighet, ökad psykiatrisk kompetens hos personalen på SiS, bättre förutsättningar för individuell anpassning i den låsta miljön och att vuxna i alla delar av systemet ska lyssna på barnen och ta deras erfarenheter på allvar.

Implikationer och slutsats

De tre delstudierna ger sammantaget en samstämmig bild. Målgruppen för IV är mycket sårbar, med långvarig och komplex samsjuklighet och omfattande social problematik. Barnen har ofta haft lång kontakt med både socialtjänst och BUP, men deras behov har inte blivit tillgodosedda på ett samordnat och långsiktigt sätt. IV innebär en tydlig kvalitetshöjning under placering på SiS. Utredningar blir mer fullständiga, kunskapen om barnets behov blir mer samlad, barnets situation stabiliseras och förutsättningarna för en mer sammanhållen vårdkedja förbättras.

Samtidigt visar resultaten systembrister som ligger utanför IV. Det saknas tillräckligt med vård- och boendeformer som är anpassade för barn med den här typen av komplexa behov. BUP är svårtillgänglig och uppdelad. SIP används ojämnt. Institutionsmiljön på SiS lever inte alltid upp till krav på bemötande och delaktighet utifrån barnets rättigheter.

Integrerad vård på SiS – utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn med stora behov av psykiatrisk vård

Slutsatsen i studien är att IV bör vidareutvecklas och på sikt permanentas. Detta kan dock inte ersätta behovet av en mer genomgripande förändring av vård- och omsorgssystemet runt barn med de mest komplexa behoven. Erfarenheterna från pilotprojektet bör därför användas *både* för att stärka vården på SiS och för att utveckla tidigare, mer samordnade och långsiktiga lösningar i hela vårdkedjan.

Inledning

Utredningar har visat att många barn som vårdas inom tvångsvård enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) har betydande psykiatriska vårdbehov som inte alltid tillgodoses i den ordinarie vårdstrukturen. Mot den bakgrunden gav regeringen 2019 ett uppdrag till Socialstyrelsen att tillsammans med Statens institutionsstyrelse (SiS) och regionerna utveckla och pröva en modell för integrerad vård för barn placerade på SiS. Målet med projektet var att utveckla ett arbetssätt där sociala och psykiatriska insatser ges samtidigt och samordnat under placeringen på SiS. Projektet genomfördes som ett pilotprojekt mellan 2019 och 2024 och omfattade flera ungdomshem i fyra regioner. Uppdraget delredovisades till regeringen i oktober 2025 [1].

Under hösten 2022 inleddes en vetenskaplig studie inom ramen för pilotprojektet med syfte att följa upp och utvärdera integrerad vård. Utvärderingen består av tre delstudier och förväntas ge en större kunskap om målgruppens behov och belysa barnens egen uppfattning om vården på SiS. Den här rapporten inleds med en kort introduktion till utvärderingen samt beskrivning av tillvägagångssätt i respektive studie. Därefter presenteras resultat från delstudierna i tre fristående avsnitt. Avslutningsvis diskuteras resultaten från de tre delstudierna sammantaget, inklusive implikationer för praktik och policy.

Barn på SiS

Varje år placeras knappt 1000 barn och unga på SiS ungdomshem [2].¹ SiS ungdomshem är en del av samhällets yttersta skyddsnät för barn och unga som riskerar att fara illa. Barn och unga som placeras på SiS har ofta komplexa livssituationer. De har ofta erfarenheter av tidigare placeringar och omfattande social problematik. SiS ungdomshem ska erbjuda en trygg och säker miljö där barn och unga får den hjälp och det stöd de behöver.

De flesta barn som kommer till SiS vårdas med stöd av 3 § i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), de så kallade *beteendefallen*. Det innebär att det finns en oro för barnets eget beteende och att barnet eller den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller annat socialt nedbrytande beteende.²

¹ Under åren 2022 – 2024 placerades i genomsnitt 998 enskilda individer på SiS. Av dem så var 88 procent placerade enligt LVU och 11 procent enligt lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU). Endast några enstaka vårdades med stöd av socialtjänstlagen (2001:453, SoL).

² Med annat socialt nedbrytande beteende menas enligt lagtexten att barnet betar sig på ett sätt som avviker från samhällets grundläggande normer. Det kan till exempel handla om att barnet har begått

Det är socialtjänsten som utreder vilka behov den unge har och ansöker om tvångsvård till förvaltningsrätten, som i sin tur kan fatta ett beslut om omhändertagande enligt LVU. Vården bedrivs sedan av exempelvis SiS på uppdrag av och i nära samarbete med socialtjänsten. Vården är inte tidsbegränsad och avslutas när socialtjänsten bedömer att målen med placeringen uppnåtts (se även figur 1, sid 11).

Det finns könsskillnader avseende placeringsorsak på SiS. För pojkar är den enskilt vanligaste placeringsorsaken brottslig verksamhet, medan det för flickor oftast är annat socialt nedbrytande beteende. Ett mindre antal barn på SiS är placerade enligt både 2 och 3 § LVU [2]. I LVU-lagstiftningen anges i 2 § LVU att vård ska 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.

Enbart 2 § LVU kan inte ligga till grund för en placering på SiS. Utgångspunkten är att om placering utom hemmet behöver ske enbart med grund i brister i omsorgen i uppväxtmiljön så finns det andra vårdformer som är bättre lämpade.

Psykisk ohälsa bland barn på SiS

Internationell forskning visar att barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet i hem för vård eller boende (HVB), andra former av institutionsvård eller i ungdomsfängelse, har en kraftigt förhöjd risk för psykisk ohälsa jämfört med samhället i stort [3]. Studier visar en hög förekomst av ångest, depression, posttraumatiskt stressyndrom, utagerande beteende, självskadebeteende och suicidnära tillstånd bland barn och unga i samhällsvård [4]. Detta bekräftas även av svenska studier på SiS, som påvisar hög samsjuklighet, med omfattande social problematik och samtidigt stora behov av psykiatrisk vård och behandling. År 2018 genomförde Socialstyrelsen en kartläggning av psykiatriska vårdbehov hos barn och unga placerade på SiS [5]. Kartläggningen visade att de flesta barn som kommer till SiS har psykiatriska diagnoser, men också att en mindre grupp har särskilt komplexa och omfattande psykiatriska vårdbehov. En uppföljande studie ett par år senare bekräftade hög förekomst av psykiatriska tillstånd, självskadebeteende och suicidalitet [6].

Alla barn och unga, även de som är placerade i samhällsvård har samma rättigheter, till exempel rätt till hälso- och sjukvård utifrån sina behov.

något eller några allvarliga brott utan att det betraktas som kriminellt beteende. Det kan även handla om att barnet mer än tillfälligt vistas i olämpliga miljöer, där det exempelvis förekommer missbruk och kriminalitet. Exempelen är inte uttömmande och socialnämnden måste alltid göra en sammantagen bedömning utifrån de beteenden som den aktuella ungdomen uppvisar.

Regionerna är skyldiga att erbjuda öppen och sluten hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom regionen samt öppen och omedelbar vård åt den som inte är bosatt inom regionen. Skyldigheten gäller också för placerade barn och unga. Samtidigt finns fortsatt stora utvecklingsbehov gällande samverkan mellan socialtjänst, SiS och regioner för att barn och unga på SiS med stora psykiatriska behov ska få sammanhållna och ändamålsenliga insatser som svarar mot deras psykiatriska vårdbehov [5].

Det finns flera orsaker till svårigheter när det gäller samverkan. En orsak är att regionernas vårdssystem utgår från att barnet vistas i samma region över tid, medan barn som placerats i samhällsvård kan flytta mellan olika boenden och då behöva byta region. Ofta blir socialtjänsten ensam bärare av information mellan regionerna, samtidigt som socialtjänsten saknar psykiatrisk kompetens och insyn. Det medför att viktig information och kunskap riskerar att gå förlorad längs vägen [5]. En annan bidragande orsak är de praktiska hinder som kan uppstå när barnet är placerat på SiS. Barnet kan behöva särskilda anpassningar eller specialistkompetens som inte alltid finns att tillgå inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP:s) öppenvård. Säkerhetsrisker som exempelvis risk för att barnet avviker, utagerande beteende eller hot riktade mot barnet är andra faktorer som kan bli ett hinder för att barnet ska få tillgång till den vård det behöver [6-7].

Sammantaget behöver barn på SiS med komplexa och omfattande psykiatriska vårdbehov en flexibel och kvalificerad psykiatrisk vård med låga trösklar. En vård som i nära samverkan mellan SiS och psykiatri kan möta barnet där det befinner sig, både fysiskt och kliniskt.

Vad är integrerad vård på SiS

Arbetet med att förstärka och utveckla samverkan mellan regionernas barn- och ungdomspsykiatri och SiS påbörjades i ett pilotprojekt där Socialstyrelsen tillsammans med SiS och regioner utvecklade och prövade ett arbetssätt för integrerad vård för barn placerade på SiS. Målet med pilotprojektet var att utveckla ett arbetssätt där sociala och psykiatriska insatser ges samtidigt och samordnat under placeringen på SiS.

I pilotprojektet var det fyra regioner som anmälde intresse och beviljades statsbidrag för integrerad vård på SiS: Region Skåne, Region Stockholm, Region Östergötland och Västra Götalandsregionen. Var och en av regionerna utgjorde en delpilot i det gemensamma utvecklingsarbetet, med vissa mindre skillnader i organisering och upplägg men med gemensamma mål och ramar. Integrerad vård erbjöds barn som uppfyllde de gemensamma inklusionskriterierna och var placerade på något av nio olika ungdomshem i

de fyra regionerna. Ungdomar över 18 år och de som verkställde påföljd av sluten ungdomsvård (LSU)³ ingick inte i målgruppen.

I integrerad vård på SiS (även förkortat IV) erbjuds barn med omfattande och komplexa vårdbehov barnpsykiatrisk öppenvård integrerad med SiS ordinarie vård i låsta former. Integrerad vård på SiS kännetecknas av:

- Social och psykiatrisk vård som ges samtidigt och samordnat av tvärprofessionella team. SiS står för den psykosociala vården och BUP för den psykiatriska – men planering och insatser görs gemensamt.
- Den psykiatriska vården har flyttats till ungdomshemmet. Psykiatrin ges på plats på ungdomshemmet (samlokaliserat eller med mobila team), i stället för att barnet ska besöka BUP öppenvård utanför institutionen.
- Stora anpassningar till en mycket komplex målgrupp. Vården riktar sig till en avgränsad målgrupp med komplex samsjuklighet som inte har kunnat tillgodogöra sig ordinarie vård.
- Stort fokus på samverkan, kontinuitet och utsluss. Målet är inte bara att stabilisera barnet på SiS, utan även att skapa förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja – med bättre överlämningar till hemregion, socialtjänst och nya vård-/boendeformer.

Integrerad vård en länk i vårdkedjan

En viktig utgångspunkt i utvecklingsarbetet med integrerad vård på SiS var att skapa förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja, både i anslutning till IV och efter placeringen på SiS. En sammanhållen vårdkedja innebär rätt vård, på rätt nivå och med rätt omfattning utifrån individens behov och att professionell samverkan, kommunikation och överlämning fungerar.

I ett vidare perspektiv utgör även placeringen på SiS en länk i en längre vårdkedja. Det är ovanligt att barn placeras på SiS som första insats. Tvärtom har många av barnen som kommer till SiS vid upprepade tillfällen utretts och erbjudits insatser av socialtjänsten. När det gäller barnen som får IV kommer med stor sannolikhet de flesta också att ha behov av fortsatta insatser från socialtjänst, psykiatri och andra vårdgivare efter SiS.

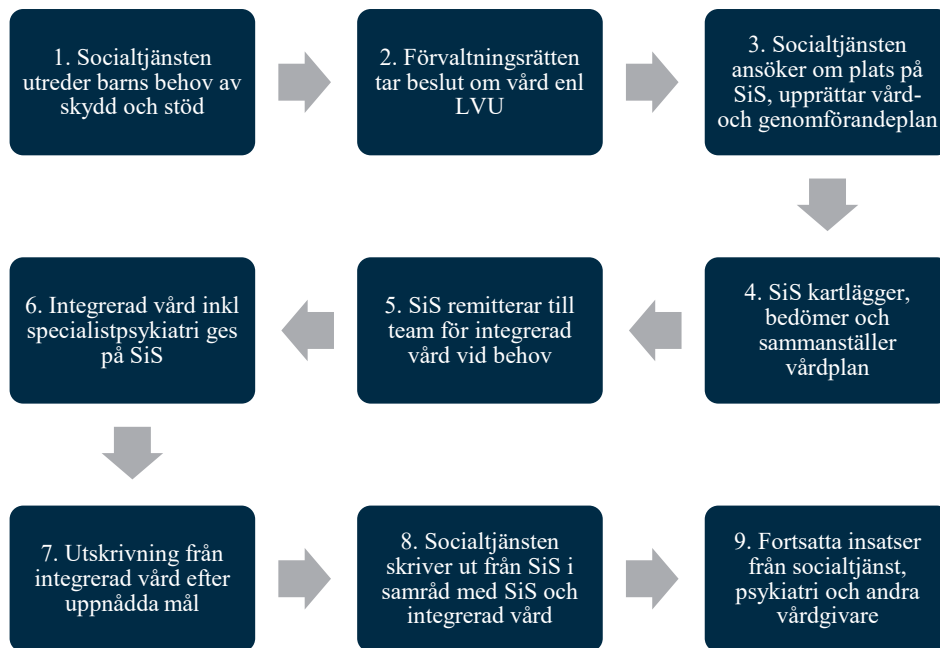
Remittering till integrerad vård

När ett barn tas emot på SiS placeras det ofta på en avdelning för mottagning och behovsbedömning (MBB). Där arbetar man med att kartlägga och bedöma barnets behov av insatser, samtidigt som barnet behöver tid för att finna sig till rätta i en låst vårdmiljö. Om behovsbedömningen visar att barnet behöver fortsatt vård och behandling inom SiS placeras barnet i samråd med socialtjänsten på en

³ Lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård

behandlingsavdelning, vanligen på ett annat av SiS ungdomshem. Under pilotprojektet var det oftast när barnet kommit till på behandlingsavdelningen som SiS lokala vårdteam gjorde bedömningen att barnet behövde specialistpsykiatrisk vård (Figur 1).

Figur 1. Integrerad vård som del i en sammanhållen vårdkedja



Övergripande beskrivning av remitteringsprocessen till integrerad vård:

1. SiS identifierar barn med komplexa psykiatriska och psykosociala behov i behov av specialistpsykiatrisk vård under sin vistelse på SiS. Till sin hjälp har de ett bedömningsstöd som på ett strukturerat sätt samlar information och kunskap om barnets bakgrund och behov.
2. Barn, vårdnadshavare och socialtjänst informeras och samtycker till att SiS får dela information om barnet med BUP.
3. SiS lokala team skickar en remiss till BUP om integrerad vård på SiS.
4. BUP träffar barnet vid ett nybesök och gör därefter en egen bedömning av remissen.
5. Vid ett gemensamt inklusionsmöte beslutar SiS och BUP tillsammans om barnet ska ingå i IV.
6. Om barnet blir inkluderad i integrerad vård sätts ett IV-team samman med medarbetare från både SiS och BUP. I dialog med socialtjänsten och barnet själv planerar sedan teamet den fortsatta vården.

Team för integrerad vård

IV-teamets sammansättning varierar beroende på barnets samlade vårdbehov och situation, men består ofta av BUP-läkare och psykolog, kurator/arbetsterapeut samt SiS behandlingssekreterare, SiS-psykolog, sjuksköterska och avdelningspersonal. Till teamet hör även en vårdsamordnare som har en nyckelroll för att underlätta samarbete mellan BUP och SiS och bygga upp en samverkansstruktur kring varje barn. Tillsammans arbetar teamet med gemensamma bedömningar, sätter mål, planerar insatser och följer upp vårdplanering.

Många av de insatser som ges i IV genomförs med ett delat ansvar mellan BUP och SiS, men vissa är knutna till specifika professioner, som exempelvis barnpsykiatriska utredningar och behandlingsinsatser.

Avslut av integrerad vård

När målen med den integrerade vården är uppfyllda är det dags att avsluta integrerad vård och planera för barnets behov av fortsatta insatser. I samband med att IV avslutas hålls ett avslutande möte där IV-teamet återkopplar till socialtjänsten och andra berörda med en sammanfattning av vårdtiden och rekommendationer för fortsatt vård. När det är bestämt vart barnet ska flytta efter SiS tar IV-teamet kontakt med BUP i mottagande region och skriver en remiss dit. I planeringen blir samverkan med socialtjänsten särskilt viktig eftersom det är socialtjänsten som beslutar om de fortsatta psykosociala insatserna.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att utveckla kunskap om de barn som bedöms vara i behov av en integrerad vård vid SiS särskilda ungdomshem, följa upp vårdens kortsiktiga utfall samt lyssna till hur barnen själva och placerande socialtjänst har upplevt integrerad vård på SiS.

Frågeställningar:

1. Vad kännetecknar de barn som fick integrerad vård under pilotprojektet ur SiS, BUP och socialtjänstens perspektiv?
2. Vad har den integrerade vården innehållit för de barn som fått integrerad vård?
3. Hur är barnets situation efter integrerad vård och vid avslut av SiS-vården?
4. Hur har placerande socialsekreterare uppfattat integrerad vård inom SiS?
5. Hur har barn som fått del av integrerad vård på SiS upplevt vården?

Metod

Studien har genomförts med hjälp av tre delstudier. Den första studien är en deskriptiv studie av målgrupp, vård och avslut (frågeställning 1, 2 och 3). I studien har information samlats in på individnivå från placerande socialtjänst, SiS och medverkande regioner i respektive delpilot (Region Östergötland, Region Skåne, Region Stockholm och Västra Götalandsregionen). Den andra och tredje delstudien belyser upplevelser av integrerad vård på SiS och baseras på intervjuer med placerande socialsekreterare respektive barn i integrerad vård (frågeställning 4 och 5).

En begränsning är att studien inte fångar föräldrarnas perspektiv, varken kring omständigheter innan barnet placerades på SiS eller upplevelsen av integrerad vård. En annan begränsning är att den saknar detaljerad kunskap om tidigare BUP-vård.

Studien har genomförts med informerat samtycke från barn, och för barn under 15 år även från vårdnadshavare. Studien är godkänd av Etikprövningsmyndigheten (2022-03988-01).

Procedur

Studien hade en inklusionsperiod mellan den 1 oktober 2022 och den 30 september 2024. Alla barn som fick IV under perioden var potentiellt möjliga att tillfråga och inkludera i studien.

Samtycke

Det informerade samtycket har inhämtats av en särskilt utsedd kontaktperson som var verksam lokalt inom respektive region (Region Östergötland, Region Skåne, Region Stockholm och Västra Götalandsregionen). Kontaktpersonen var en medarbetare med god överblick över inflödet till pilotprojektet, men utan behandlingsansvar för barnet. För att monitorera inkludering till forskningsprojektet hade forskaren regelbunden kontakt med respektive kontaktperson och kunde vid behov ge stöd för samtyckesinhämtandet.

Kontaktpersonen tog även ansvar för att dokumentera person- och kontaktuppgifter till socialtjänsten i anslutning till inhämtandet av samtycke samt aidentifierade noteringar kring tillfrågade ungdomar som avstod att delta i forskningsstudien.

Om barnet var under 15 år krävdes även vårdnadshavares samtycke. Kontaktpersonen behövde därför ta kontakt med vårdnadshavaren, informera kort om att barnet samtyckt till att delta i studien och fråga om lov att lämna ut vårdnadshavarens kontaktuppgift till forskaren. Det var sedan

forskaren som informerade vårdnadshavaren både muntligt via telefon och skriftligt, och därefter fick också vårdnadshavares samtycke till att barnet kunde delta.

För de barn som deltog i personlig intervju gavs förnyad muntlig och skriftlig information vid intervjutillfället om forskningssekretess, att forskningen är frivillig och att barnet när som helst och utan att ange skäl kan avbryta sin medverkan.

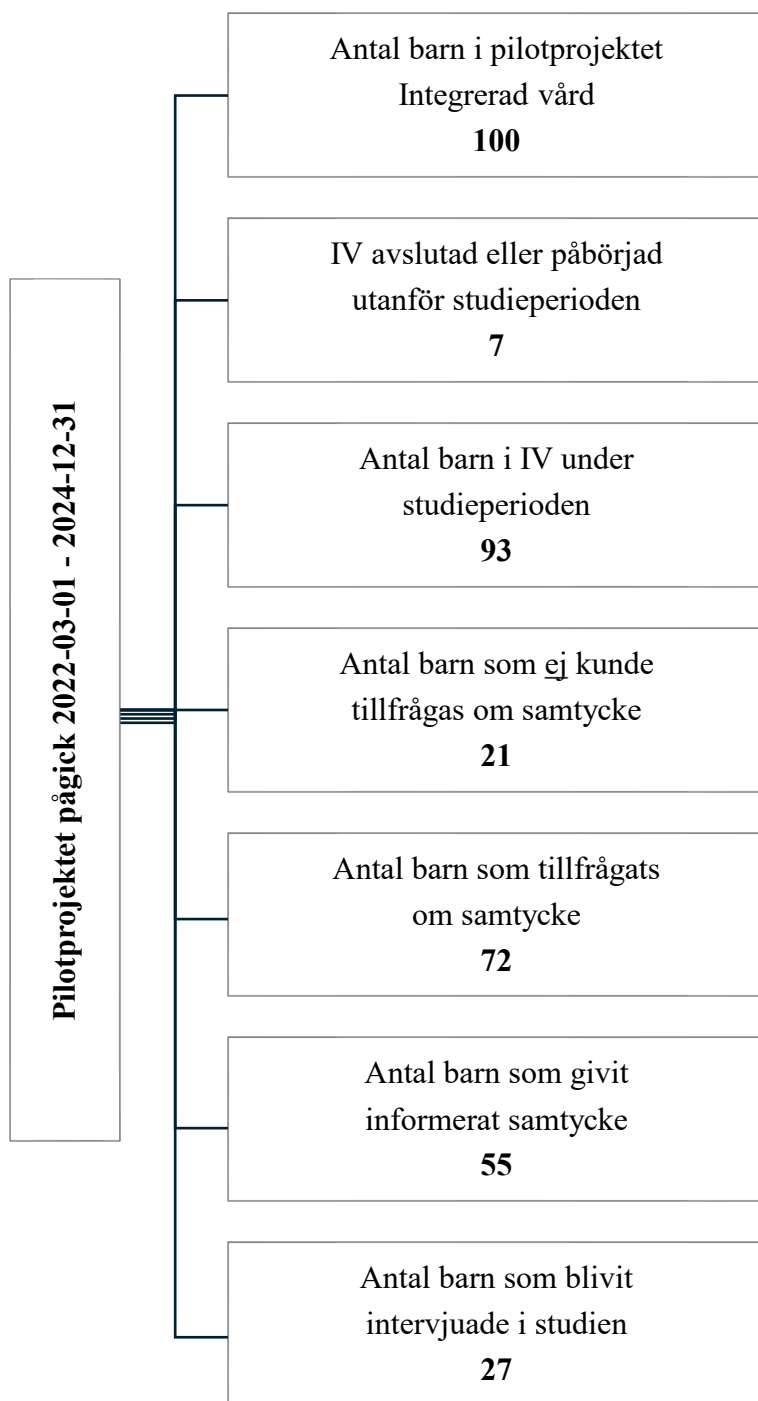
Barn i studien

Inkludering av barn i pilotprojektet för integrerad vård pågick mellan den 1 mars 2022 och den 31 december 2024. Under den perioden var det 100 barn som fick integrerad vård. Studien hade däremot en inklusionsperiod mellan den 1 oktober 2022 och den 30 september 2024, vilket gjort att sju av de 100 barnen endera (1) hade fått, men också hunnit avsluta IV innan studien startade, alternativt (2) inkluderades i IV efter att inklusion i studien avslutats. Av de återstående 93 barnen var det 72 som tillfrågades om att delta i studien och 55 som gav sitt samtycke. Slutligen är det 27 av barnen som också har intervjuats (delstudie 3) (Figur 2).

Bland de 45 som inte ingår i studien är det 17 barn som har tillfrågats men avböjt att delta.⁴ Övriga 21 barn har av olika skäl inte tillfrågats. Exempel på anledningar till att inte tillfråga barnet om samtycke var att IV gavs som en planerat kort insats under en mycket begränsad period och att inhämta samtycke till forskningen inte prioriterades under perioden eller att placeringen på SiS oplanerat avslutades med kort varsel av socialtjänsten. Ett annat exempel var barn som mådde mycket dåligt under IV och att allt fokus då låg på att möta barnets stora vårdbehov. Därutöver var det sju barn som avslutade eller påbörjade integrerad vård utanför studiens inklusionsperiod och som därför inte kunnat tillfrågas.

⁴ Vårdnadshavare för barn under 15 år tillfrågades efter att barnet givit sitt informerade samtycke. Ingen av de tillfrågade vårdnadshavarna har avböjt att barnet skulle ingå i studien.

Figur 2. Flödesschema för inklusion i studien (2022-10-01 – 2024-09-30)



Bakgrundsinformation om barnen

Tre av fyra barn i studien var flickor ($n = 42$; 76 %). De flesta var mellan 14 och 15 år gamla när de skrevs in i integrerad vård. Den yngsta var 11 år och den äldsta var 17 år. Drygt två av tre barn hade svensk bakgrund ($n = 38$; 69 %).⁵ Av de 17 barn som hade utländsk bakgrund var tio utrikes födda. Det var inte någon statistiskt säkerställd skillnad mellan pojkar och flickor för vare sig ålder eller utländsk bakgrund.

Barnen var placerade på SiS av 42 olika kommuner eller stadsdelsförvaltningar⁶ belägna i 13 olika regioner, med en geografisk spridning över hela Sverige.

Representativitet

För att säga något om hur representativa studiens resultat är för hela gruppen barn som har fått integrerad vård i pilotprojektet, har de 55 barn som samtyckt till att delta i studien jämförts med de 45 som inte ingår. Sammantaget visar jämförelserna att studiepopulationen har en något större andel flickor och en något lägre andel barn under 15 år. Inga av dessa skillnader är statistiskt signifikanta.

Tabell 1. Barn i studien jämfört med målgruppen som helhet

	Inkluderade i studien ($n = 55$)	Ej inkluderade i studien ($n = 45$)	Samtliga barn i pilotprojektet ($N = 100$)
Flickor (%)	76	60	68
Under 15 år (%)	40	46	43

Källa: Skrivs här

Datinsamling och intervjuer

Delstudie 1. En deskriptiv studie av målgrupp, vård och avslut

Den första delstudien undersöker målgruppen, vården och situationen vid avslut av integrerad vård samt utskrivning från SiS (frågeställning 1 – 3).

⁵ Definitionen för svensk respektive utländsk bakgrund är hämtad från SCB: Svensk bakgrund har det barn som har minst en svenskfödd förälder. Utländsk bakgrund har det barn som är utrikesfödd av utrikesfödda föräldrar eller är svenskfödd med utrikesfödda föräldrar (dvs. ingen förälder är född i Sverige).

⁶ I Göteborgs stad respektive Stockholms stad är kommunen indelad i stadsdelsförvaltningar som ansvarar för ett antal av de kommunala verksamheterna, bland annat socialtjänsten. I Göteborg finns fyra stadsdelsförvaltningar och i Stockholm finns elva.

Informationen om de 55 barnen i den första delstudien har dels hämtats från verksamhetsuppföljningar av IV som genomfördes av SiS respektive regionerna under pilotprojektet, dels inhämtats i strukturerad telefonintervju med placerande socialsekreterare.

Samtliga barn som samtyckt till att delta i studien ingår i underlaget. Dätainsamlingsperioden för SiS och regionerna pågick mellan oktober 2022 och den sista december 2024, medan socialsekreterarintervjuer fortsatte att genomföras till och med den sista september 2025. För nio av barnen hade IV ännu inte avslutats per den sista december 2024 och för dessa barn saknas viss information.⁷

Informationen är sammanställd på individnivå vilket möjliggör vissa jämförelser inom målgruppen. Samtidigt baserar sig resultaten på ett förhållandevis litet antal barn. Det begränsar möjligheterna att bryta ner information fördelat på mindre grupper. Ett litet antal individer kan både medföra att resultaten blir osäkra, och det kan också riskera att röja sekretessen. Vissa resultat redovisas inte på grund av en förekomst för färre än fem individer. De jämförelser som har gjorts mellan pojkar och flickor bör också tolkas med försiktighet, framför allt på grund av det relativt sett mindre antalet pojkar.

Data hämtades ut vid tre tillfällen – det första i oktober 2023, det andra i oktober 2024 och ett kompletterande uttag i januari 2025. Nedan följer en kortfattad beskrivning av SiS respektive de fyra regionernas verksamhetsuppföljningar.

Verksamhetsuppföljning SiS

SiS egen verksamhetsuppföljning på individnivå omfattade information hämtad direkt från myndighetens verksamhetssystem⁸, men också från aktgranskning. Informationen som hämtats ut kan grovt delas in i:

- Basinformation kring barnet
- Administrativ information kring placeringen på SiS
- Information om placeringsbakgrund och problematik innan placering hämtad från kommunens ansökan om plats på SiS
- Information om vårdbehov och problematik hämtad från SiS bedömningsstöd samt inklusionshandling för integrerad vård
- Information om samverkan och insatser i integrerad vård⁹
- Information om fortsatta vårdbehov efter placering på SiS

⁷ Det som saknas är beskrivning av vårdinnehåll, samverkan och aktuell situation vid avslut av integrerad vård.

⁸ KAJ för socialtjänstdata, TakeCare för hälso- och sjukvårdsdata och Adela för skoldata.

⁹ För närmare information om innehåll i insatskategorier, se separat bilaga 3.

Se vidare bilaga 1 för fullständig variabelförteckning.

Verksamhetsuppföljning regionerna

Regionernas verksamhetsuppföljning dokumenterades i ett separat dokument med uppföljningsvariabler som de fyra regionerna i pilotprojektet hade enats om. Dokumentationen innehöll information om:

- Bakgrundsinformation om barn och vårdnadshavare
- Administrativ information kring vårdperioden i integrerad vård
- Aktuell funktionsnivå vid inledning av integrerad vård
- Vårdens innehåll och samverkan
- Barnets delaktighet, funktionsnivå och psykiatriska diagnoser vid avslut av integrerad vård
- Förskrivna läkemedel vid avslut av integrerad vård

Se vidare bilaga 2 för fullständig variabelförteckning.

Strukturerad intervju med socialtjänsten

Informationen hämtades från två strukturerade telefonintervjuer med placerande socialsekreterare och avser både om den situation som föregick placeringen på SiS och situationen vid utskrivning (bilaga 4 - 5).

Informationen omfattade den psykosociala problematik som låg till grund för ett beslut om placering, vad socialtjänsten kände till om barnets psykiatriska problematik i samband med placeringen och socialtjänstens tidigare insatser.¹⁰ Vidare information om situationen vid avslut, vad barnet skrivs ut till samt frågor om samverkan och rekommendationer från integrerad vård.

Den första intervjun genomfördes när barnet givit samtycke till att delta i studien och den andra intervjun i nära anslutning till utskrivning från SiS.

Delstudie 2. Socialtjänstens upplevelse av integrerad vård på SiS

Den andra delstudien undersöker socialsekreterares uppfattning om och upplevelse av integrerad vård på SiS ur ett socialtjänstperspektiv (frågeställning 4). Till stöd för intervjun användes ett semistrukturerat intervjuformulär (bilaga 6). Intervjun genomfördes i omedelbar anslutning till den uppföljande intervjun kring barnet vid utskrivning från SiS. Intervjufrågorna kopplades både till samverkan kring det enskilda barnet,

¹⁰ Dokumentation av tidigare insatser avser placerande kommun. Det saknas information om barnet har varit boende i och aktuell för socialtjänstens insatser i någon annan kommun tidigare.

men reflekterade även generella aspekter kring målgruppen och socialtjänstens roll i en sammanhållen vårdkedja.

Den andra telefonintervjun tog vanligen omkring 40–50 minuter att genomföra i sin helhet, varav drygt halva tiden ägnades åt socialsekreterarens uppfattning om och upplevelse av integrerad vård. Samtliga 55 socialsekreterare intervjuades, men den intervjudel som ligger till grund för den här delstudien baseras på 52 socialsekreterares utsagor. För tre av barnen kunde frågor om socialtjänstens upplevelse av integrerad vård på SiS inte besvaras på grund av handlägggarbyte i anslutning till utskrivning från SiS.

Samtliga telefonintervjuer med socialtjänsten har genomförts av en och samma forskare med erfarenhet av socialtjänstens arbete med barn och unga och av vård på SiS ungdomshem. Stödanteckningar har gjorts under intervjun som sedan renskrivits i omedelbar anslutning till intervjutillfället.

Delstudie 3. Integrerad vård på SiS: Barnens röster

Delstudien undersöker hur barn som får integrerad vård uppfattar sin situation och den integrerade vården på SiS (frågeställning 5). Studien planerades så att barnen skulle ha haft IV mellan 8 – 12 veckor innan barnintervjun genomfördes, med stor möjlighet att anpassa till barnets situation och aktuella mående.

Intervjuerna genomfördes med stöd av en intervjuguide som bestod av två delar: en strukturerad del med fasta svarsalternativ och en del med öppna frågor (bilaga 7). Den strukturerade intervjudelen baseras på utvärderingsformuläret ChASE: Ungas röster, ett frågeformulär framtaget för brukarundersökningar i verksamheter som ger vård och stöd till barn och unga med psykisk ohälsa [8]. Frågorna handlar bland annat om samspel och relation till behandlare, uppnådd förändring och organisatoriska/praktiska förutsättningar.¹¹ Intervjuns öppna frågor är målgruppspecifika och undersöker de ungas tidigare erfarenheter av placering utom hemmet respektive BUP-vård, hur den integrerade vårdformen har uppfattats och fortsatta vårdbehov.

Barnens svar på de öppna frågorna överlappade ofta varandra och intervjuguiden fungerade snarare som ett stöd för intervjuaren än som avgränsade frågor och svar.

¹¹ ChASE: Ungas röster har utvecklats utifrån det brittiska instrumentet Child and Adolescent Service Experience (ChASE) tillsammans med barn och unga i Sverige. Frågeformuläret ChASE är anpassat och översatt till svenska av Centrum för forskning om barns och ungdomars psykiska hälsa vid Karlstads universitet, i samarbete med CAMHS Research Unit, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience vid King's College i London.

Nästan alla intervjuer har hållits medan barnet var kvar på SiS. Två av barnen intervjuades dock när de redan hade hunnit skrivas ut från SiS. Intervjun hölls då på respektive HVB-hem dit barnet flyttat. Intervjutillfället planerades in i samråd med barnet själv och med personal från SiS/HVB för att så långt som möjligt säkerställa att intervjun inte inföll vid en olämplig tidpunkt i förhållande till exempelvis andra möten, skola eller barnets mående. Personalen bokade ett lämpligt rum på ungdomshemmet där intervjun kunde hållas. Det var 12 av de 27 barnen som valde att ha behandlingspersonal med sig som stöd under intervjun. De flesta intervjuer tog mellan 40 – 50 minuter, medan någon pågick under en dryg timme.

De 27 intervjuade barnen var mellan 11 och 17 år gamla, med en stor variation i kognitiva och mognadsmässiga förutsättningar. Även tiden i integrerad vård varierade, mellan fyra och 72 veckor, innan intervjutillfället. Därutöver kunde barnet ha vistats mellan sex och 70 veckor på SiS innan integrerad vård. Det betyder att det fanns stora skillnader i omständigheterna kring barnet vid intervjutillfället.

Det är två forskare som har genomfört barnintervjuerna. Båda forskarna har tidigare erfarenhet av att möta målgruppen. Under intervjun fördes anteckningar som renskrevs i direkt anslutning till intervjutillfället.

Bearbetning och analys

Statistisk metod

Datamaterialet i delstudie 1 har bearbetats, analyserats och sammanställts deskriptivt. Bakgrundsfaktorer och data som beskriver de enskilda barnens situation före, under och efter IV har analyserats och redovisas i frekvenstabeller och andelar. Resultaten redovisas för samtliga barn i integrerad vård, samt med jämförelser mellan pojkar och flickor. Större skillnader mellan de båda grupperna kommenteras i text, men då grupperna är små och ojämnt fördelade redovisas inte statistiska tester för att undersöka säkerställda skillnader.

Kvalitativ analys

Det kvalitativa materialet i delstudie 2 och 3 har bearbetats och analyserats med tematisk analys [9-10]. Syftet var (1) att identifiera centrala teman och nyckelord, och (2) illustrera variation och bredd i materialet. Med utgångspunkt i intervjuformulärets frågor lästes intervjusvaren igenom upprepade gånger för att lära känna materialet och identifiera återkommande mönster. Relevanta utsagor markerades och kodades, varefter koderna grupperades i preliminära teman. Dessa teman granskades och omarbetades

Integrerad vård på SiS – utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn med stora behov av psykiatrisk vård

sedan flera gånger för att de på ett tillförlitligt sätt skulle återspegla materialet, varefter de definierades och namngavs.

De citat som används i resultatredovisningen har redigerats något för läsbarhet och för att utesluta risk för identifiering av enskilda barn.

En deskriptiv studie av målgrupp, vård och avslut

Delstudie 1 svarar mot de tre första frågeställningarna:

1. Vad kännetecknar de barn som fick integrerad vård under pilotprojektet ur SiS, BUP och socialtjänstens perspektiv?
2. Vad har den integrerade vården innehållit för de barn som fått integrerad vård?
3. Hur är barnets situation efter integrerad vård och vid avslut av SiS-vården?

Avsnittet avslutas med en summering och avslutande reflektioner.

Socialtjänstens bakgrund till placering på SiS

Underlaget för resultaten är inhämtat med hjälp av strukturerade intervjuer med placerande socialtjänst och från SiS verksamhetsuppföljning i pilotprojektet.

Lagrum för placering

En förutsättning för en LVU-placering på SiS är att det finns en oro för barnets eget beteende (3 § LVU), närmare specificerat i rekvisiten: (1) kriminalitet, (2) missbruk och (3) annat socialt nedbrytande beteende. Annat socialt nedbrytande beteende har angetts som skäl för i stort sett alla barn i integrerad vård. För vart fjärde barn har det funnits en oro för kriminalitet och för vart tredje oro för substansmissbruk (Tabell 2).

Utöver oron för barnets eget beteende kan omhändertagandet också grundas i brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet (2 § LVU). Oro för brister i omsorgen har förekommit för drygt en tredjedel av barnen som fått integrerad vård (Tabell 2).

Det är dubbelt så vanligt att pojkar omhändertagits med kriminalitet som grund medan missbruk var drygt fem gånger vanligare hos flickorna, när pojkar och flickor jämförs.

Tabell 2. Lagrum till grund för placering på SiS

	Barn i IV	Flickor	Pojkar
Lagrum	N = 55	n = 42	n = 13
(flera svar möjliga)	(%)	(%)	(%)
Antal placerade med stöd av § 2 och § 3 LVU	20 (36)	17 (42)	3 (23)
Antal med LVU § 3: Kriminalitet	13 (24)	8 (19)	5 (38)
Antal med LVU § 3: Missbruk	19 (35)	18 (43)	1 (8)
Antal med LVU § 3: Annat socialt nedbrytande beteende	52 (95)	41 (98)	11 (85)

Psykosocial problematik innan placering

Socialtjänstens beskrivning av problematik som legat till grund för omhändertagande och placering på SiS visade att oro för barnets psykiska ohälsa funnits med som grund för bedömningen för nästan alla barn i studien följt av barnets problem i skolan (Tabell 3). Det var en stor andel av barnen som hade varit utsatta för olika former av våld. En stor andel var enligt socialtjänstens bedömning också utsatta för allvarliga risker, exempelvis genom att de vistades i miljöer med kriminalitet, missbruk och en risk att barnet skulle utnyttjas sexuellt eller dras in i prostitution. En majoritet av flickorna, hade rymt hemifrån eller avvikit från tidigare placeringar, många gånger under minst ett dygn eller längre. medan det inte var lika vanligt bland pojkarna.

Tabell 3. Oro för barnet vid placering på SiS

Antal barn med viss problematik	Barn i IV	Flickor	Pojkar
(flera svar möjliga)	N = 55	n = 42	n = 13
	(%)	(%)	(%)
Psykisk ohälsa	54 (98)	41 (98)	13 (100)
Skolproblematik	49 (89)	37 (88)	12 (92)
Utsätter sig själv för risker	43 (78)	33 (79)	10 (77)
Utsatt för något våld eller övergrepp	42 (76)	33 (79)	9 (69)
Avvikit från hemmet eller placering	41 (74)	35 (83)	6 (46)
Funnits brister i omsorgen i uppväxtmiljön	40 (71)	28 (67)	12 (92)
Utsatt andra för våld och aggressivitet	39 (71)	27 (64)	12 (92)

Antal barn med viss problematik (flera svar möjliga)	Barn i IV N = 55 (%)	Flickor n = 42 (%)	Pojkar n = 13 (%)
Själv utsatt för våld och aggressivitet	37 (67)	28 (67)	9 (69)
Själv utsatt för sexuella övergrepp	30 (54)	27 (64)	3 (23)
Missbruk	30 (54)	25 (60)	5 (38)
Kriminalitet	21 (38)	13 (31)	8 (62)
Annat	34 (62)	27 (64)	7 (54)

Det fanns oro för brister i omsorgen i uppväxtmiljön för många av barnen, för betydligt fler än dem som omhändertagits med stöd av 2 § LVU. Det kunde dels handla om olika former av våld och övergrepp i hemmet och föräldrar med egen allvarlig psykosocial problematik, men det kunde också handla om föräldrarnas svårigheter att hantera och skapa trygghet kring ett barn med komplex psykiatrisk problematik, aggressivt och våldsamt beteende och mycket stora vårdbehov.

Det var också vanligt att socialtjänsten beskrev barnen som utagerande med ett våldsamt beteende. Ungefär två av tre barn hade utsatt andra för våld och aggressivitet. För drygt hälften av barnen fanns någon oro kring barnets användande av droger och alkohol, medan det var mer ovanligt med oro på grund av barnets kriminella beteende.

Jämförande analyser visar att socialtjänsten i högre grad kände till eller kände oro för att flickor hade varit utsatta för sexuella övergrepp än pojkar. Det var också betydligt vanligare att flickor hade rymt hemifrån eller avvikit från tidigare placeringar, men också att de oftare hållit sig borta under längre perioder. Däremot var det en större andel av pojkarna som hade utsatt andra i sin omgivning för hot och våld, det gällde nästan alla pojkar medan det var två av tre av flickorna.

Tidigare insatser från socialtjänsten

Majoriteten av de barn som fått integrerad vård har haft många insatser före aktuell placering, såväl öppenvårdsinsatser som placeringar (Tabell 4). I snitt har två öppenvårdsinsatser tidigare erbjudits för att möta barnets behov, med en variation mellan en och sju beslutade insatser. Den vanligaste öppenvårdsinsatsen var någon form av föräldrastöd eller familjebehandling. Mindre vanliga var insatser riktade direkt till barnet, som exempelvis stödkontakt, kontaktperson eller kontaktfamilj.

Alla utom ett av barnen i studien hade någon tidigare placering utanför hemmet bakom sig innan de skrevs in på SiS, men med en betydande variation mellan en och 20 tidigare placeringar (Median = 4,0; IQR 5). Det vanligaste är att ha varit placerad på hem för vård och boende (HVB).¹² Det var 51 barn av de 55 som ingår i studien som vid något tillfälle hade varit placerad på HVB. Drygt två barn av tre hade varit placerad i jour- eller familjehem och var tredje hade haft minst en tidigare placering på SiS. Under rubriken ”annan boendelösning” ingår olika speciallösningar som tillkommit för att så långt det är möjligt möta vårdbehoven hos barn där det har varit svårt att hitta lämpliga vårdalternativ. Exempel på sådana lösningar var barnet boende i en egen lägenhet utan andra barn men med personal närvarande dygnet runt, placering på utredningshem tillsammans med vårdnadshavare eller tillfälliga lösningar där barnet bott hos släkting eller i nätverket utan att det utretts och beslutats av socialtjänsten.

En jämförelse mellan pojkar och flickor visade att drygt var tredje flicka som fick IV redan tidigare hade varit placerad på SiS, medan få pojkar varit det. Flickorna hade också i något högre utsträckning varit placerade i familjehem och vårdats med LVU i hemmet.¹³

Tabell 4. Socialtjänstens öppenvårdsinsatser och tidigare placeringar

Antal barn som fått socialtjänstens insatser (flera svar möjliga)	Barn i IV N = 55 (%)	Flickor n = 42 (%)	Pojkar n = 13 (%)
Tidigare placering utanför hemmet	54 (98)	42 (100)	12 (92)
Tidigare placering på SiS	19 (34)	18 (43)	1 (8)
Tidigare placering på HVB	51 (93)	40 (95)	11 (85)
Tidigare placering jourhem/familjehem	38 (69)	31 (74)	7 (54)
Tidigare på LSS-boende	7 (13)	3 (7)	4 (31)
Tidigare LVU i hemmet	10 (18)	10 (24)	-
Någon annan tidigare boendelösning	11 (20)	8 (19)	3 (23)
Tidigare öppenvårdsinsats	43 (78)	32 (76)	11 (85)
Antal tidigare placeringar (Median; IQR)	4,0 (5,0)	4,5 (6,0)	4,0 (4,5)
Antal tidigare öppenvårdsinsatser (Median; IQR)	2,0 (2,0)	2,0 (1,5)	3,0 (3,0)

¹² Här avses HVB-hem annat än SiS.

¹³ LVU i hemmet regleras i 11 § andra stycket lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) som medger att barnet vistas i sitt eget hem, om detta kan antas vara bäst ägnat att främja vården av honom eller henne. Möjligheten tillämpas ofta i ett utslussningsskede från en tids placering utanför hemmet om det bedöms vara den bästa lösningen för barnet [11].

Det fanns en stor variation i barnens sammantagna placeringstid. I hela gruppen barn i IV varierade den mellan ett par veckor upp till 13 år. Ett mindre antal barn ($n = 10$) med lång tid i samhällsvård hade placerats i familjehem redan som små. När dessa barn uteslöts ur analysen var den genomsnittliga placeringstiden innan aktuell placering på SiS drygt ett år (ca 15 månader) med en variation mellan några veckor och fyra och ett havt år.

Psykiatrisk problematik innan placering

Barnets psykiska ohälsa var en återkommande oro inför placeringen på SiS för i stort sett alla barn. För nästan lika många barn hade socialtjänsten också kännedom om en eller flera psykiatriska diagnoser som barnet hade. Många barn hade en NPF-diagnos, men socialtjänsten kände även till en rad andra diagnoser. Det var också många av flickorna som uppvisade självskadebeteende (inklusive suicidförsök). Enligt socialtjänstens uppgifter hade tre av fem barn, huvudsakligen flickor, genomfört självskadande eller suicidala handlingar innan de placerades på SiS. Trots det var det enligt socialsekreteraren bara hälften av barnen som hade en pågående BUP-kontakt när socialtjänsten ansökte om plats på SiS, och det var ovanligt att det fanns en aktuell samordnad individuell plan (SIP)¹⁴ eller motsvarande (Tabell 5).

Tabell 5. Psykiatriska behov vid ansökan om plats på SiS

Antal barn med psykiatrisk problematik (flera svar möjliga)	Barn i IV N = 55 (%)	Flickor n = 42 (%)	Pojkar n = 13 (%)
Någon psykiatrisk diagnos	53 (96)	40 (95)	13 (100)
Självskada inkl suicidförsök	36 (65)	34 (81)	2 (15)
Pågående psykiatrisk kontakt	31 (56)	23 (55)	8 (62)
Aktuell SIP vid placering	11 (20)	10 (24)	1 (8)

SiS identifierade barn i behov av integrerad vård

När personal på SiS bedömde att ett barn hade så stora och sammansatta psykosociala och psykiatriska behov att de inte kunde tillgodoses i SiS ordinarie vårdstruktur kunde barnet remitteras till teamet för integrerad vård

¹⁴ SIP är ett verktyg för att samordna insatser för personer som behöver hjälp och stöd från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Planen upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att individen ska få sina behov tillgodosedda och om personen samtycker till att den upprättas.

på SiS.¹⁵ I det här avsnittet beskrivs vad som kännetecknar de barn som fick integrerad vård under pilotprojektet ur SiS perspektiv.

Till stöd för remittering till IV hade SiS personal ett strukturerat bedömningsstöd. I bedömningsstödet samlades information om barnets svårigheter, historik, behov och hälsa samt aktuell information om hur den ordinarie SiS-vården fungerar.¹⁶ I det här avsnittet presenteras den bild av de vårdbehov som SiS identifierat inför remittering. Underlaget baseras på information från SiS verksamhetsuppföljning av pilotprojektet. Informationen förstärker socialtjänstens bild av en sårbar målgrupp med en komplex problematik och omfattande vårdbehov.

Vårdbehov och problematik

SiS sammanställda dokumentation bekräftade att barnen som fick integrerad vård utgjorde en sårbar målgrupp. Exempelvis hade nästan alla barn varit utsatta för någon form av våld eller försummelse¹⁷ innan placeringen på SiS. Så många som 26 av de 55 barnen i studien hade någon gång utsatts för sexuellt övergrepp. Siffran kan jämföras med antalen barn där socialtjänsten inför placering hade haft en oro för att barnet hade varit utsatt (tabell 3). I intervjuer med placerande socialsekreterare var fanns en sådan oro för 30 av barnen. Det var inga skillnader mellan pojkar och flickor avseende utsatthet i form av försummelse, fysiskt eller psykiskt våld. Däremot var det nästan uteslutande flickor som hade utsatts för sexuellt våld.

I bedömningsstödet dokumenterades också den aktuella situationen på SiS, inbegripet aktuell beteendeproblematik. Mer än hälften av barnen hade vårdats i enskildhet (VIE)¹⁸ under någon period innan remittering och var tredje barn hade avskilts¹⁹ vid minst ett tillfälle. Hälften av barnen hade ett pågående våldsamt utagerande beteende och lika många hade ett pågående allvarligt självskadebeteende, inklusive suicidala handlingar. För många barn fanns även annat avvikande beteende dokumenterat. Exempel på sådant beteende var barn som uppförde sig gränslöst, som gav uttryck för en önskan

¹⁵ Se även beskrivning av remitteringsprocessen på sid 11 i inledningen.

¹⁶ Informationen hämtas bland annat från socialtjänstens vårdplan och underlag för placeringen, men baseras även på SiS egna utredningar och samlade bedömning av barnets vårdbehov.

¹⁷ Fysiskt, sexuellt eller psykiskt våld samt försummelse.

¹⁸ Vård i enskildhet (VIE) innebär att barnet vistas tillsammans med enbart personal i en avskild del av avdelningen eller institutionen. Vård i enskildhet används när barnet inte kan fungera tillsammans med andra barn, exempelvis på grund av svår psykiatrisk problematik och våldsamt beteende som gör dem farliga både för sig själva och för andra. VIE är en av SiS särskilda befogenheter. Vården kan pågå kortare eller längre tid beroende på barnets behov, men beslutet måste dokumenteras och motiveras och omprövas även regelbundet.

¹⁹ Avskiljning är en av SiS särskilda befogenheter som ger personal rätt att avskilja barnet från andra på avdelningen och låta barnet vara instängd i ett särskilt rum under en kortare tid. Avskiljning är avsedd att användas i akuta situationer, när det inte går att komma till tals eller lugna barnet på annat sätt. Det ska finnas personal närvarande som barnet kan prata med. Alla beslut om avskiljning ska dokumenteras och motiveras och får pågå i maximalt fyra timmar.

att allvarligt skada andra människor eller som återkommande uttryckte sig grovt kränkande med sexuell anknytning (Tabell 6).

En jämförelse mellan pojkar och flickor antyder att det är vanligare att pojkar hade ett våldsamt och hotfullt beteende medan flickor i högre utsträckning uppvisade ett allvarligt självskadebeteende.

Tabell 6. Dokumenterad beteendeproblematik innan integrerad vård

Antal barn med beteendeproblematik på SiS (flera svar möjliga)	Barn i IV	Flickor	Pojkar
	N = 54* (%)	n = 42 (%)	n = 12* (%)
Vård i enskildhet (VIE)	32 (59)	25 (59)	7 (58)
Avskiljning	19 (35)	15 (36)	4 (33)
Våldsamt/hotfullt beteende	28 (52)	20 (48)	8 (67)
Allvarligt självskadebeteende inkl suicidalt beteende	28 (52)	25 (60)	3 (25)
Sexuell beteendeproblematik	16 (30)	14 (33)	2 (17)
Annat avvikande beteende	23 (43)	17 (40)	6 (50)

*Informationen i det här avsnittet är hämtad från SiS bedömningsstöd. Ett av barnen inkluderades i integrerad vård utan genomförd bedömning. Information saknas därför för en individ

I bedömningsstödet dokumenterades också psykiatriska diagnoser och syndrom²⁰ som hade fastställts redan innan placeringen på SiS. Utöver konstaterad NPF-problematik var de vanligaste fastställda diagnoserna trauma- och stressrelaterade syndrom respektive en uppförandestörning alternativt trotssyndrom. Depressivt syndrom, ångestsyndrom eller substansrelaterade syndrom var vanliga i kategorin övriga fastställda diagnoser. En majoritet av barnen hade också en pågående psykiatrisk läkemedelsbehandling (Tabell 7).

Tabell 7. SiS information om fastställda och misstänkta psykiatriska diagnoser och syndrom eller konstaterat beteende

Antal barn med psykiatrisk problematik (flera svar möjliga)	Fastställd diagnos eller konstaterat beteende			Misstänkt diagnos		
	Barn IV N = 54* (%)	Flickor n = 42 (%)	Pojkar n = 12* (%)	Barn IV N = 55 (%)	Flickor n = 42 (%)	Pojkar n = 12* (%)
ADHD	39 (72)	28 (66)	11 (92)	6 (10)	6 (14)	-
Autism	16 (28)	10 (23)	6 (50)	15 (28)	11 (26)	4 (33)

²⁰ Enligt DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, femte upplagan) som är ett internationellt klassifikationssystem för klinisk diagnostik inom psykiatrin.

Antal barn med psykiatrisk problematik (flera svar möjliga)	Fastställd diagnos eller konstaterat beteende			Misstänkt diagnos		
	Barn IV N = 54* (%)	Flickor n = 42 (%)	Pojkar n = 12* (%)	Barn IV N = 55 (%)	Flickor n = 42 (%)	Pojkar n = 12* (%)
Trauma- och stressrelaterade syndrom	18 (33)	16 (38)	2 (17)	28 (51)	21 (50)	7 (58)
Uppförandestörning / trotssyndrom	18 (33)	14 (33)	4 (33)	14 (26)	10 (24)	4 (33)
Ångestsyndrom	9 (16)	8 (19)	1 (7)	23 (43)	19 (45)	4 (33)
Övrigt, fastställd diagnos	42 (76)	34 (80)	8 (61)	-	-	-
Genomsnittligt antal psykiatriska diagnoser	2,2 (1,1)	2,1 (1,2)	2,3 (0,8)	3,3 (2,2)	3,6 (2,4)	3,0 (1,3)
Läkemedelsbehandl psykiatri	48 (89)	38 (90)	10 (83)	-	-	-
Något somatiskt tillstånd	27 (50)	20 (48)	7 (58)	-	-	-

*Informationen i det här avsnittet är hämtad från SiS bedömningsstöd. Ett av barnen inkluderades i integrerad vård utan genomförd bedömning. Information saknas därför för en individ.

Utöver sedan tidigare fastställda diagnoser bedömdes de flesta barn i integrerad vård ha ett behov av fördjupad utredning för minst en misstänkt diagnos eller syndrom. Det var vanligast med misstankar om trauma och stressrelaterade syndrom, ångestproblematik och depressiva syndrom (Tabell 7).

Sammantaget hade barn som SiS remitterade till integrerad vård i genomsnitt två fastställda psykiatriska diagnoser, och det fanns misstankar om ytterligare diagnoser. Utöver den psykiatriska problematiken hade hälften av barnen även minst ett somatiskt tillstånd av betydelse för vården på SiS, allergiska besvär och astma, diabetes, magproblem och dålig tandhälsa. Jämförelser mellan pojkar och flickor visar på små skillnader.

Motivation och funktionsnivå

BUP:s dokumentation om barnens funktionsnivå och motivation kompletterar socialtjänstens och SiS perspektiv på vad som kännetecknar barnen som fick integrerad vård under pilotperioden (frågeställning 1).

I samband med att barnet samtyckte till att delta i integrerad vård på SiS dokumenterade BUP huruvida barnet är motiverat. Resultaten visar att 60

Integrerad vård på SiS – utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn med stora behov av psykiatrisk vård

procent ($n = 33$) av barnen är uttalade positiva till vården. Återstående barn har alla samtyckt till vård, men var inte uttalat positiva.

BUP skattade även barnets generella funktionsnivå med hjälp av CGAS-skattningar under integrerad vård.²¹ Vid inskrivningen i IV finns skattningar för 51 av de 55 barnen.

Skattningarna för barnen varierar vid inskrivning mellan 8 och 48, och sammantaget visar skattningarna en låg eller mycket låg funktionsnivå. Två barn bedömdes kräva *ständig eller ansenlig tillsyn och övervakning* för att förhindras att skada andra eller sig själv (8 – 20 poäng). Omkring en tredjedel skattades *oförmögna att fungera inom nästan alla områden* (21 – 30 poäng), och hälften bedömdes ha en *betydande nedsättning av funktion inom flera områden* (31 – 40 poäng). Fyra barn befanns ha en måttlig störning av funktionsförmågan inom de flesta sociala områden eller allvarlig störning av funktionsförmågan inom ett område (41 – 49).

Vårdens innehåll

I det föregående avsnitt beskrevs bakgrunden till placeringen på SiS liksom kartläggning och bedömning av barnets problematik inför en remittering till integrerad vård (frågeställning 1). I följande avsnitt beskrivs i stället perioden *under* integrerad vård: vad var innehållet i den integrerad vården för de 45 barn som hade avslutat integrerad vård på SiS inom datainsamlingsperioden (frågeställning 2).²²

Vårdtid i integrerad vård

Den genomsnittliga vårdtiden i IV var 242 dagar, med stora inbördes skillnader (mellan 32 och 569 dagar). Det fanns inte någon skillnad mellan pojkar och flickor i vårdtid.²³

Nästan hälften av barnen ($n = 22$) hade vårdats i enskildhet (VIE) under någon period medan de haft IV, men med en stor variation i antalet dygn i VIE.²⁴ Knappt hälften ($n = 10$) hade haft en sammantagen vårdtid på mer än två månader i VIE. En jämförelse över tid visade att behov av VIE och avskiljningar förekom för ungefär samma andel barn före IV och under IV. Jämförelser mellan pojkar och flickor visar inte på några skillnader.

²¹ Children's Global Assessment Scale (CGAS) [12-13].

²² Datainsamling från SiS och BUP pågick mellan oktober 2022 och sista december 2024. För de 10 barn som hade fortsatt integrerad vård även efter den 31 december 2024 saknas fullständig information, varför de har uteslutits ur analysen. Nio av de tio som hade fortsatt integrerad vård var flickor. Informationen har hämtats från verksamhetsuppföljningar genomförda av både SiS och BUP.

²³ Flickor: 243 dagar; Pojkar: 239 dagar.

²⁴ Variation mellan 3 – 322 dygn.

Insatser under integrerad vård

En grundläggande utgångspunkt för integrerad vård är att psykiatrisk och psykosocial vård behöver ges samordnat och på plats på ungdomshemmet. Vården ges av ett tvärprofessionellt team som i samverkan utreder och påbörjar relevant barnpsykiatrisk behandling och andra insatser under barnets placering på SiS.

För att undersöka de sammantagna insatserna under vårdperioden genomförde SiS en granskning av de avslutshandlingar som upprättats i samband med att integrerad vård upphörde. I avslutshandlingen dokumenterades både barnpsykiatriska insatser och insatser av psykosocial karaktär samlade under nio olika områden samt vem som ansvarat för insatsernas genomförande. Begreppet *insatser* ska i det här sammanhanget förstås som ett vidare begrepp än som avgränsade behandlingsinsatser. Det kan även handla om exempelvis utredning och kartläggning, riskbedömning, uppföljning av genomförda åtgärder och olika typer av stöd och anpassningar.²⁵

Dokumentationen visar att barnen hade tagit del av mellan två och 25 insatser under tiden i IV. Det fanns inte någon systematisk skillnad mellan pojkar och flickor avseende antalet genomförda insatser under integrerad vård.²⁶ Nästan alla barn hade fått del av en eller flera kartläggningar och utredningar, läkemedelsbehandling och någon eller några psykologiska behandlingsinsatser samt insatser och stöd för en fungerande vardag. Det var få barn som hade fått återfallsförebyggande insatser mot skadligt bruk och beroende eller kriminalitet (Tabell 8).

Tabell 8. Genomförda insatser under tiden i integrerad vård

Typ av insats och genomförande	Antal barn som fått insats* (N = 45)	Genomfört gemensamt	Genomfört BUP	Genomfört SiS
Utredning/kartläggning	42	28	13	1
Läkemedelsbehandling	39	38	-	1
Psykologiska behandlingsinsatser	39	21	15	3
Insatser för en fungerande vardag	37	16	1	20
Insatser till stöd för obruten vårdkedja	25	20	3	2

²⁵ För en närmare beskrivning av de olika insatsområdena se bilaga 3.

²⁶ Flickor mellan 2 och 25 insatser ($M = 10,6$, std 6,5); Pojkar mellan 5 och 16 insatser ($M = 8,7$, std 3,4).

Typ av insats och genomförande	Antal barn som fått insats* (N = 45)	Genomfört gemensamt	Genomfört BUP	Genomfört SiS
Insatser för fungerande skola	25	-	-	25
Insatser för omsorg och trygghetsskapande	18	6	-	12
Konsultation och handledning	16	16	-	-
Insatser mot skadligt bruk och beroende eller kriminalitet	6	-	2	4

* Barnet kan ha fått en eller flera insatser inom respektive insatskategori

Resultaten visar vidare att många insatser genomförts av IV-teamet gemensamt. Insatser som läkemedelsbehandling, insatser till stöd för en obruten vårdkedja respektive insatser för utbildning och kollegial handledning nästan alltid genomförts gemensamt. Vissa psykiatriska utredningar och psykologiska behandlingsinsatser hade genomförts av BUP, medan samtliga insatser till stöd för en fungerande skola genomförts av SiS.

Barnpsykiatrisk vård under integrerad vård

I BUP:s verksamhetsuppföljning dokumenterades den specifikt barnpsykiatriska vården. När ett barn hade inkluderats i integrerad vård inledde BUP sitt arbete med en strukturerad barnpsykiatrisk bedömning för att utreda och bedöma problematik och psykiatriskt vårdbehov.²⁷ Utifrån barnets individuella behov och situation ledde bedömningen sedan fram till en vårdplan. Vanliga åtgärder som dokumenterades i vårdplanen var att utreda för eventuella diagnoser, göra arbetsterapeutiska kartläggningar, optimera läkemedelsbehandling samt erbjuda behandling och psykoedukation.

Resultaten visade att så gott som samtliga barn som avslutat IV under uppföljningsperioden hade utretts för minst en diagnos och fått en eller flera psykiatriska behandlingsinsatser under tiden i IV. För fyra av fem barn hade minst en strukturerad suicidriskbedömning genomförts någon gång under vårdtiden (Tabell 9). Den vanligaste frågeställningen för en fördjupad bedömning var traumautredning följt av neuropsykiatrisk utredning. Övriga

²⁷ Sammanställningen hämtad från BUP:s egen verksamhetsuppföljning kan skilja sig något mot dokumentationen hämtad från SiS avslutshandling i föregående avsnitt.

exempel är utredning av ångestproblematik, psykossjukdom, ätstörning och utredning av den kognitiva funktionsnivån.

Fyra av fem barn hade även fått någon form av behandlingsinsats riktad mot NPF-problematik, var tredje barn hade fått traumabehandling. Övriga behandlingsinsatser kunde handla om läkemedelsbehandling, stödjande samtal, psykoedukation, psykoterapeutisk behandling och arbetsterapeutiska insatser.

Tabell 9. Psykiatrisk utredning och vård av BUP i integrerad vård

Psykiatriskt vårdinnehåll (flera svar möjliga)	Avslutat IV N = 45 (%)	Flickor n = 33 (%)	Pojkar n = 12 (%)
Strukturerad barnpsykiatrisk bedömning	44 (98)	32 (97)	12 (100)
Suicidriskbedömning	37 (82)	27 (82)	10 (83)
NPF-utredning	25 (56)	18 (54)	7 (58)
Traumautredning	28 (62)	18 (54)	10 (83)
Övriga utredningar	30 (67)	22 (67)	8 (67)
NPF-behandling	36 (80)	25 (76)	11 (92)
Traumabehandling	15 (33)	14 (42)	1 (8)
Övriga behandlingar	34 (76)	27 (82)	7 (58)

Samverkan och delaktighet under IV

En tät samverkan kring det enskilda barnet är en central del i integrerad vård. Resultaten visar att det för så gott som samtliga barn har hållits en rad gemensamma möten för att samverka och planera vården för barnet. Det var framför allt IV-teamet kopplat till det enskilda barnet som återkommande medverkade. Vanliga professioner var exempelvis läkare, psykolog och kurator/arbetsterapeut från BUP, vårdsamordnare, sjuksköterska och psykolog på SiS, representant för skolan och avdelningspersonal. Vid vissa möten medverkade även andra professioner som socialsekreterare, medarbetare på mottagande psykiatrisk mottagning, LSS-handläggare eller personal från ett kommande boende. Antalet dokumenterade samverkans- eller planeringsmöten varierade mellan knappt ett och åtta mötestillfällen per barn och månad (Median = 2,8).

För två av tre barn som avslutat IV hade samverkan helt eller delvis skett inom ramen för en samordnad individuell plan (SIP) (Tabell 8).

Barns och vårdnadshavares delaktighet

När IV avslutats hade två av tre barn själva deltagit i minst ett samverkansmöte. Även barnens vårdnadshavare hade deltagit vid minst ett samverkansmöte i samma omfattning. Antalet tillfällen då barn eller vårdnadshavare deltagit varierade mellan ett mötestillfälle och tio. De flesta hade varit med vid 1 – 3 tillfällen (Tabell 10).

Återkoppling från integrerad vård

I samband med avslut av integrerad vård sammanfattades den psykiatriska vården under vårdperioden i en så kallad epikris.²⁸ För tre av fyra barn skickades epikrisen till mottagande psykiatrisk enhet. Därutöver hade återkopplingsmöten hållits för de allra flesta barn som hade avslutat integrerad vård (Tabell 10).

Antalet aktörer som hade medverkat vid återkopplingsmötena varierade mellan en och åtta. Vilka aktörer som varit representerade varierade också. I många fall hade socialtjänsten deltagit ($n = 35$). Barnet själv hade varit med på två av tre återkopplingsmöten och vårdnadshavare hade varit med i samma utsträckning. Andra vanliga aktörer var mottagande psykiatrisk enhet ($n = 22$) och representanter för ett nytt boende dit barnet förväntades flytta ($n = 24$). Återkopplande information hade ofta givits både skriftligt och muntligt ($n = 28$).

Tabell 10. Samverkan och delaktighet i integrerad vård

Former för samverkan (flera svar möjliga)	Avslutat IV $N = 45$ (%)	Flickor $n = 33$ (%)	Pojkar $n = 12$ (%)
Finns SIP eller motsvarande	28 (62)	20 (61)	8 (67)
Barnet deltagit i minst ett samverkansmöte	30 (67)	23 (70)	7 (58)
Återkopplingsmöte	42 (93)	31 (94)	11 (92)
Utskrivningsanteckning (Epikris)	33 (73)	21 (64)	12 (100)

Barnet vid avslut av integrerad vård

I följande två avsnitt beskrivs barnets situation (1) efter integrerad vård och (2) vid avslut av SiS-vården (frågeställning 3).

För en majoritet (87 %; $n = 37$) av de 45 barn som avslutat integrerad vård bedömdes målen för vården var uppfyllda. För två barn avslutades IV när

²⁸ Epikris är ett begrepp som används inom vården och som avser en avslutande journalanteckning, eller utskrivningsanteckning, som sammanfattar vårdperioden.

barnet inte längre samtyckte till vården, för fem barn berodde avslutet på att socialtjänsten påskyndat en utskrivning från SiS och i ett fall avvek barnet från SiS och återkom inte. Resultaten bygger på information som BUP sammanställt som en del i verksamhetsuppföljningen inom pilotprojektet.

Psykiatriska diagnoser vid avslut

Alla barn som har avslutat IV under uppföljningsperioden hade aktuella psykiatriska diagnoser²⁹, med en variation mellan två och sju enskilda diagnoser (Tabell 11). Nästan alla barn i studien hade någon NPF-diagnos, det var 43 av 45 barn som hade avslutat IV som hade en eller flera av diagnoserna ADHD, autism och intellektuell funktionsnedsättning.

Tabell 11. Psykiatriska diagnoser vid avslut av integrerad vård

Antal barn med psykiatrisk diagnos (flera svar möjliga)	Avslutat IV N = 45 (%)	Flickor n = 33 (%)	Pojkar n = 12 (%)
Antal diagnoser (Median; IQR)	4,0 (2,0)	4,0 (3,0)	4,0 (3,0)
Minst en NPF-diagnos*	43 (96)	31 (94)	12 (100)
Hyperaktivitetsstörningar (F90)	40 (89)	29 (88)	11 (92)
Genomgripande utvecklingsstörning: Autism (F84)	27 (60)	16 (48)	11 (92)
Anpassningsstörning och reaktion på svår stress (F43)	22 (49)	18 (54)	4 (33)
Beteendestörning av utagerande slag (F91)	16 (36)	11(33)	5 (42)
Ängestsyndrom (F41)	10 (22)	8 (24)	2 (17)
Självdestruktivt beteende (Z91)	16 (36)	15 (46)	1 (8)
Någon/några andra psykiatriska diagnoser**	31 (69)	22 (67)	9 (75)

* Minst en av diagnoserna ADHD, autism eller intellektuell funktionsnedsättning (Diagnoskod F70, F84 eller F90 enligt ICD-10-SE). ** Exempel på övriga psykiatriska diagnoser är: Skadligt bruk (F191-F199); Schizofreni (F209); Akut ospecificerad psykos (F239); Psykos (F299); Bipolär sjukdom (F317); Depressiv episod (F321); Psykisk utvecklingsstörning (F70); Inlärningsstörning (F813); Vokala och motoriska tics (F952).

Den vanligaste diagnosen var ADHD, 40 av 45 barn hade diagnostiserats med en hyperaktivitetsstörning. Närmare hälften uppvisade anpassningsstörningar och reaktioner på svår stress, bland annat posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Ungefär vart tredje barn hade diagnostiserats med någon form av utagerande beteendestörning och lika

²⁹ Diagnoserna är kategoriserade enligt sjukdomsklassifikationen ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. ICD, svenska versionen (ICD-10-SE).

många hade ett konstaterat självdestruktivt beteende, såsom självskada eller suicidalt beteende. Många barn hade också andra, inte lika vanligt förekommande, diagnoser.

En jämförelse mellan pojkar och flickor tyder på att flickor oftare hade diagnostiserats med reaktioner på svår stress, och också oftare hade ett självdestruktivt beteende, medan det var en större andel av pojkarna i studien som hade en diagnostiserad autism.

För att undersöka eventuell förändring under tiden i IV har information från SiS om psykiatrisk problematik kombinerats med kunskap om fastställda diagnoser vid avslut av integrerad vård (Tabell 12). Resultaten visar att barnen hade fler fastställda diagnoser efter IV än innan. Den specifika diagnos som hade ökat mest var autism. Nästan dubbelt så många barn hade en fastställd autismdiagnos efter avslutad integrerad vård jämfört med innan.

Tabell 12. Psykiatrisk problematik innan och efter integrerad vård.

Psykiatrisk problematik före och efter integrerad vård (flera svar möjliga)	Före IV	Före IV	Efter IV	Förändring, procentenheter
	Fastställd diagnos SiS N = 45 (%)	Misstanke diagnos SiS N = 45	Fastställd diagnos BUP N = 45 (%)	
Hyperaktivitetsstörningar (F90)	31 (68)	+5	40 (89)	+9
Genomgripande utvecklingsstörning: Autism (F84)	14 (31)	+11	27 (60)	+13
Anpassningsstörning och reaktion på svår stress (F43)	14 (31)	+23	22 (49)	+8
Beteendestörning av utagerande slag (F91)	14 (31)	+11	16 (35)	+2
Ångestsyndrom (F41)	8 (17)	+12	10 (22)	+2
Självdestruktivt beteende (Z91)*	16 (36)	+1	16 (36)	0
Någon/några andra diagnoser	10 (22)	+22	31 (69)	+21

*Denna jämförelse behöver göras med särskild försiktighet då SiS inför integrerad vård inte har noterat självdestruktivt beteende i form av diagnos utan som pågående handlingar som iakttagits under placeringen.

Det var också förhållandevis många barn som hade fått en ADHD-diagnos och som uppvisade symtom på anpassningsstörning och reaktion på svår stress. Den största ökningen skedde dock inom gruppen övriga diagnoser.

Förskrivna psykofarmaka vid avslut

De här resultaten baseras på information om förskrivna läkemedel för psykiatriska besvär som är aktuella vid avslut av integrerad vård.³⁰ Från SiS dokumentation om situationen innan IV (se sid 26) vet vi att en majoritet av barnen hade psykiatriska läkemedel förskrivna redan innan integrerad vård. Det finns alltså skäl att anta att viss läkemedelsförskrivning gäller även *under* integrerad vård, även om en genomgång och anpassning av läkemedelsbehandlingen många gånger varit en av de planerade åtgärderna för tiden i IV.

Nästan alla barn hade någon form av psykofarmaka förskrivet vid avslut av integrerad vård (Tabell 13). Antalet förskrivningar varierade mellan ett och tio enskilda läkemedel, här fördelat på fem olika läkemedelsgrupper: ADHD-läkemedel, antipsykotiska läkemedel³¹, antidepressiva läkemedel, Lugnande läkemedel som också används för sömnproblematik samt melatoninpreparat som också används vid sömnbesvär.

Tabell 13. Antal barn med förskrivna läkemedel vid avslut av integrerad vård

Förskrivna psykofarmaka fördelad på läkemedelsgrupper (flera svar möjliga)	Avslutat IV N = 45 (%)	Flickor n = 33 (%)	Pojkar n = 12 (%)
Antal förskrivna psykiatriska preparat (Median; IQR)	5,0 (4,5)	6,0 (5,0)	3,5 (3,0)
Något ADHD-läkemedel	33 (73)	24 (73)	9 (75)
Något antipsykotiskt läkemedel	23 (51)	18 (54)	5 (42)
Något antidepressivt läkemedel	19 (42)	15 (46)	4 (33)
Något melatoninpreparat	24 (53)	18 (54)	6 (50)
Något annat lugnande läkemedel eller sömnläkemedel	32 (71)	26 (79)	6 (50)
Förskrivna läkemedel ur minst två läkemedelsgrupper	41 (91)	31 (94)	10 (83)
Förskrivna läkemedel ur minst tre läkemedelsgrupper	29 (64)	23 (70)	6 (50)
Förskrivna läkemedel ur fyra eller alla fem läkemedelsgrupperna	14 (31)	11 (33)	3 (25)

³⁰ Notera att förskrivna läkemedel inte nödvändigtvis innebär detsamma som uttag av läkemedel, till skillnad mot uppgifter hämtade från Socialstyrelsens läkemedelsuppgifter som baseras på förskrivna läkemedel som även har hämtats ut.

³¹ Antipsykotiska läkemedel ges vid bipolär sjukdom och psykos, men förskrivs även ofta off label, det vill säga utan godkänd indikation, för ångest, sömnproblem och stämningssvängningar och impulsivitet [14].

Närmare tre av fyra barn har en eller flera förskrivningar av läkemedel för ADHD. Av 33 barn som har någon ADHD-medicin så har 10 mer än ett läkemedel för ADHD förskrivet. Det är också en betydande andel av barnen som har fått recept på olika typer av lugnande läkemedel och sömnläkemedel. Majoriteten ($n = 39$) av de 45 barn som avslutat IV hade förskrivits melatonin eller lugnande läkemedel och läkemedel för sömnen. Två av tre barn (64 %) hade fler än ett lugnande/rogivande läkemedel.

Ungefär hälften av barnen hade antipsykotiska läkemedel förskrivna, och många (60 %) av dem hade också fått mer än ett sådant läkemedel. Det var inte lika vanligt med antidepressiv medicinering, men det var ändå två av fem barn som hade fått något antidepressivt läkemedel utskrivet. Tre av fem barn som hade haft IV bedömdes vid avslut av vården ha behov av psykiatriska läkemedel från minst tre av de fem redovisade läkemedelsgrupperna.

Jämförelser mellan pojkars och flickors förskrivna läkemedel för psykiatrisk problematik pekar mot flickorna har fler preparat förskrivna och antyder också att de har fler läkemedel ur flera läkemedelsgrupper.

Utöver läkemedel för psykiatriska besvär hade ungefär hälften av barnen även andra typer av förskrivna läkemedel som var riktade mot olika somatiska tillstånd. Det var exempelvis läkemedel för diabetes, astma och allergi, mag- och tarmbesvär och preventivmedel. Det var nästan tre av fyra flickor som hade andra läkemedel än de psykiatriska, men bara en av fyra pojkar, vilket delvis kan förklaras med förskrivning av preventivmedel.

Utskrivning från SiS

Det var alltså 45 barn i studien som hade avslutat integrerad vård per den 31 december 2024. Av dessa 45 barn hade 43 också skrivits ut från SiS. I det här avsnittet presenteras information om barnets situation när SiS-placeringen avslutas. Resultaten i avsnittet baseras huvudsakligen på information hämtad från placerande socialtjänst.

Det finns en mycket stor variation i barnens sammantagna vistelsetid på SiS vid utskrivning, mellan 152 och 1024 dagar. Drygt hälften av barnen ($n=23$) hade varit på SiS mellan 12 och 18 månader. Sju barn hade varit inskrivna under mer än 18 månader. För två av tre barn ($n = 30$) avslutades den integrerade vården i anslutning till att barnet skrevs ut från SiS, medan resterande tretton var fortsatt inskrivna på SiS under ytterligare 2 - 10 månader.

Fortsatta behov av insatser efter SiS

För samtliga barn som skrevs ut från SiS planerade socialtjänsten för nya insatser, oftast fortsatt vård med stöd av LVU ($n=39$). Det var 14 barn som fick fortsatta insatser med stöd av både 2 och 3 §§ LVU.

I intervjuerna uttryckte socialsekreterarna ofta att de planerade insatserna syftade till att bibehålla uppnådda förbättringar av barnets situation och stärka förutsättningarna för en fortsatt positiv utveckling, och barnets fortsatta behov av stöd och behandling grundade sig ofta i samma svårigheter som föranledde placeringen på SiS (Tabell 14). De vanligaste skälen för fortsatta insatser var därför fortfarande barnets psykiska ohälsa, behov av stöd för en fungerande skolgång, oro för att barnet återigen skulle utsätta sig själv för allvarliga risker och varaktiga brister i uppväxtmiljön.

Tabell 14. Skäl för fortsatta insatser efter placering på SiS

Antal barn med viss problematik (flera svar möjliga)	Barn i IV $N = 43$ (%)	Flickor $n = 32$ (%)	Pojkar $n = 11$ (%)
Psykisk ohälsa	39 (91)	30 (94)	9 (82)
Skolproblematik	33 (77)	24 (75)	9 (82)
Utsätter sig själv för risker	29 (67)	23 (72)	6 (54)
Brister i omsorgen i uppväxtmiljön	27 (63)	21 (65)	6 (54)
Utsätta andra för våld och aggressivitet	19 (44)	12 (38)	7 (64)
Missbruk	16 (37)	13 (40)	3 (27)
Själv utsätts för våld och aggressivitet	13 (30)	10 (31)	3 (27)
Kriminalitet	9 (21)	5 (16)	4 (36)

Källa: Skrivs här

En jämförelse mellan pojkar och flickor antyder att de könsskillnader som återfanns inför placering på SiS kvarstår, men antalet barn är litet och grupperna ojämna vilket gör att tolkning bör ske med försiktighet.

Samlad bedömning och rekommendation

I samband med att integrerad vård avslutades återkopplade teamet till socialtjänsten med en sammanfattning av vårdperioden och en samlad bedömning av barnets fortsatta vårdbehov och hur de bäst skulle kunna tillgodoses.

I många fall delade placerande socialsekreterare bedömningen från IV-teamet om hur det fortsatta vårdbehoven bäst kunde tillgodoses helt eller delvis. För 23 av de 43 barnen var socialtjänsten och integrerad vård helt överens, och för ytterligare 10 barn till viss del överens. Återstående socialsekreterare uppfattade inte att IV-teamet hade förmedlat någon samlad bedömning av barnets behov och rekommendation om fortsatta insatser.

Ett återkommande motiv till att socialtjänsten inte delade IV-teamets uppfattning om vilka insatser som skulle vara lämpliga för barnet är att IV hade argumenterat för en annan typ av placering än vad socialtjänsten bedömde som rimlig givet barnets omfattande problematik och många tidigare vårdsammanbrott. För fem av barnen handlade det om att IV-teamet rekommenderat placering i familjehem, medan socialtjänsten ansåg att riskerna, eller svårigheterna med att hitta ett lämpligt familjehem, som alltför stora. De ville i stället placera på HVB-hem med inriktning och kompetens för målgruppen för att stegvis närma sig öppnare vårdformer.

Placering eller öppenvård efter SiS

För en majoritet av barnen fattade socialtjänsten beslut om fortsatt placering, men i andra former, efter utskrivning från SiS (Tabell 15). Vanligast var att barnet placerades på ett HVB-hem som bedömdes kunna möta barnets problematik och behov. För sex barn tillskapades särskilda boendelösningar i form av vad socialsekreterarna benämnde som ”1 till 1-HVB”, det vill säga ett HVB med personal närvarande dygnet runt, men där barnet är den enda placeringen i boendet. Av socialsekreterarintervjuerna framgår att lösningen ses som en möjlighet att kunna möta barnets behov av kvalificerad vård och tillsyn samtidigt som det inte behöver bo och samspela tillsammans med andra barn i vardagen. Övriga barn placerades i familjehem eller på LSS-boende.

Tabell 15. Behov av fortsatta insatser från socialtjänsten

Antal barn med fortsatta insatser (flera svar möjliga)	Avslutat SiS N = 43 (%)	Flickor n = 32 (%)	Pojkar n = 11 (%)
Någon placering utanför hemmet	36 (84)	27 (84)	9 (82)
Någon institutionsvård*	28 (65)	20 (62)	8 (73)
Socialtjänstens öppenvårdsinsatser under placering	13 (30)	8 (25)	5 (46)
Socialtjänstens öppenvårdsinsatser i hemmet	7 (16)	5 (16)	2 (18)

* Placering på HVB-hem, 1 till 1-HVB samt LSS-boende.

För vart tredje barn som fick en placering planerade socialtjänsten för parallella öppenvårdsinsatser. Det kunde exempelvis handla om stöd och behandling till barnet, men även om fortsatt stöd till vårdnadshavarna för ökad förståelse och för att underlätta inför att barnet senare skulle kunna återvända hem. För samtliga barn som flyttade hem till vårdnadshavarna fanns det också beslutade insatser i form av ospecificerat stöd för familjen (Tabell 15).

Hälsa- och sjukvård efter SiS

I frågorna kring socialtjänstens förberedelser för fortsatt vård efter placeringen på SiS ingår även frågor om barnets behov av fortsatt barnpsykiatrisk vård³², vård enligt LSS, vård/kontakt med beroendemottagning samt annan hälso- och sjukvård. För en majoritet av barnen som skrivits ut från SiS uppgav socialtjänsten att det fanns en plan för fortsatt psykiatrisk vård (Tabell 16).

För hälften av barnen fanns det endera en SIP på plats redan i anslutning till utskrivning, eller så hade en första kontakt tagits men ännu ingen gemensam plan upprättad. På frågor om skälet till att inget initiativ till samordning mellan socialtjänst och psykiatri tagits ännu svarade några socialsekreterare att de ännu inte hade hunnit, andra att det saknades samtycke eller att socialtjänsten hade överlåtit åt den nya vårdgivaren (exempelvis HVB-hem eller LSS-boende) att ansvara för en eventuell SIP. För vart femte barn ($n = 8$) där det fanns en plan för fortsatt psykiatrisk vård bedömde socialsekreteraren att det saknades behov av SIP.

Tabell 16. Behov av fortsatta hälso- och sjukvård

Fortsatta insatser (flera svar möjliga)	Avslutat SiS N = 43 (%)	Flickor n = 32 (%)	Pojkar n = 11 (%)
Fortsatt psykiatrisk vård*	37 (86)	28 (88)	9 (82)
Finns/kontakt tagen för SIP	19 (44)	15 (47)	4 (36)
Vård enligt LSS	15 (35)	9 (28)	6 (54)
Mottagning för skadligt bruk och beroende	6 (14)	5 (16)	1 (9)
Somatisk hälso- och sjukvård	6 (14)	4 (12)	2 (18)

* Psykiatrisk öppen- eller slutenvård.

För ungefär vart tredje barn som skrevs ut från SiS efter IV var avsikten att barnet skulle erbjudas stöd- och vårdinsatser enligt LSS, endera i öppenvård

³² Alternativt psykiatrisk vård för vuxna om den unge fyllt 18 år vid utskrivning från SiS.

eller i LSS-boende. För ett mindre antal barn var planen en kontakt med öppenvårdsmottagning riktad mot skadligt bruk och beroende respektive fortsatt kontakt med sjukvården med anledning av somatisk sjukdom.

Fortsatt planering framåt

På frågor om den långsiktiga planeringen bedömde socialsekreterarna att drygt hälften ($n = 21$) av de barn som placerades utanför hemmet när de skrevs ut från SiS hade behov av fortsatt placering fram till vuxen ålder. För de flesta av dem ($n = 17$) saknade föräldrahemmet förutsättningar att ta hand om barnet på ett bra sätt. För de återstående barnen var det snarare barnets ålder som påverkade bedömningen. I och med att barnet var i övre tonåren vid utskrivning från SiS planerade socialtjänsten för någon form av stödboende efter behandlingsplaceringen, som en övergång till ett självständigt vuxenliv.

Summering av delstudie 1

Delstudie ett syftar till att beskriva barnens situation och problematik före, under och efter integrerad vård samt vad integrerad vård inneburit. Här summeras de mest centrala resultaten.

En utsatt målgrupp med sammansatta behov

Studien beskriver en sårbar och utsatt målgrupp med stora och sammansatta behov. Nästan alla har tidigare misslyckanden i skolan, återkommande placeringar i samhällsvård och vistelse i miljöer där det finns risk för kriminalitet, bruk av droger, våld och sexuell exploatering. Många har både utsatts för våld, övergrepp eller försummelse och själva utövade våld och aggressivitet. Många av barnen har varit aktuella inom socialtjänsten under lång tid, och för en stor andel har det funnits en varaktig oro för omsorgsbrister i hemmet.

Alla barn hade komplex psykiatrisk problematik med minst en men ofta flera psykiatriska diagnoser. Redan innan barnet placerades på SiS hade många, framför allt bland flickorna, uppvisat någon form av självskadebeteende eller suicidnära beteende. Det var vanligt att dessa beteenden kvarstod också under placeringen på SiS. Den svåra psykiatriska problematiken bekräftades vid inskrivning i integrerad vård. BUP bedömde genomgående barnens funktionsnivå som låg eller mycket låg. Många bedömdes ha så omfattande svårigheter att fungera i vardagen att de var i behov av tät tillsyn och övervakning.

Trots konstaterad psykiatrisk problematik hade bara hälften av barnen en pågående BUP-kontakt vid ansökan om plats på SiS, och endast för ett fåtal barn fanns en upprättad SIP. Sammantaget framträder bilden av en grupp

Integrerad vård på SiS – utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn med stora behov av psykiatrisk vård

barn med stora och sammansatta behov som inte tidigare fått den vård och omsorg de haft rätt till.

Specialistpsykiatri och psykosociala insatser

Integrerad vård innebär att ett individuellt sammansatt team, med olika professioner från både BUP och SiS, gemensamt arbetar kring barnet. De många gånger långa vårdtiderna och ett brett spektrum av insatser under vårdtiden bekräftar omfattningen av barnens behov: psykiatrisk kartläggning och utredning, läkemedelsgenomgång, psykologisk och psykiatrisk behandling, psykoedukation samt stöd för en mer fungerande vardag. Därtill gjordes ansträngningar kring det enskilda barnet för att stärka förutsättningarna för en sammanhållen vårdkedja efter tiden i integrerad vård, liksom handledning och utbildning till personalen i teamen.

När IV avslutades hade antalet fastställda diagnoser ökat, och en omfattande förskrivning av psykofarmaka förstärker bilden av barn med betydande behov av varaktig psykiatrisk kontakt och uppföljning. NPF-diagnoserna dominerade även efter vårdtiden, med ADHD som den vanligaste enskilda diagnosen. Antalet barn med autismdiagnos hade nästan fördubblats. Samsjuklighet var utmärkande, därtrauma-/stressyndrom, beteendestörning med utagerande beteende och dokumenterat självdestruktivt beteende var de vanligaste diagnoserna utöver NPF.

Fortsatta insatser från socialtjänst och psykiatri

Samtliga barn som haft IV bedömdes vara i behov av psykosociala och psykiatriska insatser även efter tiden på SiS. För de allra flesta innebar detta att socialtjänsten planerade för fortsatt placering i samhällsvård, ofta på HVB. Ungefär hälften av dem som placerades utanför hemmet efter SiS bedömdes behöva fortsatt placering ända fram till vuxen ålder.

För en stor andel av barnen uppgav socialtjänsten att det fanns en plan för fortsatt psykiatrisk vård, men bara för hälften hade socialtjänsten tagit initiativ till en SIP. Ungefär vart tredje barn hade planerat stöd och insatser enligt LSS.

Socialtjänstens upplevelse av integrerad vård på SiS.

När barnet hade lämnat SiS intervjuades ansvarig socialsekreterare om sin upplevelse och erfarenhet av integrerad vård i delstudie 2, som besvarar frågeställning 4: Hur har placerande socialsekreterare uppfattat integrerad vård inom SiS?

Telefonintervjuerna genomfördes med stöd av en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 6). Här presenteras resultaten organiserade kring tre övergripande, delvis överlappande, områden: erfarenheter av integrerad vård, sammanhållen vårdkedja samt framtida utvecklingsbehov. Avsnittet mynnar ut i en summering och avslutande reflektion.

Erfarenheter av integrerad vård

Här sammanfattas socialsekreterarnas³³ samlade erfarenheter och uppfattning om hur IV har bidragit till barnets vård under tiden på SiS och hur den stärkt förutsättningar för framtida vård.

Vård som bättre tillgodoser barnets behov

Resultaten visar att socialsekreterarna uppfattar att IV ofta inneburit en tydlig förbättring av vården på SiS. I flera fall beskrivs IV som att barnet för första gången fått tillgång till kvalificerad psykiatrisk vård som tar hänsyn till både psykiatriska tillstånd och komplex livssituation.

Flera socialsekreterare ställer tiden med IV i kontrast till tidigare erfarenhet av att placera barn med liknande problematik på SiS. Socialsekreterarna berättar att SiS tidigare inte kunnat möta målgruppens behov eller erbjuda adekvat behandling. Placeringen har snarast kunnat liknas vid ”förvaring” i avvaktan på andra lösningar, en akut åtgärd för att i låsta former ha möjlighet att förhindra att barnet skadar sig själv eller andra. Med IV har vården på SiS i stället kunnat anpassas till barnets individuella behov. Barnet har kunnat få sina behov mer allsidigt utredda och eventuella diagnoser fastställda som en grund för fortsatt behandling och fortlöpande uppföljning.

För några barn har IV uppfattats som direkt livsavgörande, både för barnet och för familjen:

³³ Resultaten baseras på intervjuer med 52 socialsekreterare som besvarat samtliga eller delar av frågorna i uppföljningsintervjun. För tre av barnen kunde frågor om socialtjänstens upplevelse av integrerad vård på SiS inte besvaras på grund av handläggabyte i anslutning till utskrivning från SiS.

”Egentligen är det helt vansinnigt att vi behövde placera på SiS för att barnet skulle kunna få hjälp, men det har inte funnits annan möjlighet att få kvalificerad psykiatrisk vård över tid, som tar sig an helheten och hittar lösningar//...//Integrerad vård har inneburit en livsavgörande insats! De har räddat livet på ett barn och hela hans familj.”

(Socialsekreterare D1)

Kontinuitet, tillgänglighet och möjlighet till fördjupad förståelse för barnets beteenden lyfts fram som särskilt värdefullt.

Professionalisering av vården kring barnet

När socialsekreterarna jämför tiden med IV med ordinarie SiS framhåller de ofta att det inneburit en professionalisering när flera professioner med olika kompetenser har samverkat kring barnet på ett strukturerat sätt. Det tvärprofessionella arbetssättet, gemensamma mål och regelbundna möten uppfattas ha lyft kvaliteten både på vården riktad direkt till barnet och på samverkan mellan aktörer.

Men denna professionalisering har inte bara begränsat sig till själva teamarbetet utan även spritt sig vidare till andra aktörer kring barnet. När IV fungerat väl har socialsekreterarna upplevt att ansvarsfördelningen blivit tydligare, att det är fler som har tagit ansvar för helheten och att socialtjänsten har fått ett värdefullt stöd av de yrkesgrupper som arbetar närmast barnet under placeringen, i stället för att socialsekreteraren ensam ska bära samordning av socialtjänst och psykiatri i komplexa ärenden.

”Det skiljer sig enormt mycket mot vanlig SiS. Här har vi arbetat med gemensamma mål, alla professioner närvarade. Samverkan och alla som drar åt samma håll. Annars är det jag som ska försöka få tag på alla, samordna, och alla tenderar att bolla ifrån sig. Det här höjde professionaliteten hos samtliga medverkande, upplevde jag.”

(Socialsekreterare D16)

Samtidigt finns det socialsekreterare som har andra erfarenheter också. I stället har IV snarast uppfattats som en reguljär BUP-vård på plats på ungdomshemmet, utan samverkan eller kunskapsutbyte med vare sig SiS eller socialtjänsten.

”Integrerad vård har inte varit så bra på att kommunicera och skapa delaktighet i sin process//...//Så på det sättet funkade de precis som vilken BUP som helst. De kör sitt race och meddelar oss i bästa fall vad de kommit fram till. Vi fick inte heller något

överföringsmöte, vilket hade varit bra om man ska tänka vårdkedja.”

(Socialsekreterare D6)

Ny kunskap kring barnet ger anpassningar av vården

En central del av IV har varit att ta fram fördjupad kunskap om barnets psykiska hälsa, funktionsförmåga och behov. Med nya eller förtydligade diagnoser och en ökad förståelse för barnets sammansatta problematik underlättas den fortsatta vårdplaneringen.

I vissa fall har IV bekräftat socialtjänstens tidigare misstankar. I andra ärenden har ny kunskap inneburit en helt ny inriktning för den fortsatta vården och möjliggjort insatser som tidigare inte varit aktuella, exempelvis LSS-insatser.

”Diagnoserna gör att vi har helt annan förståelse för hens behov...//Vi kommer jobba mot LSS, och det hade vi inte kunnat göra utan integrerad vård och diagnos.”

(Socialsekreterare D12)

Andra exempel på hur ny kunskap lett till anpassningar av vården är exempelvis:

- Att ställa tydligare krav på framtida boenden vad gäller bemanning kompetens och inriktning
- Att undvika vårdformer som bedöms som alltför lågt kvalificerade i förhållande till barnets behov
- Att planera för långsiktig psykiatrisk vårdkontakt och uppföljning

Samtidigt finns en variation. För en mindre grupp barn beskrivs IV huvudsakligen ha bekräftat redan planerade insatser utan att dessa förändrats i sak. I ett fåtal fall har socialsekreterarna uppgett att de inte fått ta del av någon bedömning, eller att kontakten skett i ”tredje hand”, vilket begränsat möjligheten att använda materialet för att anpassa vården.

”Kartläggningen som gjordes var bra, men det var det enda. Det har inte bidragit till anpassning av vården.”

(Socialsekreterare A12)

Dessa variationer pekar på IVs potential att påverka framtida vård, även om den inte automatiskt kan förväntas i alla ärenden.

Stöd av väl underbyggda beslutsunderlag

Flera socialsekreterare talar om dilemmat att socialtjänsten har ett så långtgående ansvar för att fatta beslut om och samordna vård och insatser för barn med en så komplex och sammansatt problematik som barn i målgruppen för IV, samtidigt som de saknar psykiatrisk kompetens. En professionell psykiatrisk och psykosocial bedömning kan underlätta fortsatt vårdplanering och socialtjänsten har bättre förutsättningar att hitta rätt vård. I intervjuerna blir det tydligt att de skriftliga utredningar, bedömningar och sammanfattningar som IV-teamet tagit fram i många fall har fått en central funktion som beslutsunderlag. Socialsekreterarna beskriver hur underlagen:

- Gjort det lättare att motivera och argumentera för omfattande insatser i nämnd och i dialog med chefer
- Givit tyngd i kontakter med andra vårdgivare
- Underlättat kravställning och matchning mot framtida boendeformer
- Ger mer nyanserade beskrivningar av barnets styrkor och sårbarheter

Underlag med helhetsperspektiv – där både psykiatriska och psykosociala behov och bedömningar vävs samman – uppfattas som särskilt värdefulla.

”Allt blir bättre med ett underlag som tagit helhetsgrepp. Förutsättningarna för en hållbar vårdkedja och rätt beslutade insatser ökar med ett allsidigt och heltäckande underlag. Plus att vi får kraft i vårt beslut och i dialog och samverkan med övriga aktörer.”

(Socialsekreterare A5)

Tack vare ett samlat grepp om barnets situation upplever socialsekreterarna att beslutsprocesser blir mindre sårbara för subjektiva uppfattningar och mer förankrade i en tvärprofessionell och allsidig bedömning.

Sammanhållen vårdkedja för en utsatt målgrupp

En viktig utgångspunkt för utvecklingsarbetet med integrerad vård på SiS har varit att stärka förutsättningarna för hållbara och sammanhållna vårdkedjor. Sammanhållen vårdkedja innebär att:

- Vård ges på rätt nivå och i rätt omfattning utifrån barnets behov
- Inblandade aktörer tar ett långsiktigt ansvar
- Övergångar mellan vårdformer och huvudmän är planerade
- Barnet inte ”faller mellan stolarna” i mötet med ett komplext vårdsystem

Det handlar alltså inte enbart om att undvika avbrott, utan också om att skapa en röd tråd och en följsamhet gentemot barnets behov, både under tiden med integrerad vård på SiS och vidare till fortsatt vård och omsorg.

I materialet blir det tydligt att barnen ofta har en lång historia av upprepade vårdsammanbrott, hastiga uppbrott och omplaceringar innan placeringen på SiS. Socialtjänsten har i många fall varit involverad under flera år och försökt hitta andra lösningar innan SiS framstod som en sista utväg. Under placeringen på SiS bär sedan socialtjänsten fortsatt det yttersta ansvaret för barnets vård, samt för att planera och samordna nästa steg i vårdkedjan. Genom att föra in kvalificerad barnpsykiatrisk kompetens på SiS utgör IV en viktig länk, men för att säkerställa att kedjan håller samman har socialtjänsten en nyckelroll. För att stärka förutsättningarna för hållbara och sammanhållna vårdkedjor för målgruppen behöver IV således adressera socialtjänsten och bygga hållbara övergångar.

Centralt i socialsekreterarnas beskrivning av förutsättningar för en sammanhållen vårdkedja är delaktighet, fungerande samverkan och kommunikation. Inte bara mellan socialtjänst och SiS, utan också med integrerad vård på SiS, psykiatriska mottagningar utanför integrerad vård, habilitering och andra vårdgivare. Resultaten visar att samverkan och känsla av delaktighet spelar en avgörande roll, både för socialsekreterarnas uppfattning om IV och för att stärka förutsättningarna för en sammanhållen vårdkedja.

Delaktighet

God dialog och öppen kommunikation lyftes som centrala förutsättningar för delaktighet. I de flesta fall upplever socialsekreterarna att de har varit delaktiga i övergripande planering och viktiga beslut kring barnet under vistelsen på SiS, men inte i alla vardagliga beslut och åtgärder. Flera betonade att det inte är vare sig möjligt eller önskvärt att som socialsekreterare vara delaktig i precis allt som händer barnet under en SiS-placering. För många av barnen i studien kantades vården periodvis av dagliga incidenter, beslut och åtgärder, och socialsekreterarna framhöll att de hade förtroende för att personalen fattade rätt beslut i vardagen och litade på att de skulle involveras först när deras medverkan som ytterst ansvariga behövdes.

”Har oftast blivit informerad om allt som behövs//...//Det går inte att vara helt delaktig när ett barn är på SiS, en del beslut måste tas där och då. Men viktigt att få information efter hand.”

(Socialsekreterare A5)

Integrerad vård på SiS – utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn med stora behov av psykiatrisk vård

För de socialsekreterare som inte var helt nöjda, spände uppfattningarna mellan att ha önskat större delaktighet till att de inte uppfattat sig delaktiga överhuvudtaget.

”Jag har varit ganska delaktig//...//men tidvis har jag fått tvinga mig till det. Om jag inte hade stått på mig skulle jag inte ha involverats.”

(Socialsekreterare B2)

Samverkan

I analysen framträder fyra återkommande faktorer som karakteriserar god samverkan: struktur, tydlighet, ansvarstagande samt ett öppet och respektfullt klimat.

När samverkan fungerat väl beskrivs den som strukturerad, formaliserad och återkommande. Socialsekreterarna lyfter regelbundna möten och tydlighet som viktiga faktorer. Flera av de socialsekreterare som är särskilt nöjda med samverkan betonar att de varit nöjda med att någon utsedd person har haft ett uttalat ansvar att kalla till möte och hålla ihop innehållet. Det kan vara en representant från IV som har uppgiften eller socialtjänsten själva. Det viktiga är att någon har det uttalade samordnande ansvaret för samverkansmöten.

”Ungefär var sjätte vecka hade vi möte, det var integrerad vård som höll i mötet och gjorde det på ett väldigt strukturerat sätt. Det var professionellt, generöst och ett öppet samtalsklimat.”

(Socialsekreterare A3)

God samverkan för en hållbar vårdkedja kännetecknas också av ett aktivt ansvarstagande. Socialsekreterarna beskriver IV som särskilt värdefullt när de utöver psykiatrisk kartläggning och utredning även tagit ansvar för att följa upp remisser och säkerställa överlämningar till fortsatt psykiatrisk vård och andra vårdgivare.

”I detta fall har det varit sådan fantastisk samverkan för att bygga en hållbar vårdkedja. Till exempel höll integrerad vård kvar ärendet tills det remitterats till psykiatrin och såg till att det blev en överlämning. Stor samverkan, insyn och ett gemensamt utbyte mellan olika perspektiv. Fantastiskt!”

(Socialsekreterare D17)

Som framgår i båda de ovanstående citaten spelar samverkansklimatet också en viktig roll. Av intervju svaren framgår hur samverkan fungerar som bäst när parterna möts prestigelöst, med respekt för varandras kompetenser och med ett gemensamt fokus på barnets bästa. Flera av socialsekreterarna

framhöll att de tycker att representanter från BUP och SiS har ett särskilt ansvar för att sätta tonen för samverkan.

”Jag kan tycka att det inte fungerade så bra i samarbetet när integrerad vård inte respekterade vår bedömning och långa erfarenhet i ärendet//...//socialtjänsten behöver vara en lika respekterad profession och SiS behöver bli mycket mer uppmärksam på sin maktposition och skapa samarbetsklimat.”

(Socialsekreterare D3)

God samverkan förutsätter således inte konsensus i alla sakfrågor, men ett klimat där olika perspektiv kan brytas mot varandra utan att relationerna undergrävs.

Samsyn vid avslut av integrerad vård

Ett tillfälle där samverkansklimat och samsyn mellan IV-teamet och socialtjänst verkar ha prövats särskilt ofta är i anslutning till att IV skulle avslutas. Intentionen i IV är att teamet i samband med avslut ska återkoppla till socialtjänsten med en sammanfattning av vårdperioden, ge en samlad bedömning av barnets fortsatta vårdbehov samt rekommendationer om fortsatta insatser inom BUP och socialtjänst.

När det gäller rekommendationer om fortsatt barnpsykiatrisk vård har socialsekreterarna i regel inga invändningar, men när det kommer till de fortsatta psykosociala insatserna är bilden mer sammansatt. De flesta socialsekreterare delar visserligen IV-teamets bedömning om utformningen av fortsatta insatser, men det är samtidigt flera som bara delvis delar den bedömning och rekommendation som teamet sammanställt. En återkommande anledning är att socialtjänsten inte ansåg att de rekommenderade insatserna var tillräckligt kvalificerade givet barnets problematik.

”Integrerad vård uppfattade jag som naiva kring behov av fortsatt vård. Vi från socialtjänsten vill i första hand ha stabilitet och undvika vårdssammanbrott. Integrerad vård ville tro att om man kommer till rätta med det psykiatriska är alla problem borta.”

(Socialsekreterare C5)

Ett annat scenario var att IV-teamet rekommenderat placering i i annan samhällsvård än SiS som har specifik psykiatrisk kompetens, men att socialtjänsten inte kunnat hitta den typen av vård.

”Det är lätt att bara säga vilka behoven är när man själv inte behöver erbjuda den vården. Det blir inte särskilt hjälpsamt. Nu

upplever jag att integrerad vård landade sin bedömning i vårt knä, men det fanns inget sådant vårdalternativ att tillgå och då uppvisade de en stor brist på förståelse för vårt perspektiv.”

(Socialsekreterare C4)

I flera intervjuer efterlyste socialsekreterarna större respekt för ett ytterst begränsat utbud av lämpliga vårdformer och för socialtjänstens yttersta ansvar.

Vårdkedjan efter SiS

De allra flesta barn som haft IV har ett fortsatt omfattande vårdbehov även efter avslutad vård. När vårdkedjan fungerar väl beskriver socialsekreterarna hur:

- Barnet fått kontinuerligt stöd utan avbrott
- Integrerad vårds bedömningar har bidragit till att hitta rätt vård efter SiS
- Överlämningar har skett strukturerat till ny BUP-mottagning, HVB eller annan vårdgivare

Många av de intervjuade socialsekreterarna är av uppfattningen att IV verkligen har stärkt förutsättningarna för en hållbar vårdkedja efter SiS. I sådana fall uppfattas IV tydligt som en länk i vårdkedjan snarare än som en isolerad insats.

”Integrerad vård har varit fantastiska med att ha överlämningar till ny psykiatrisk mottagning. Hållit kvar ärendet tills barnet verkligen hade träffat ny psykolog för att det inte ska bli glapp och lämnat över all viktig information. Sådant är man inte van vid från BUP.”

(Socialsekreterare C 13)

Men trots att många socialsekreterare välkomnar initiativet och är positiva till IV så återstår många utmaningar för en hållbar sammanhållen vårdkedja efter placeringen på SiS. Exempel på utmaningar som återkommer i flera av intervjuerna är:

- Det saknas lämpliga vårdformer
- Barn- och ungdomspsykiatrin är svårtillgänglig och fragmenterad
- Brister i överlämningar

Som framgick i avsnittet ovan, om Samsyn vid avslut av integrerad vård, saknas lämpliga vårdformer som kan möta behoven hos vissa barn i målgruppen. Barnens sammansatta psykiatriska och psykosociala problematik, ofta med tidvis våldsamt utagerande beteende, ställer stora krav på exempelvis psykiatrisk kompetens och tillräckliga personalresurser i

framtida boendeformer. Många socialsekreterare återkommer till svårigheten att hitta HVB-hem med psykiatrisk kompetens, LSS-boenden med rätt inriktning eller familjehem som har kunskap och möjlighet att möta barnens omfattande behov. Det är en brist som beskrivs som ett av de största hindren för att omsätta IV-teamets rekommendationer och bygga vidare på den vårdkedja som skulle behövas i praktiken.

”Jag uppfattar att det saknas en vårdform som skulle behövts i det här fallet//...//varken LSS och HVB har den psykiatriska kunskapen för att skapa trygghet eller de befogenheter som behövs för att hantera säkerhetsfrågor och hot.”

(Socialsekreterare C9)

När det gäller BUP beskriver många socialsekreterare att ordinarie öppenvård ofta ha långa köer, hög belastning och begränsad vilja, kapacitet och kunskap för att ta långsiktigt ansvar för denna komplexa målgrupp. När barnen flyttas mellan kommuner och regioner riskerar dessutom pågående kontakter att avslutas, nya mottagningar att vilja göra sina egna bedömningar och tidigare utredningar att omprövas.

”Det som fungerat mindre bra är att vården ofta jobbar i stuprör och inte respekterar andras bedömningar, så att t ex andra regioner eller habiliteringen kan välja att ompröva och vilja göra en helt egen bedömning, börja från början.”

(Socialsekreterare A4)

Tillsammans med brister i överlämningar och uppföljning bidrar detta till att vårdkontinuiteten går förlorad, även om IV gjort omfattande kartläggningar och utredningsarbete för att skapa utgångspunkt för en fortsatt hållbar vårdkedja. I intervju svaren framgår exempelvis att remisser inte följts upp, eller att nya aktörer inte tagit emot ärendet så att barnet återigen hamnar i ett glapp mellan insatser.

”I detta fall har integrerad vård inte kunnat bidra till hållbar vårdkedja eftersom barnet faller mellan stolarna igen. Överlämningen har inte fungerat till nya BUP och de har inte tagit emot ärendet.”

(Socialsekreterare A12)

Sammantaget visar resultaten från intervjuerna med placerande socialsekreterare att integrerad vård på SiS både har givit en bättre vård och omhändertagande av barn i en mycket utsatt målgrupp medan de vistas på SiS, och förbättrat förutsättningarna för en hållbar sammanhållen vårdkedja efter placeringen på SiS. Men även om man flyttat fram positionerna och synliggjort de stora vårdbehoven hos barn med sammansatt psykiatrisk och psykosocial problematik kan varken integrerad vård eller socialtjänsten

kompensera för de mer genomgripande systembrister som blivit tydliga i samband med övergången från SiS till ordinarie vård- och omsorgsformer.

Framtid och utveckling – vad säger socialtjänsten?

Den samlade bilden från intervjuerna är att integrerad vård på SiS uppfattas som ett viktigt initiativ ur socialtjänstens perspektiv. En klar majoritet av socialsekreterarna är positiva eller mycket positiva, och nästan alla uppger att de skulle välja IV igen för ett barn med liknande problematik. Ett flertal socialsekreterare uttrycker att IV ”är det bästa som hänt SiS” och måste göras tillgänglig för fler barn och spridas till alla SiS ungdomshem.

Motiven till att integrerad vård bör permanentas är flera:

- Den stärker barnets rätt till psykiatrisk vård
- Den bidrar till mer kvalificerad och sammanhållen vård under SiS-placeringen
- Den förbättrar förutsättningarna för fortsatt vård efter SiS

”Jag önskar att den här studien visar hur enormt positivt det är med integrerad vård – både ur ett vårdkedjeperspektiv, ett barnrättsperspektiv och ett etiskt perspektiv. Jag hoppas att integrerad vård permanentas och sprids till alla ungdomshem.”

(Socialsekreterare A5)

Socialsekreterarna betonar att IV inte bara svarar mot ett psykiatriskt vårdbehov, utan också med sitt helhetsperspektiv har en avgörande betydelse för att synliggöra barnens sammantagna situation. Målgruppen beskrivs som en grupp barn som har en så sammanflätad och komplex problematik att de riskerar att ”försvinna” i gränssnittet mellan socialtjänst, psykiatri, skolväsen och andra samhällsinstitutioner där ingen aktör har en helhetsbild.

”Att få chans att utreda och ge BUP-vård i låsta former är enda chansen att få den information och det underlag som behövs för att ge dessa barn hjälp//...//Utan den hjälpen blir barnen lämnade åt sitt öde, det kan inte sluta på annat sätt än enormt mänskligt lidande och sannolikt tidig död.”

(Socialsekreterare A11)

Fortsatt utvecklingsarbete

Utifrån socialsekreterarnas erfarenheter framträder vissa behov av att fortsätta utveckla arbetet med integrerad vård på SiS, exempelvis genom att

förtydliga det tvärprofessionella uppdraget, ge stöd för en strukturerad samverkan och integrera det psykiatriska perspektivet i SiS ordinarie vårdstruktur. Men framför allt handlar det om att stärka vårdkedjan efter SiS:

- Förbättrade övergångar och formaliserade överlämningar: Överföringen av kunskap från IV-teamet till ordinarie BUP, habilitering och andra aktörer behöver säkerställas genom tydliga rutiner, överlämningsmöten och uppföljning.
- Tydliggörande av ansvar: Det behövs klarare överenskommelser om BUP:s ansvar för placerade barn, särskilt när det gäller kontinuitet vid omplaceringar och regionbyten.
- Utveckling av nya vårdformer: Flera socialsekreterare efterfrågar vårdformer som kombinerar psykiatrisk behandling och omsorg i anpassade boendemiljöer. Kanske i form av statliga eller specialiserade HVB med hög psykiatrisk kompetens och möjlighet till långvarig behandling.
- Stärkt helhetsperspektiv: För att undvika att barnen bollas mellan aktörer betonas vikten av vårdformer och samverkansstrukturer som samtidigt hanterar psykiatriska, psykosociala och funktionella behov.

Integrerad vård på SiS framstår därmed inte som ett projekt enbart bundet till vård på SiS ungdomshem, utan som en modell som inspirerar till en bredare utveckling av mer sammanhållna, flexibla och långsiktiga vårdformer för barn i utsatta livssituationer.

Summering av delstudie 2

Delstudie två visar att det ur socialtjänstens perspektiv finns mycket att vinna på att fortsätta att utveckla integrerad vård på SiS. Den integrerade barnpsykiatriska kompetensen uppfattas som ett viktigt, ofta avgörande, tillskott i vården av barn med omfattande och sammansatt psykiatrisk och psykosocial problematik. Det finns en stark uppslutning bland de intervjuade socialsekreterarna för att bygga ut vården till fler institutioner och målgrupper.

Samverkan och stärkt vårdkedja

Genom det tvärprofessionella arbetet, tillgång till psykiatrisk specialistkompetens och strukturerad samverkan professionaliseras vården, och barnen får vårdinsatser som de tidigare saknat. När samverkan fungerar präglas den av struktur, tydlighet, gemensam planering, ansvarstagande och ömsesidig respekt. Det minskar personberoendet och förbättrar förutsättningarna för en sammanhållen vårdkedja med strukturerade överlämningar och bättre kontinuitet. I ett fortsatt utvecklingsarbete skulle

Integrerad vård på SiS – utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn med stora behov av psykiatrisk vård

tydliggöranden av samverkansstruktur, roll- och ansvarsfördelning ytterligare stärka förutsättningarna för ett gynnsamt samarbetsklimat och informerade övergångar.

Integrerad vård bidrar med fördjupad kunskap om barnets psykiatriska tillstånd där utredningar, diagnoser och samlade bedömningar stärker socialtjänstens möjligheter att fatta välgrundade beslut och ställa krav på fortsatt vård. Samtidigt återspeglar intervjumaterialet hur denna potential ofta begränsas av systembrister som ligger utanför SiS och enskilda kommuner, som svårtillgänglig barn- och ungdomspsykiatri, brist på adekvata vårdformer och svårigheter att upprätthålla kontinuitet vid omplacering. Det talar för att projektet kan inspirera till en bredare utveckling av mer sammanhållna, flexibla och långsiktiga vårdformer för barn i utsatta livssituationer.

Integrerad vård på SiS: Barnens röster

Delstudie 3 besvarar den femte och sista frågeställningen: Hur har barn som fått del av integrerad vård på SiS upplevt vården? I den här delstudien intervjuades 27 barn mellan 11 och 17 år, i syfte att ge barnets perspektiv på sin situation och upplevelse av IV.

Intervjuerna genomfördes med stöd av ett intervjuformulär som bestod av två delar: en strukturerad del med fasta svarsalternativ och en del med öppna frågor (Bilaga 7). De öppna frågorna ledde ofta till berättelser där barnen rörde sig mellan olika teman och erfarenheter. Intervjuguiden fungerade därför mer som ett stöd för samtalet än som en strikt uppsättning frågor och svar.

I det här avsnittet presenteras resultaten från barnintervjuerna samlat under tre övergripande rubriker: Tiden innan SiS, Vardag på SiS och Medskick för framtiden. Avsnittet avslutas med en summering och avslutande reflektioner.

Tiden innan SiS

Många tidigare placeringar

Som resultaten visat var det vanligt att barnen hade en lång historia av placeringar i samhällsvård innan de kom till SiS. Alla barnen hade erfarenhet av flera tidigare placeringar i familjehem, HVB eller på något annat av SiS ungdomshem. Många av dem kunde berätta om ett stort antal placeringar som avlöst varandra, ofta med upprepade vårdsmänbrott där vården avslutats tvärt, antingen på initiativ av boendet eller som en följd av barnets eget beteende. Barnen berättade om hur de flyttat gång på gång, ibland utan att få en tydlig förklaring. Flera av dem beskrev det som att de med tiden gradvis tappat förtroendet för möjligheten att få den hjälp och omsorg som de behövde. Några berättade om familjehem eller HVB som från början hade fungerat ganska bra, men när nya barn kom dit eller personal byttes ut förändrades situationen på boendet och de började vantrivas.

”Jag har varit på sex olika ställen på två år. Innan dess var jag i familjehem också. Kommer inte ihåg. Jag gick i mellanstadiet.”

(Pojke, 17 år)

”Jag var på en annan SiS förut. Det var så dåligt där! Hemskt! Och innan det var jag på två olika HVB-hem. Innan det har jag

varit på tre olika familjehem, men de ville inte ha mig. På slutet var jag mest avviken.”

(Flicka, 17 år)

Barnen gav också uttryck för att de inte alltid förstått syftet med placeringarna eller vad vården skulle leda till. Många av de intervjuade barnen kom från uppväxtförhållanden där föräldrarna inte kunnat ge dem det skydd och den omsorg ett barn behöver. Men i den mån socialtjänsten hade något konkret mål eller en vårdplan för tiden i samhällsvård, annat än att barnet inte kunde bo kvar hemma, så var det otydligt för barnen själva. Samtidigt som många barn bar med sig svåra upplevelser från sin uppväxt berättade de om en fortsatt upplevelse av att inte bli lyssnad på, inte få stöd för sin psykiska ohälsa.

Ett återkommande tema i flera intervjuer var att man skulle behövt mer stöd långt tidigare, att någon hade sett hur barnet mådde och tidigt erbjudit konkreta insatser för att hantera oro, utagerande och självskaðebeteende. Barnen återkommer till att deras psykiatriska problematik inte uppmärksammats tillräckligt, trots tydliga signaler.

”Jag har inte fått någon hjälp tidigare. På första boendet hade jag ingen egen problematik men mamma ville inte ha mig. De hade bra bemötande där, men de såg inte mina problem. Fast jag skar mig tog de inte kontakt med BUP. På andra HVB-hemmet blev jag utnyttjad av en personal. De tog ändå inte kontakt med BUP. Inte förrän jag mådde väldigt psykiskt dåligt fick jag komma till BUP.”

(Flicka, 15 år)

”I tidigare placeringar har jag inte fått den hjälp jag behövt, för då hade jag aldrig hamnat på SiS. Jag hade önskat att familjehem och HVB-hem skulle funnits mer där för mig, Lyssnat mer på mig, gjort aktiviteter.”

(Flicka, 15 år)

Men det fanns även exempel på när barnen berättade om goda erfarenheter från en eller flera tidigare placeringar. Ofta var det just känslan av att personalen eller familjehemmet hade lyssnat på dem och brytt sig om dem som barnet lyft fram.

”Första HVB-hemmet var underbart! Där var alla trevliga. Regler, rutiner, allt var bra //...// Andra HVB-hemmet var mer instängt och strängt, men snäll personal. Jag lyssnade mer på dem men jag avvek i alla fall. De hämtade mig när jag avvek. Jag kände att de brydde sig. Jag saknar dem.”

(Flicka 13 år)

”Ja, jag mådde bra där (på HVB, min kommentar) //...// dom förstod mig bra, det var struktur, dom gjorde mig trygg. Om jag fick panikattack fick jag hjälp direkt, även om det var på natten //...// Dom pratade från hjärtat och brydde sig på riktigt där.”

(Flicka, 14 år)

Tidig kontakt med BUP

Nästan alla intervjuade barn hade haft kontakt med BUP innan de kom till integrerad vård på SiS, ofta under många år och i flera perioder. Kontakterna hade bland annat handlat om neuropsykiatriska utredningar, traumabehandling, psykosymtom, självskadebeteende och suicidförsök.

Barnen beskriver en vårdhistoria som ofta domineras av psykiatriska utredningar, ett stort antal vårdkontakter med olika läkare eller behandlare och en behandling som i huvudsak bestått av olika former av läkemedel. Flera av barnen gav exempel på hur de fått omfattande medicinering redan i låg- eller mellanstadiet, ibland utan att förstå varför, och att fokus ofta legat på att utreda diagnoser snarare än på stöd och behandling i varaktiga relationer. En del barn berättade om hur mediciner satts in, höjts eller tagits bort utan att de själva upplevt att det funnits alternativ eller någon som följt upp effekterna i en behandlingskontakt.

”Jag har varit på BUP sedan jag var 5 – 6 år//...//säkert tio olika utredningar, alltid med olika resultat. Jag fick medicin av BUP. Allt de gjorde var att höja dosen. Det har varit nya läkare hela tiden, jag har inget förtroende för dem.”

(Flicka, 15 år)

För något barn hade det inneburit att medicinerna ersatts av droger, när den psykiatriska kontakten hade avslutats utan uppföljning av konsekvenserna. För många av de intervjuade barnen tycks medicinering ha varit den enda konkreta insats som de tydligt kan minnas att de fått från BUP.

Samtidigt fanns det barn som berättade om goda erfarenheter också, som beskrev kontakten på BUP som en trygghet som lyssnat, varit tillgängliga och stått kvar trots svåra perioder.

”BUP i öppenvården var jättebra. Jag har även haft slutenvården när jag var i familjehem och på HVB//...//BUP lyssnade bra, jag kände att de fanns där för mig. När jag ringde dem kunde de skicka ett mobilt team som kunde hjälpa mig parallellt.”

(Flicka, 15 år)

Sammantaget beskriver barnen en bakgrund präglad av omfattande kontakter med både socialtjänst och psykiatri, men där insatserna ofta upplevts som fragmenterade, tillfälliga och bristfälligt anpassade till barnens omfattande problematik och komplexa livssituation.

Vardag på SiS

När barnen berättade om sin vardag på SiS rörde de sig mellan erfarenheter av trygghet och stöd å ena sidan och upplevelser av kontroll, maktlöshet och otrygghet å den andra. Det var ofta svårt för dem att skilja tydligt mellan vad som var *integrerad vård* och *vanlig SiS-vård*. I stället beskrev de sina samlade erfarenheter av att vistas i låsta former på SiS ungdomshem. Nedan presenteras barnens röster om vardagen på SiS samlad kring fyra centrala teman: Bemötande och relationer, Vårdmiljö och regler, Delaktighet och inflytande i vården samt Skolans betydelse. Avsnittet avslutas med en del som specifikt handlar om relation, tillit och samverkan i IV.

Bemötande och relationer

Relationen till personalen på avdelningen var ett centralt tema i barnens berättelser. När det fungerade beskrev de personal som lyssnar, visar omtanke, har humor, håller sina löften och orkar stanna kvar även när barnet får utbrott eller mår mycket dåligt. Dessa relationer blir bärande: de minskar utbrott, skapar trygghet och gör att barnet vågar berätta om svåra saker.

Flera barn berättade om en specifik kontaktperson eller ett par personer i personalen som de har litat på och kunnat öppna sig för. De beskrev hur de tillsammans kunnat skratta, göra aktiviteter och prata om både svåra och vardagliga saker. Denna typ av relation beskrev barnen som något helt avgörande – ibland mer betydelsefullt än andra insatser.

Men flera andra barn hade erfarenheter av motsatsen. De berättade om personal som upplevts som nonchalant, nedvärderande och dömande, som skrikit, hotat med konsekvenser eller som obefogat använt fysiskt våld i situationer som barnen inte själva anser som akuta.

”Personalen borde ha mycket mer respekt och bättre bemötande. Inte vara så dömande. Om man gör ett misstag, det betyder inte att man inte klarar någonting. Men det tycker dom typ, dom vill bara straffa.”

(Flicka, 17 år)

Flera barn berättade om hur konflikter eskalerat i stället för att trappas ner, eftersom personal reagerat med ilska eller hårdhet i stället för med lyhördhet och lugn. Några av barnen berättade om fysiska ingripanden – som

Integrerad vård på SiS – utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn med stora behov av psykiatrisk vård

nedläggningar, fasthållningar, smärtsamma grepp – som ”vardag”, men samtidigt som något som sätter djupa spår och ibland liknas vid övergrepp.

”Det är för mycket övervåld bland personal på SiS, mest under avskiljning. De gör så här...*(visar hur man böjer handen mot underarmen)*...eller vrider om armen bakom ryggen och sånt.”

(Pojke, 11 år)

”När jag får utbrott blir det nedläggning, att personalen håller fast mig för att jag inte ska kunna slåss och bitas. På (annat SiS-hem) blev jag bara nedlagd hela tiden. Jag fick ingen hjälp alls, ingen skola eller någonting, bara att dom höll fast mig. Jag fick panik.”

(Flicka, 12 år)

Den samlade bilden är att samma institutionella ram både kan upplevas som en trygg plats med möjlighet att skapa goda relationer, eller som skrämmande och kränkande – vilket till viss del verkar bero på hur personalen bemöter och relaterar till barnen.

Vårdmiljö och regler

Vårdmiljön på SiS präglas av att flera barn och unga med olika typer av svårigheter bor och vårdas tillsammans i en låst miljö. Det betyder att vårdmiljön på SiS ofta är utmanade på olika sätt, och det var också ett tema som kom igen i flera av intervjuerna. Barnen beskrev en tillvaro som ofta är orolig, med bråk, utbrott, självskadeepisoder och akuta situationer.

I flera av intervjuerna återkom barnen till att ett enda barns svårigheter och psykiatriska problematik kan påverka hela avdelningen, exempelvis genom att tät tillsyn nattetid gör att andra barn har svårt att sova, eller genom att återkommande bråk eller incidenter gör att aktiviteter ställs in, att skolarbete uteblir eller att alla måste vara på sina rum.

”När jag skulle få åka i väg med min kontaktperson på aktivitet, då hände det en grej på avdelningen. De ringde och sa att vi måste komma tillbaka. Hon måste hjälpa till. Jag hann inte ens äta min lunch. När vi kom tillbaka var jag tvungen att gå på mitt rum. Jag hade sett fram emot det jättemycket.”

(Flicka, 15 år)

Utsatthet och en känsla av maktlöshet var också ett tema som kom igen i flera av barnens berättelser. Flera barn tog exempelvis upp vad de uppfattade som ”kollektiva bestraffningar”. Det kunde handla om att alla barn på en avdelning gick miste om en planerad aktivitet på grund av ett

enskilt barns beteende. Barnen beskrev det som djupt orättvist och tog det som ett tecken på att personalen inte hade tillräckliga strategier för att skapa en trygg vårdmiljö. De menade att eftersom det hela tiden uppstår situationer kring någon av barnen på avdelningen, det ligger i sakens natur, så borde personalen kunna hantera det på ett sätt så att inte alla drabbas.

Det kunde också handla om svårigheter att göra sin röst hörd och att protestera mot vad man uppfattade som en orättvis behandling.

”Det är så himla stört att vi ska utsättas för stöddig personal som tror att de är jävla kingar här och som håller på med någon jävla attityd, men ändå får de alltid rätt! De kommer alltid tillbaka med att ’nej han har rätt att göra så här, det här är SiS, han är personal, det är hans bedömning av läget som gäller’ om man anmäler något.”

(Flicka, 15 år)

Faktorer som barnen inte själva rör över, som andra barns mående, personalbrist, otydliga regler eller konflikter som drar in hela avdelningen, kan få en avgörande betydelse för barnets tillvaro. Den låsta vårdformen på SiS motiveras ofta av barnets behov av en trygg och säker vård där barnet får sina behov tillgodosedda, men barnens röster visar att den också kan bidra till en känsla av otrygghet och utsatthet när regler, ingripanden och konsekvenser inte upplevs som rättvisa eller begripliga.

Delaktighet och inflytande i vården

Ett återkommande tema i intervjuerna, som också knyter an till såväl vuxnas bemötande som till vårdmiljön på SiS, är delaktighet och möjlighet till inflytande i vården. I barnens berättelser återkom beskrivningar av hur det är att vara placerad i en låst miljö med begränsat inflytande över sin egen vardag, vård och framtid. I intervjuerna uttrycker många barn att de inte känner sig delaktiga i vårdplaneringen, de säger att de inte riktigt förstår varför de behöver vara på SiS, vad som krävs för att de ska få komma därifrån eller hur lång tid som placeringen kan förväntas pågå. Flera barn uttryckte att de hade ett visst inflytande i den individuella behandlingskontakten i IV, men för många var den övergripande känslan frånvaro av delaktighet. Barnen uppfattade varken att det fanns utrymme för individuella behov och önskemål eller att de blev involverade i planering och beslut gällande dem själva.

”Jag vet inte ens varför jag sitter här. Jag vet inte vad som behöver hända för att jag ska komma ut härifrån. Jag vill hem, men ingen pratar med mig om någonting.”

(Flicka, 16 år)

”Alla vet att jag inte kan bo på avdelning! Jag säger det, alla säger det! Ändå gick det inte att anpassa, ledningen bara ’så jobbar vi inte här’. Men det var jag som fick betala priset.”

(Flicka, 15 år)

Barnen hade en uttrycklig önskan om att vården skulle ske mer i dialog än de upplevde att den var, att få fler tillfällen att komma till tals, att bli lyssnad på och tagen på allvar var återkommande i intervjuerna. Det gäller inte minst när SiS och BUP ska samverka. Det var flera barn som påminde om att utökad samverkan mellan vuxna inte får ske på bekostnad av barnets delaktighet.

”Det är viktigt att personal från SiS och BUP inte bestämmer över huvudet på oss bara för att de är vuxna. De ska komma överens, men hela tiden måste de kolla med mig att det är vad jag vill också.”

(Flicka, 13 år)

Barnens önskan är tydlig: mer dialog, mer förklaringar och verkliga möjligheter att påverka både vardagliga frågor och stora beslut.

Skolans betydelse

I många intervjuer framträder skolan som ett av de mest positiva och meningsfulla inslagen under vistelsen på SiS. I skolan hade barnet fått konkret hjälp av engagerade lärare. Små undervisningsgrupper och extra stöd lyftes som avgörande för att kunna ta igen ämnen, läsa ikapp sin årskurs och känna motivation. Flera berättade hur de för första gången på lång tid känt att skolan går bra.

För barn som levt länge i kaotiska situationer – med avbrott i skolgången, frånvaro, psykisk ohälsa och flyttar – beskrivs skolan på SiS av vissa barn som den mest stabila och förutsägbara delen av vardagen. Lärare som hjälpt även utanför lektionstid, som anpassat tempo och upplägg, och som sett elevens potential beskrevs som en viktig bekräftelse, vilket i sin tur stärkt deras självkänsla och framtidstro.

”Skolan är jätte viktig, man får mycket mer hjälp än i vanlig skola. Lärarna hjälper utanför skoltid också. Det betyder jättemycket! Det går bra i skolan nu och jag har läst in en massa!”

(Flicka, 15 år)

Skolan blir därmed inte bara en daglig aktivitet utan också en konkret bro mellan livet på institution och möjligheterna efter SiS. Förbättrade

skolresultat och slutbetyg som ger behörighet att söka till gymnasiet är konkreta och viktiga framsteg som följer med även efter tiden på SiS.

Behandlingskontakt i integrerad vård

I den strukturerade intervjudelen³⁴ fick barnen besvara frågor specifikt om samspel och förtroende för den person som för dem varit den viktigaste behandlingskontakten i IV. Alla utom ett av barnen valde att svara utifrån behandlingskontakt med medarbetare från BUP.

I kontrast till när barnen pratade om samspel med och tillit till avdelningspersonal visade svaren i den här delen att de flesta uppfattade att de i sin behandlingskontakt tyckte att de fick möjlighet att prata om hur de känner sig och sådant som de känner är viktigt för dem (Tabell 17). Många kände sig också förstådda och lyssnade på. Däremot var det färre av barnen som vid intervjutillfället hade en tilltro till att behandlaren faktiskt skulle kunna hjälpa dem eller att de mårde bättre än innan IV.

Tabell 17. Barnets kontakt med behandlare (N = 27)

Fråga*	Alltid/för det mesta	Mer sällan
Har du fått prata om de saker du tycker är viktiga?	22	4
Har du fått chansen att prata om hur du känner dig?	22	4
Känns det som om den du träffar förstår dig?	19	8
Känner du att du kan lita på den du träffar?	18	8
Känns det som om den du träffar kan hjälpa dig att må eller fungera bättre?	14	10
Känns det som om träffarna har gjort att du mår bättre än innan IV?	14	12

* För de flesta frågor fanns ett bortfall på 1-3 svar.

I de öppna svaren som kompletterade de strukturerade frågorna beskrev barnen vad de uppskattade mest:

- att de har en återkommande individuell kontakt med en vuxen
- att de själva kan påverka när och hur svåra saker tas upp
- att behandlaren är tålmodig, följsam och anpassar sig efter dagsform
- att ha fått hjälp att förstå sina diagnoser och reaktioner

³⁴ Det strukturerade intervjuavsnittet består av sex utvalda frågor från utvärderingsformuläret *CHASE: Ungas röster*, ett frågeformulär framtaget för brukarundersökningar i verksamheter som ger vård och stöd till barn och unga med psykisk ohälsa [8].

- att ha fått en genomgripande läkemedelsgenomgång
- samt att de fått konkreta strategier för att hantera känslor och tankar – exempelvis mindfulness, känsloreglering och alternativa beteenden vid ångest

Samtidigt var det några barn som, trots IV, fortfarande mådde mycket dåligt och uttryckte att de saknade förtroende för sin behandlare. De tyckte inte att de hade fått någon hjälp, de kände sig inte lyssnade på och de kunde beskriva en situation där de vuxna inte verkade bry sig om när de försökte förmedla hur dåligt de mår.

”Jag mår sämre än innan. De har sagt att jag inte kan få någon annan behandling förrän jag är trygg och stabil, men den hjälpen ger ju inte IV. När jag säger att jag vill dö säger de bara att vi får ringa jourläkaren. Jourläkaren säger att SiS är ett tryggt ställe eftersom de har tillsyn. De knackar ju på varje minut och kollar att man inte tagit livet av sig. Men det gör inte mig trygg.”

(Flicka, 15 år)

”Vad är meningen med IV om man inte får hjälp. Om jag hänger mig plockar de bara ner mig. Det som händer på SiS är typ någon som sitter på en stol och tittar på dig, och ibland tar ifrån en saker.”

(Flicka, 15 år)

Barnens berättelser visar att IV ofta uppskattas när den innebär en trygg, lyssnande behandlingsrelation och konkret hjälp. Men de pekar också på utmaningarna att etablera en trygg och tillitsfull behandlingsrelation med barn som kanske upplevt att de svikits av vuxenvärlden gång på gång.

”Jag litar inte på dem, jag säger ju det, jag skulle aldrig lita på någon jag inte har valt. Så dom behöver inte tänka på det för dom behöver inte hålla på och prata om mig, inte alls.”

(Flicka, 14 år)

Barn med sammansatt psykiatrisk och psykosocial problematik, med en bakgrund som har kantats av utebliven hjälp, vårdavbrott och upprepade placeringar behöver professionernas uthållighet för att kunna bygga en vårdallians

Samverkan i integrerad vård

Samverkan mellan BUP och SiS är en central del i IV. För många av barnen var samverkan dock i det närmaste osynlig. De flesta barnen förstod IV som

att de fått en individuell behandlingskontakt och tillgång till psykiatrisk kompetens, snarare än som ett gemensamt arbetssätt i samverkan mellan två huvudmän. Att det pågick möten, informationsöverföring och planering kring dem anade de kanske, men de förstod det sällan fullt ut.

Några av barnen som ändå insett att samverkan pågick beskrev visst obehag och en känsla av att vara utlämnad när vuxna pratar om dem utan att de själva är med. De vet inte alltid vad som sägs, vilka uppgifter som delas eller vilka slutsatser som dras.

”Jag gillar inte det, det är jobbigt. Jag känner mig...att de pratar om mig, de ska liksom veta allt hela tiden.”

(Flicka 16 år)

Samtidigt kan det också kännas skönt att vuxna tar ansvar för att förmedla viktig information och att barnet slipper vara den som för sin egen talan i alla situationer. Det kan vara tryggt att veta att en professionell som man litar på kan prata med andra vuxna så att alla har samma bild av situationen. Barnen såg exempelvis att BUP kunde bidra med kunskap om psykiatri som gjorde att SiS avdelningspersonal förstod dem bättre, och att det ibland var lättare för personalen att lyssna på en psykologs bedömning än på barnets egen röst.

”Det är bra att BUP berättar för dem (SiS-personal, min kommentar) hur det är för mig, de lyssnar på henne. Om jag säger något så bryr sig ingen.”

(Flicka, 15 år)

”De lämnar över till varandra, varje gång jag träffat psykologen så har hon pratat hon med personalen, och efter vi har setts pratar hon med dem igen. Det är lite jobbigt ibland, känns jobbigt att de pratar om en. Men det är tryggt också.”

(Flicka, 17 år)

Medskick för framtiden

I intervjuerna fick barnen också frågan vad de själva tycker är viktigt för framtidens vård på SiS. Deras svar kretsade kring några återkommande teman: ett mer respektfullt bemötande, bättre bemanning och högre kompetens hos personalen, större möjligheter till individuell anpassning – och en övergripande önskan om att bli lyssnade på och tagna på allvar.

Barnen beskrev hur vardagen på SiS ofta präglades av konflikter och starka känslor, där det skulle behövas fler vuxna som kan bemöta dem lugnt, med empati och omsorg. Många efterlyste att personalen får mer kunskap om

neuropsykiatriska funktionsnedsättningar och trauma, och att den kunskapen används för att anpassa vården efter individuella behov. De vill att personalen intresserar sig för hur de faktiskt mår, ställer frågor, lyssnar på svaren och låter dem vara delaktiga i beslut om sin egen vård. Som en flicka uttryckte det:

”Personalen borde lära sig att visa respekt och lära sig mer om NPF! De borde inte få skrika på oss som de gör.”

(Flicka, 14 år)

Samtidigt visade barnen en stor medvetenhet om hur begränsade personalresurser påverkar vardagen på SiS. Flera berättade om uteblivna permissioner, inställda aktiviteter och svårigheter att få åka hem på kortare besök, trots att de efter lång tid i låst miljö skulle behöva en sådan utslussning från ungdomshemmet.

Barnen betonade att vården på SiS måste utgå från att alla barn är olika, med olika behov, svårigheter och erfarenheter. De efterlyste en vård som är flexibel och individanpassad, snarare än utformad som om alla skulle ha samma behov. De beskrev hur det alltid kommer att finnas barn med stora vårdbehov och att både bemanning, kompetens och organisation måste vara planerad för det.

Lyssna på barnen!

Utöver sådant som redan kommit fram – behovet av bättre bemötande, tryggare vårdmiljö och mer individanpassning – återkom ett budskap som löpte som en röd tråd genom barnens svar: att bli lyssnade på, trodda och tagna på allvar. En flicka formulerar det så här:

”Att man måste bry sig om hur unga mår. Ta reda på varför. Lyssna, lyssna på riktigt. Gå till botten med det och ge rätt hjälp i tid, så att det inte ska bli värre.”

(Flicka, 17 år)

Många barn beskrev en erfarenhet av att vuxna – både på SiS och i andra delar av vård- och omsorgssystemet – tror att de vet bäst, utan att faktiskt ta reda på hur barnen själva tänker och känner. Flera av barnen underströk i intervjuerna att de vill att personal, behandlare och beslutsfattare ska försöka förstå deras perspektiv, även när de varit med om svåra saker eller gjort sådant som uppfattas som allvarligt eller ”stökigt”. En flicka påminner om att barn på SiS fortfarande är barn som behöver omsorg och empati:

”Lyssna på oss! Försök förstå oss, vi som är på SiS! Även om jag kanske har gjort mycket mer grejer än någon annan i min ålder, sett saker, varit på ställen där jag inte skulle ha varit [...]

jag är fortfarande ett barn. Jag behöver att nån tar hand om mig!”

(Flicka, 13 år)

Barnens medskick handlade också om att vuxenvärlden måste ta psykisk ohälsa, utsatthet och beteendeproblem på allvar i tid. De efterfrågade verksamheter där psykiatrisk kompetens och behandlingsinsatser finns tillgängliga under tillräckligt lång tid. Några av barnen betonade att integrerad vård borde erbjudas på fler ungdomshem och till fler barn, men framför allt återkom de till att rätt hjälp behöver ges i ett tidigare skede, innan problemen blivit så allvarliga.

Slutordet får gå till en flicka som vid intervjutillfället hade haft IV under ungefär ett år. Det hade varit ett turbulent år med både upp- och nedgångar, men när hon fick frågor om integrerad vård var hon tydlig:

”Integrerad vård måste ges till alla barn som behöver. Och alla barn på SiS behöver någon form av behandling. Inte bara förvaring. Fler måste få integrerad vård. Integrerad vård har varit jättebra! Jag har fått hjälp. Jag skulle kanske inte levt idag utan integrerad vård. Jag önskar att jag hade fått den hjälpen mycket tidigare. Nu tror jag att det finns en framtid!”

(Flicka, 17 år)

Summering av delstudie 3

Delstudie 3 bekräftar tidigare resultat i rapporten: barn som har haft IV är en utsatt målgrupp som under lång tid har haft stora behov av en individuellt anpassad psykosocial och psykiatrisk vård och behandling, men att dessa behov inte har blivit tillgodosedda.

Tiden innan SiS

Många har haft en omfattande och tidig kontakt med både socialtjänst och BUP. Flera av barnen beskriver en lång period av instabil livssituation, ofta präglad av upprepade placeringar utanför hemmet, psykisk ohälsa, uppbrott och avbrutna vårdkontakter. Några berättar också om våld och andra övergrepp. Nästan alla barn har haft tidigare kontakt med BUP, ofta under flera år. Vården har karaktäriserats av återkommande utredningar, många olika behandlare och medicinering snarare än att vara en långsiktig behandlingsrelation. Barnen ger uttryck för en återkommande upplevelse av att inte ha blivit lyssnad på och att inte ha fått den hjälp de behöver och har rätt till. Ur barnens perspektiv har de bollats runt mellan olika aktörer utan att vårdgivarna lyckats etablera en varaktig och tillitsfull vårdrelation eller ge den hjälp barnen själva upplever att de hade behövt.

Vårdmiljö och vardag på SiS

Miljön på SiS vårdavdelning beskrivs som stökig och otrygg. Förutom en känsla av begränsad delaktighet och inflytande över vården påverkas barnen ofta negativt av att bo flera tillsammans. Alla barn som bor på avdelningen har sina svårigheter och andra barns dåliga mående kan ibland påverka hela avdelningen. Frånvaron av inflytande i en utmanande situation förstärker en känsla av maktlöshet och brist på kontroll över det egna livet.

Barnen beskriver vardagen på SiS som motsägelsefull: både som trygg och otrygg, både stödjande och kontrollerande. Bemötandet från personalen är centralt i barnens berättelser. När det fungerar lyfter barnen fram enstaka vuxna som lyssnar, bryr sig, är konsekventa och går att lita på. Dessa goda och nära relationer kopplar barnen själva till färre utbrott, ökad trygghet och större benägenhet att prata om svåra saker. Samtidigt beskriver många barn bemötande som de upplever som kränkande, dömande eller straffande, med brist på empati och ibland fysiska ingripanden som upplevs som övervåld eller maktmissbruk.

Skolan lyfts däremot fram av flera barn som ett av de mest positiva inslagen på SiS. I skolan på SiS har de fått en fungerande skolgång och möjlighet att läsa upp ämnen. Med engagerade lärare, små grupper och individuellt anpassat stöd har barnen fått en chans att lyckas.

Integrerad vård

När barnen beskriver relationen till behandlingskontakten i IV är de i regel mer positiva än när de talar om SiS personal generellt. De flesta upplever att de får prata om det som känns viktig och att de blir förstådda. Många uppskattar kontinuiteten, möjligheten att styra samtalstakten, ökad förståelse för diagnoser och nya strategier för känsloreglering. Den samverkan mellan huvudmän som integrerad vård bygger på är dock ofta osynlig för barnen. För dem framstår IV framför allt som tillgång till en individuell behandlingskontakt med psykiatrisk kompetens. Endast ett mindre antal barn uttrycker en negativ syn på IV. De saknade förtroende för behandlaren och kände varken att de fått ett gott bemötande eller rätt hjälp.

...För framtiden?

Integrerad vård uppfattas även av många barn som en viktig förstärkning – ibland som direkt livsavgörande. Samtidigt pekar barnen på att insatsen inte alltid når sin fulla potential inom ramen för den nuvarande institutionsmiljön, där brister i vårdmiljö, bemötande och inflytande riskerar att begränsa effekterna av den psykiatriska behandlingen. I barnens medskick för framtiden efterfrågar de ett bättre bemötande, en större psykiatrisk kompetens hos SiS avdelningspersonal och ökad bemanning som

Integrerad vård på SiS – utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn med stora behov av psykiatrisk vård

skulle ge bättre möjligheter till individuella anpassningar. En genomgående uppmaning var att vuxna behöver lyssna mer, ta dem på allvar och involvera dem i beslut som rör deras liv.

Diskussion

En sammansatt och långvarigt underförsörjd målgrupp

Sammanvägt tecknar de tre delstudierna en samstämmig bild av målgruppen för integrerad vård på SiS. Det rör sig om barn och unga med omfattande och långvariga psykosociala och psykiatriska behov, där flera sårbarhetsfaktorer – psykisk ohälsa, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, trauma, omsorgsbrister, psykosocial utsatthet som exempelvis olika former av våld och skolmisslyckanden – har flätats samman över tid. Delstudie 1 visar med kvantitativa data hur samsjuklighet, flerfaldiga psykiatriska diagnoser, tidigare placeringar och återkommande vårdssammanbrott utgör en vanlig snarare än undantagsartad situation. Delstudie 3 bekräftar detta i barnens egna berättelser om år av instabilitet, uppbrott och avbrutna vårdkontakter.

En central iakttagelse i materialet är att det inte har sänkts kontakt med samhällets stöd- och vårdssystem. Tvärtom har de flesta barn under lång tid varit aktuella både inom socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri. Men trots långvarig kännedom och upprepade insatser har deras behov av skydd och stöd inte kunnat mötas fullt ut innan de når SiS. Tvärtom har de ofta flera tidigare vårdssammanbrott bakom sig. Barnen beskriver hur de förflyttats mellan olika aktörer utan att någon lyckats etablera en varaktig, tillitsfull vårdrelation eller ge den hjälp de själva upplever att de behövt. Socialsekreterarna beskriver på motsvarande sätt hur systemet haft svårt att ta ett samlat ansvar för barn med just den här graden av komplexitet.

Detta pekar på ett återkommande glapp mellan behov och insatser. Problemet tycks inte främst handla om avsaknad av kontakt, utan om brister i hur stödet organiseras, koordineras och upprätthålls över tid. Avsaknaden av samordnade individuella planer (SIP), trots omfattande insatser från flera huvudmän, framstår här som ett viktigt uttryck för ett system som har svårt att ta ett sammanhållet ansvar för barn med sammansatta behov.

Bättre vård – men framför allt stabilisering

Mot denna bakgrund framstår integrerad vård som en tydlig kvalitetshöjning. Delstudie 1 visar hur tillgång till specialiserad barnpsykiatrisk kompetens, strukturerade utredningar och teamarbete bidrar till en mer systematisk kartläggning av barnens funktionsnivå och psykiatriska problematik. Fler diagnoser identifieras, särskilt inom NPF-

området, men också trauma-, beteende- och självskaderelaterade tillstånd. Läkemedelsgenomgångar, psykologisk och psykiatrisk behandling samt psykoedukation blir tillgängliga i en omfattning som många barn tidigare har saknat.

Delstudie 2 visar hur socialsekreterare beskriver integrerad vård som en professionalisering av SiS-vården. Tvärprofessionella team, gemensamma mål, regelbundna möten och ett tydligt psykiatriskt stöd uppfattas höja kvaliteten, inte bara kring utredning och behandling, utan även i den löpande vardagsvården. IV ger nya och mer robusta beslutsunderlag, vilket i sin tur stärker socialtjänstens möjligheter att argumentera för fortsatt adekvat vård.

Barnens egna röster i delstudie 3 bekräftar denna bild, men från ett annat perspektiv. De beskriver den individuella behandlingskontakten inom IV som mer lyssnande, stabil och relevant än mycket av den vård de fått tidigare. De upplever ökad förståelse för sin egen problematik och får konkreta strategier för känsloreglering, även om den organisatoriska samverkan mellan de båda huvudmännen till stor del förblir osynlig för dem.

Samtidigt visar alla tre delstudierna att IV kanske främst har en stabiliserande och kartläggande funktion. När vårdperioden avslutas har barnen i genomsnitt fler diagnoser, en stor andel behandlas med flera psykofarmaka och behovet av långvarig psykiatrisk kontakt kvarstår. De flesta bedöms behöva fortsatt placering utanför hemmet, ofta ända fram till vuxen ålder. IV innebär möjlighet till ett helhetsgrepp som ger en fördjupad förståelse för barnets fortsatta vårdbehov – men kan inte förväntas ge de långsiktiga vårdinsatser som barnen många gånger behöver.

Studien belyser också att IV i dag fyller en brist i den befintliga vårdstrukturen snarare än att sömlöst länka an till ett redan samordnat system. Detta väcker en systemfråga: när en tidsbegränsad insats inom SiS kompenserar för brister tidigare i vårdkedjan, riskerar den då också att bli en tillfällig förstärkning som befintlig vårdstruktur saknar förutsättningar för att omhänderta och följa upp när barnet skrivs ut från SiS.

Bemötande, delaktighet och barns rätt att bli lyssnade till

Genom barnintervjuerna blir bemötande och delaktighet tydliga nyckelfrågor. Barnen beskriver hur enstaka vuxna – som lyssnar, håller vad de lovar och visar omsorg – kan göra stor skillnad. Dessa relationer kopplas till minskade utbrott, ökad trygghet och större benägenhet att öppna sig kring svåra erfarenheter. Det gäller både i kontakt med SiS-personal och, för många, i den individuella behandlingsrelationen inom IV.

Samtidigt framstår barnens upplevelse av delaktighet i vård och planering som begränsad. Många beskriver bristande inflytande över sin vardag, sin behandling och beslut som rör deras framtid. Frånvaron av reellt inflytande förstärker känslor av maktlöshet och bristande kontroll över det egna livet, vilket i sin tur kan försvåra både behandlingsallians och möjligheten till förändring.

Ur ett rättighets- och kvalitetsperspektiv blir detta en central indikation på att barns delaktighet behöver ses som en integrerad del av vårdens kvalitet, inte som ett tillval. Det handlar både om att skapa strukturer för delaktighet och om att säkerställa att allt bemötande präglas av respekt och lyhördhet. Det behövs ett aktivt arbete med att stärka barnens känsla av inflytande och handlingsutrymme, kanske särskilt just för att de befinner sig i tvångsvård.

Tvångsvårdens paradox

Den psykiatriska öppenvård som erbjuds inom ramen för integrerad vård bygger på barnets samtycke men ges i en tvångsvårdskontext. I ljuset av barnens berättelser blir tvångsvårdens dubbla karaktär tydlig. Å ena sidan vittnar barnen om motstånd, ambivalens och upplevelser av otrygghet och kontrollförlust kopplade till placeringen på SiS. Barnen beskriver dessutom en miljö som ofta upplevs som stökig, otrygg och känslomässigt belastande, där de kan bemötas på sätt som upplevs som kränkande och präglade av brist på empati. Barnen beskriver också fysiska ingripanden som upplevs som övervåld eller maktmissbruk. Det är en miljö som ytterligare riskerar att förstärka upplevelser av utsatthet och maktlöshet.

Å andra sidan beskriver flera barn hur just placeringen på SiS, i kombination med IV, inneburit den första stabila behandlingskontakten efter år av upprepade sammanbrott. För några framstår IV som en mycket betydelsefull, i vissa fall potentiellt livsavgörande, insats. Andra positiva faktorer som lyfts fram är struktur, tydliga ramar, trygga relationer till vissa vuxna samt en fungerande skolgång.

Även socialsekreterarna ger uttryck för denna dubbelhet. Integrerad vård uppfattas som en tydlig kvalitetshöjning inom SiS, men samtidigt finns en medvetenhet om begränsningarna i en låst institutionsmiljö, med många barn med svår psykisk ohälsa samlade på samma plats.

Denna paradox – tvångsvård som begränsar men samtidigt skapar ett nödvändigt utrymme för skydd och behandling – ställer särskilt höga krav på att vården utformas med ett konsekvent fokus på respektfullt bemötande, trygghet och delaktighet. Resultaten tyder på att kunskap och kompetens kring psykiatrisk problematik, liksom förutsättningarna att omsätta denna kunskap i det praktiska bemötandet, kan behöva stärkas bland de personalgrupper på SiS som möter barnen i vardagen.

Samverkan, ansvar och systemnivå

Slutligen pekar alla tre delstudierna mot behovet av att se integrerad vård inte bara som en insats på institutionsnivå, utan som en spegel av vårdsystemets styrkor och svagheter. När integrerad vård fungerar väl framträder bilden av vad som blir möjligt när socialtjänst, BUP och SiS delar information, ansvar och planering kring ett barn med mycket komplexa vårdbehov. Gemensamma mål, tydliga strukturer och regelbunden samverkan kan då bidra till en mer sammanhållen vårdkedja, både under och efter SiS-placeringen.

Samtidigt synliggör resultaten tydligt de strukturella hinder som begränsar denna potential. Socialsekreterarna beskriver svårtillgänglig barnpsykiatri, brist på adekvata vård- och boendeformer och svårigheter att upprätthålla kontinuitet vid omplaceringar. Avsaknaden eller bristande användning av SIP vid kritiska övergångar är ett återkommande tema. Barnen själva uppfattar sällan samverkan som en tydlig struktur; de möter i stället en rad olika vuxna och verksamheter som sällan framstår som samordnade.

Detta aktualiserar frågan om hur erfarenheterna från integrerad vård kan tas till vara på systemnivå. Resultaten talar för att integrerad vård bör ses både som en möjlig modell för hur vård för denna målgrupp kan organiseras och som en indikator på mer grundläggande utvecklingsbehov i systemet.

Implikationer för praktik och policy

Stärk användningen av SIP för barn med sammansatta behov.

Både socialtjänsten och hälso- och sjukvården har en skyldighet att ta initiativ till SIP när de bedömer att insatser behöver samordnas för att ett barn ska få rätt hjälp och stöd. Resultaten visar dock att detta inte sker i den omfattning som skulle kunna förväntas. Här framstår ett behov av att socialtjänst och BUP får tydligare stöd i att ta ett gemensamt ansvar, så att risken minskar för att barn i turbulenta livssituationer ”faller mellan stolarna”.

Tidigare och mer strukturerad samverkan mellan socialtjänst och barnpsykiatri.

Erfarenheterna från pilotprojektet talar för att integrerad vård inte bara bör betraktas som en satsning för att stärka vården på SiS, utan som ett tillfälle att dra lärdom om en vidare vårdstruktur kring målgruppen. En förstärkt tidig samverkan, med gemensamma mål och vårdplaneringsprocesser, skulle

kunna bidra till att barnens behov uppmärksammas och möts i ett tidigare skede. Ett möjligt utvecklingsområde är tvärprofessionella team med psykiatrisk specialistkompetens som även verkar gentemot barn i både socialtjänstens öppenvård och andra vård- och boendeformer.

Förbättrad tillgång till kvalificerade vård- och boendeformer.

Där integrerad vård lyckas gör den ofta det trots strukturella hinder. Där den misslyckas blottläggs brister som varken BUP, SIS eller socialtjänsten ensamma kan avhjälpa. Den avgörande frågan är därför inte om integrerad vård på SiS ska permanentas, utan hur hela systemet kring barn med psykiatrisk samsjuklighet kan utformas för att bättre möta barnens behov. Det gäller exempelvis specialiserade HVB-hem och LSS-boenden som kan möta långvariga och komplexa psykiatriska behov. Utan tillgång till kvalificerade vård- och boendeformer blir bland annat den fördjupade förståelse som IV ger svår att omsätta i hållbara lösningar över tid.

Systematiskt arbete med bemötande och delaktighet.

Barns rätt att bli lyssnade till och involverade i beslut behöver i högre grad göras till en tydlig kvalitetsindikator. IV visar att behandlingsrelationer med hög grad av lyhördhet och kontinuitet är möjliga även inom ramen för tvångsvård – men att detta inte sker automatiskt. Det kräver medvetet arbete för att stärka kunskap och kompetens kring psykiatrisk problematik liksom förutsättningarna att omsätta denna kunskap i det praktiska bemötandet.

Avslutande reflektion

Sammanfattningsvis visar studien att integrerad vård på SiS utgör ett viktigt, och för målgruppen nödvändigt, tillskott i ett system som hittills i begränsad utsträckning har förmått möta deras omfattande behov. IV kan bidra till stabilisering, fördjupad förståelse och mer genomarbetade vårdplaner, och upplevs av både barn och socialsekreterare som en kvalitetshöjning.

Samtidigt tyder resultaten på att IV i sin nuvarande form delvis fungerar kompensatoriskt – som ett koncentrerat svar på brister tidigare i vårdkedjan. För att den typ av vård och samverkan som IV representerar inte ska förbli ett undantag för ett fåtal barn på SiS krävs en bredare omställning. Det handlar både om att permanenta och vidareutveckla integrerad vård inom SiS, och om att låta de erfarenheter som gjorts där utgöra en utgångspunkt för en mer genomgripande omställning av vård- och omsorgssystemet runt barn med de mest komplexa behoven. Erfarenheterna från pilotprojektet bör

Integrerad vård på SiS – utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn med stora behov av psykiatrisk vård

därför användas *både* för att stärka vården på SiS och för att utveckla tidiga, mer samordnade och långsiktiga lösningar i hela vårdkedjan.

Referenser

1. Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för att förbättra vården för barn och unga som vårdas på SiS och har stora behov av psykiatrisk vård. Delredovisning 2025. Socialstyrelsen. Oktober 2025.
2. Statens institutionsstyrelse. SiS i korthet 2024. En samling statistiska uppgifter om SiS. 2025. Statens institutionsstyrelse.
3. Beaudry G, Yu R, Långström N, Fazel S. An Updated Systematic Review and Meta-regression Analysis: Mental Disorders Among Adolescents in Juvenile Detention and Correctional Facilities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2021; 60(1):46–60.
4. Timonen-Kallio E, Kraav SL, Kaittila A, Leinonen L, Alin M, Karukivi M, Anis M. Integrated residential childcare – facilitators and barriers for collaboration between residential care and mental health care: a systematic review. *Nordic Social Work Research*, 2025. DOI: 10.1080/2156857X.2025.2554877.
5. Vård för barn och unga i HVB utifrån deras samlade behov. Förutsättningar och former för integrerad och annan specialiserad vård. Socialstyrelsen 2019-2-12.
6. Jalling K, Kristiansson M, Rudolfsson L. Psykiatriska vårdbehov bland barn och ungdomar inom SiS. *Institutionsvård i fokus 2025*. Statens institutionsstyrelse.
7. Statens institutionsstyrelse. Uppföljningsrapport: Integrerad vård på SiS – genomförande och behov framåt, dnr. 1.1.3-4210-2024. 2025.
8. Persson S, Hagquist C, Michelson D. Young voices in mental health care: Exploring children's and adolescents' service experiences and preferences. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2017 22(1):140–51.
9. Alvinus A, Borglund, A, Larsson, G. *Tematisk analys: din handbok till fascinerande vetenskap*. 2023 Lund: Studentlitteratur AB.
10. Hiltunen L, Marekovic AM. ”Teoretisering i tematisk analys”, i Larsson B, Ulfsdotter Eriksson Y, Agevall O (red.), *Teoretiskt hantverk. Om teoretiserande i samhällsvetenskaplig forskning*, s. 143–163, 2025 Lund: Arkiv förlag, <https://doi.org/10.13068/9789179244033>.
11. LVU i det egna hemmet. Kartläggning och analys av hur socialtjänsten tillämpar 11 § andra stycket lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Socialstyrelsen 2023-8-8678.
12. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H, et al. A children's global assessment scale (CGAS). *Archives of general psychiatry*. 1983; 40(11):1228–31.
13. Lundh A, Kowalski J, Sundberg CJ, Gumpert C, Landen M. Children's Global Assessment Scale (CGAS) in a naturalistic clinical setting: Inter-

Integrerad vård på SiS – utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn med stora behov av psykiatrisk vård

rater reliability and comparison with expert ratings. *Psychiatry research*. 2010; 177(1-2):206–10.

14. Läkemedelsförskrivning till barn och unga placerade i samhällsvård
Socialstyrelsen 2026-5-10172.

Bilagor

Bilaga 1. Variabelförteckning SiS

Bilaga 2. Variabelförteckning BUP

Bilaga 3. Variabelbeskrivning av insatser i integrerad vård

Bilaga 4. Intervjuguide för socialtjänsten (T1)

Bilaga 5. Intervjuguide för socialtjänsten (T3)

Bilaga 6. Intervjuguide för delstudie 2

Bilaga 7. Intervjuguide för delstudie 3

Bilaga 1. Variabelförteckning SiS

Variabelnamn på variabler är hämtade från SiS planerade verksamhetsuppföljning och kan ha justerats efter hand. Innehållet är dock detsamma. Alla listade variabler gick däremot inte att använda i studien pga allt för stort bortfall.

T0 – Administrativa data i samband med förfrågan att delta i studien

- Region/delpilotprojekt (Region Skåne/Region Östergötland/VGR/Region Stockholm)
- Institution
- Ålder vid inklusion
- Kön (pojke/flicka/annat)
- Datum för information och förfrågan om samtycke
- Skäl ej tillfrågad
- Ungdomens samtycke (ja/nej/annat)
- Ev skäl till Nej/annat

T0 – Kompletterande administrativa data i samband med samtycke

- Namn
- Personnummer
- Avdelning
- Placerande kommun/ Kontaktuppgift socialsekreterare
- Ev vårdnadshavares namn (för unga under 15)
- Ev vårdnadshavares kontaktuppgift (för unga under 15)
- Ev tolkbehov
- Datum för ungdoms samtycke/inklusion i studien
- Datum för förälders samtycke (för unga under 15)

T1 – Bakgrundsinformation vid inklusion i studien

- Personnummer (förvaras separat tillsammans med nyckel för pilot-/forskningsID)
- Intagningsdatum SiS för aktuell placering

- Datum för inledd integrerad vårdform
- Medborgarskap
- Språk
- Ensamkommande
- Inklusionskriterier Integrerad vård som uppfylldes (1-6)
- Antal tidigare SiS-placeringar
- Antal tidigare omplaceringar inom SiS till följd av incident eller eget beteende

T1 – Särskilda händelser under tidigare placeringar SiS

- Antal avvikningar under tidigare vård inom SiS
- Antal avvikningsförsök under tidigare vård inom SiS
- Antal avskiljningar under tidigare vård inom SiS
- Antal dygn med vård i enskildhet under tidigare vård inom SiS
- Grund för beslut om vård i enskildhet under tidigare vård inom SiS (speciella behov av vård/behov av säkerhet/säkerhet vid hemmet)
- Antal suicidriskbedömningar genomförda av SiS läkare/psykolog under tidigare vård inom SiS
- Antal perioder då den unge varit föremål för periodisk eller ständigt tillsyn under tidigare vård inom SiS
- Antal besök på sjukhus/akuta insatser från regionsjukvården kopplat till psykisk ohälsa under tidigare vård

T1 – Särskilda händelser under aktuell placeringsperiod men före inklusion integrerad vård

- Antal avvikningar under aktuell placeringsperiod före inklusion integrerad vård
- Antal avvikningsförsök under aktuell placeringsperiod före inklusion integrerad vård
- Antal avskiljningar under aktuell placeringsperiod före inklusion integrerad vård
- Antal dygn med vård i enskildhet under aktuell placeringsperiod före inklusion integrerad vård
- Grund för beslut om vård i enskildhet (speciella behov av vård/behov av säkerhet/säkerhet vid hemmet)

- Antal suicidriskbedömningar genomförda av SiS läkare/psykolog under aktuell placeringsperiod före inklusion integrerad vård
- Antal perioder då den unge varit föremål för periodisk eller ständig tillsyn under aktuell placeringsperiod före inklusion integrerad vård
- Antal besök på sjukhus/akuta insatser från regionsjukvården kopplat till psykisk ohälsa under aktuell placeringsperiod före inklusion integrerad vård
- Antal registrerade BVC-skattningar (Bröset Violence Checklist) där resultatet varit tre eller högre aktuell placeringsperiod före inklusion integrerad vård

T1 – Beskrivning problematik/aktuell situation på SiS

- Skolnärvaro (%) under aktuell vårdperiod innan integrerad vård
- Planerad undervisningstid (timmar/vecka) innan integrerad vård
- Funktionshindrande diagnoser enligt DSM-5 vid inklusion i integrerad vård
- Läkemedelsbehandling utifrån psykiatrisk problematik (tidigare/pågående + fritext)
- Annan psykiatrisk behandling (tidigare/pågående + fritext)
- Somatiska tillstånd av betydelse för vården (tidigare/pågående + fritext)
- Allvarligt eller omfattande självskadebeteende (tidigare/pågående/misstanke finns)
- Allvarligt suicidalt beteende (inklusive suicidförsök) (tidigare/pågående/misstanke finns)
- Våld och/eller hot mot annan (tidigare/pågående/misstanke finns)
- Sexuellt övergrepp mot annan (tidigare/pågående/misstanke finns)
- Utsatt för fysiskt våld (tidigare/pågående/misstanke finns)
- Utsatt för psykiskt våld (tidigare/pågående/misstanke finns)
- Utsatt för sexuella övergrepp (tidigare/pågående/misstanke finns)
- Utsatt för försummelse (tidigare/pågående/misstanke finns)
- Sexuell beteendeproblematik (tidigare/pågående/misstanke finns)
- Avvikande beteende av betydelse (tidigare/pågående/misstanke finns + fritext)
- Annat/Övrigt? (tidigare/pågående/misstanke finns + fritext)

T1 – Aktuella skattningar och risk-, behovs- och mottaglighetsbedömningar

- Säkerhetsbedömning vid placeringsstart
 - Säkerhetsnivå 1 (ja/nej)
 - Bemanningsnivå (1–4)
 - Transportklass (1–4)
 - Hotbild (ja/nej/fritext)
- Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) för områden:
 - Fysisk hälsa
 - Skola
 - Arbete
 - Fritid/vänner
 - Familj
 - Psykisk hälsa
 - Brottslighet
 - Alkohol
 - Narkotika
- Risk- och behovsbedömning (YLS/CMI/Savry/Ereasor)
- Har det gjorts RBM-bedömning (ja/nej)
 - Identifierade högriskområden för fortsatt behandlingsplanering avseende kriminalitet eller annat antisocialt beteende (fritext) Identifierade mottaglighetsfaktorer eller andra behov (fritext)
- ASEBA (T-poäng)
 - Youth Self Report (YSR): total
 - Youth Self Report (YSR): externaliserat
 - Youth Self Report (YSR): internaliserat
 - Child Behaviour Checklist (CBCL): total
 - Child Behaviour Checklist (CBCL): externaliserat
 - Child Behaviour Checklist (CBCL): internaliserat

T1 – Beskrivning placeringsorsak och problematik i platsansökan till SiS

- Lagrum för placering
- Socialtjänstens placeringsorsak aktuell placering inom SiS (kriminalitet/missbruk/annat socialt nedbrytande beteende (ange)

- Socialtjänstens uppgift om BUP-kontakt (Ja/Nej/Uppgift saknas + fritext)
- Socialtjänstens uppgift om kontakt beroendemottagning (Ja/Nej/Uppgift saknas + fritext)
- Socialtjänstens uppgift om psykiatrisk problematik inkl NPF (Ja/Nej/Uppgift saknas + fritext)
- Socialtjänstens uppgift om suicid (Ja/Nej/Uppgift saknas + fritext)
- Socialtjänstens uppgift om självskada
- Socialtjänstens uppgift om övergreppsproblematik, utsätter andra (Ja/Nej/Uppgift saknas + fritext)
- Socialtjänstens uppgift om övergreppsproblematik, utsatt (Ja/Nej/Uppgift saknas + fritext)
- Socialtjänstens uppgift om hedersproblematik, utsätter andra (Ja/Nej/Uppgift saknas + fritext)
- Socialtjänstens uppgift om hedersproblematik, utsatt (Ja/Nej/Uppgift saknas + fritext)
- Socialtjänstens uppgift om medicinering (Ja/Nej/Uppgift saknas + fritext)
- Socialtjänstens uppgift om SIP (Ja/Nej/Uppgift saknas + fritext)

T2 – Administrativa data avslut integrerad vård

- Datum avslut av integrerad vård
- Orsak avslut integrerad vård (mål uppnått, vårdavbrott, annat?)
- Antal dagar i integrerad vård
- Planerad insats efter avslut av integrerad vård och i de fall barnet skrivs ut till efter avslutad SiS vård, till vad skrivs hen ut?

T2 –Individuellt vårdinnehåll under integrerad vård

- Skolnärvaro (%) under integrerad vård
- Undervisningstid (timmar/vecka) under integrerad vård
- Åtgärdsprogram i skolan
- Antal sjukhusvistelser under integrerad vård (akutbesök eller inläggning, psykiatriska och somatiska orsaker)
- Antal inläggningar på vårdavdelning (regionvård) under integrerad vård
- Antal planerade besök i hemmet under integrerad vård

T2 –Samverkan och delaktighet under integrerad vård

- Antal registrerade SIP-möten under den integrerade vården
- Har ungdomens deltagit i att upprätta behandlingsplanen (Ja/Nej)
- Framkommer ungdomens uppfattning om problem, behov och resurser i behandlingsplanen (Ja/Nej)
- Ungdomens uppfattning (fritext)
- Antal möten där ungdomen medverkat?
- Antal möten där vårdnadshavare medverkat?

T2 –Särskilda händelse under integrerad vård (stabilitet)

- Antal avvikningar eller avvikningsförsök under integrerad vård
- Riskbeteenden i samband med avvikningar, specificera
- Antal avskiljningar under integrerad vård
- Antal fasthållningar
- Antal dygn med vård i enskildhet under integrerad vård
- Grund för beslut om vård i enskildhet:(speciella behov av vård/behov av säkerhet/säkerhet vid hemmet)
- Antal perioder då den unge varit föremål för periodisk eller ständigt tillsyn under integrerad vård
- Antal suicidriskbedömningar genomförda av SiS läkare eller psykolog under integrerad vård
- Antal suicidförsök under integrerad vård
- Antal registrerade BVC-skattningar där resultatet varit tre eller högre under integrerad vård

T2 – Insatser under integrerad vård från SiS resp BUP samt genomförande

Se separat förteckning i Bilaga 3

T3 – Situation vid avslutad placering SiS

Data för T3 hämtas separat från SiS klientadministrativa journalföringssystem, KAJ, och ingår inte i SiS verksamhetsuppföljning av integrerad vård.

- Datum utskrivning från aktuell placering
- Planerad insats efter avslut, vad skrivs barnet ut till? (skapa lista)

T3 – Särskilda händelse efter integrerad vård (stabilitet)

- Antal avvikningar eller avvikningsförsök under integrerad vård
- Riskbeteenden i samband med avvikningar, specificera
- Antal avskiljningar under integrerad vård
- Antal fasthållningar
- Antal dygn med vård i enskildhet under integrerad vård
- Grund för beslut om vård i enskildhet:(speciella behov av vård/behov av säkerhet/säkerhet vid hemmet)
- Antal perioder då den unge varit föremål för periodisk eller ständigt tillsyn under integrerad vård
- Antal suicidriskbedömningar genomförda av SiS läkare eller psykolog under integrerad vård
- Antal suicidförsök under integrerad vård
- Antal registrerade BVC-skattningar där resultatet varit tre eller högre under integrerad vård

Bilaga 2. Variabelförteckning BUP

Variabelnamn på variabler är hämtade från regionernas planerade verksamhetsuppföljning och kan ha justerats efter hand. Innehållet är dock detsamma. Alla listade variabler gick däremot inte att använda i studien pga allt för stort bortfall.

T1 – Bakgrund

- Region/delpilotprojekt
- Födelseår
- Ålder
- Kön
- Födelseland (ange)
- Moderns födelseland (ange)
- Faderns födelseland (ange)
- Moderns yrke (ange)
- Faderns yrke (ange)
- Moderns nuvarande sysselsättning (ange)
- Faderns nuvarande sysselsättning (ange)
- Vilka inklusionskriterier för integrerad vård var uppfyllda (ange)
- Skattad positiv motivation till integrerad vård inom SiS (Ja/Nej)

T1 – Barnets psykiatriska symtom och funktionsnivå vid start

- Funktionsnivå högsta CGAS före integrerad vård
- Funktionsnivå lägsta CGAS före integrerad vård
- Antal medicinska diagnoser
- Vilka ICD-10 diagnoser
- Huvuddiagnos
- Bidiagnos
- Läkemedel (Ja/Nej)
- Vilka läkemedel (ATC-koder)

T1 – Psykiatriska symtom enligt SDQ

- SDQ Impact

- SDQ Emotional
- SDQ Conduct
- SDQ Hyperactive
- SDQ Peer problems
- SDQ Prosocial
- SDQ Total (0–40)

T2 – Vårdinnehåll och situation vid avslut av integrerad vård

- Fullföljt integrerad vård (JA/NEJ)
- Avbrutit integrerad vård (JA/NEJ)
- Tid i integrerad vård (VECKOR)
- Individuell vårdplanering under integrerad vårdform
- Finns vårdplan (JA/NEJ)
- Utvärderas vårdplan (JA/NEJ)
- Hur ofta utvärderas vårdplanen (fritext)
- Mål med vårdplanen (fritext)

T2 – Samverkan under integrerad vård

- Antal samarbetsmöten
- Vilka aktörer medverkade (fritext)
- Finns SIP (JA/NEJ)
- Insatser som föreslås i SIP (fritext)
- Vem ansvarar för insatserna (fritext)
- Uppföljning av SIP (JA/NEJ)
- Blev det som beslutades i SIP genomfört (JA/NEJ)
- Antal interna planeringsmöten för ett enskilt barn
- Återkoppling/överföringsmöten vid avslut (JA/NEJ)
- Vem har fått informationen (hemkommun, hemregion, föräldrar)
- Hur har informationen framförts (muntligt, skriftligt, båda)
- Är epikrisk skickad (JA/NEJ)

T2 – Individuellt vårdinnehåll under integrerad vård

- Antal besök i integrerad vård – bedömning
- Antal besök i integrerad vård – behandling
- Finns vårdplan (JA/NEJ)
- Utvärderas vårdplan (JA/NEJ)
- Mål i vårdplan (fritext)
- Har strukturerad barnpsykiatrisk bedömning genomförts (JA/NEJ)
- Har strukturerad suicidriskbedömning genomförts (JA/NEJ)
- Har neuropsykiatrisk utredning genomförts (JA/NEJ)
- Har neuropsykiatrisk behandling genomförts (JA/NEJ)
- Har traumautredning genomförts (JA/NEJ)
- Har traumabehandling genomförts (JA/NEJ)
- Övriga utredningar som genomförts (fritext)
- Övriga behandlingar som genomförts (fritext)
- Vilka yrkesprofessioner har varit delaktiga i integrerade vården (fritext)
- Antal läkarbesök BUP
- Antal läkarbesök övrig sjukvård (primärvård, barnmedicin, habilitering)
- Antal inneliggande dagar i BUP slutenvård
- Antal vårdbesök övrig sjukvård
- Antal jourbesök BUP
- Barnets delaktighet i vården
- Antal planeringsmöten som ungdomen deltagit i
- Antal planeringsmöten som föräldrar deltagit i

T2 – Händelser under integrerad vård

- Dokumenterade våldsbeteenden under integrerad vård (JA/NEJ)
- Hur många gånger
- Självskaдебeteende under integrerad vård (JA/NEJ)
- Hur många gånger
- Självskaдебeteende någonsin (JA/NEJ)
- Självmordsförsök under integrerad vård (JA/NEJ)
- Hur många gånger
- Självmordsförsök någonsin (JA/NEJ)
- Provat droger under integrerad vård (JA/NEJ)
- Hur många gånger

Integrerad vård på SiS – utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn med stora behov av psykiatrisk vård

- Provat droger någonsin (JA/NEJ)
- Barnets psykiatriska symtom och funktionsnivå vid avslut integrerad vård
- Antal fastställda medicinska diagnoser (samsjuklighet)
- Vilka diagnoser (enligt ICD-10) (fritext)
- Kända läkemedel (JA/NEJ)
- Vilka läkemedel (ATC-kod)
- Funktionsnivå CGAS
- Psykiatriska symtom: SDQ
- Nöjdhet med vården

Bilaga 3. Variabelbeskrivning av insatser i integrerad vård

Typ av insats	Exempel på insatser från BUP	Exempel på insatser från SiS
Kartläggning, utredning och bedömning	Barnpsykiatrisk kartläggning och bedömning, arbetsterapeutisk kartläggning, neuropsykiatrisk utredning, traumakartläggning, sensorisk kartläggning, kartläggning av substansbruk, kartläggning av tics och tvång, begåvningsbedömning	Arbetsterapeutisk kartläggning, begåvningsutredning, neuropsykiatrisk bedömning, riskbedömning för normbrytande beteende/sexuell beteendeproblematik, kartläggning av sömnproblematik, utökad kartläggning enligt MBB (mottagning och behovsbedömning på SiS)
Läkemedelsbehandling och somatisk icke-medicinsk insats	Läkemedelsgenomgång och -behandling, uppföljning och justeringar för att optimera läkemedelsbehandling	Läkemedelsuppföljning och -optimering
Psykologiska behandlingsinsatser och psykoedukation	Traumabehandling, Känslskola/känsloreglering, psykolog-/psykoterapeutiska samtal, DBT, KBT, psykoedukation, familje- och nätverksarbete	Arbeta med känsloreglering, psykoedukation, MI-samtal, KBT-samtal, Stoppa-bas, ART, samtalsstöd med psykolog, familje- och nätverksarbete.
Insatser för en fungerande vardag	Olika typer av arbetsterapeutiska hjälpmedel, anpassningar utifrån funktionsnivå, stöd för vardagsstruktur på avdelningen, färdighetsträning, bemötandeplan, förberedelser inför utsluss	Strategier för att hantera sociala samspel, ADL-träning, aktivitetsreglering, färdighetsträning, arbeta med rutiner, strukturerad vardag och vecko-/dagschema, stöd för hälsosamma vardagsrutiner, familjearbete, självständighetsträning.
Insatser till stöd för obruten vårdkedja	Regelbunden samverkan med socialtjänsten, samordning och samverkan mellan flera olika aktörer, skickar remisser och ansvarat för överlämning till socialtjänst, kommande boende, mottagande region, habilitering, somatisk barnsjukvård, gemensamma utlåtanden kring vårdbehov och anpassningsbehov.	Gemensam behandlingsplanering med socialtjänst, BUP och SiS, kontinuerliga avstämningar, med vårdnadshavare och socialtjänst, samordning och samverkan för långsiktig planering med externa aktörer, överlämningsmöten till socialtjänst och kommande boende, habilitering, gemensamma utlåtanden kring vårdbehov och anpassningsbehov.
Insatser för fungerande skola		Anpassade studiegång, extra stöd i skolarbetet, skolrepresentant delvis medverkat i IV-team, skapa förutsägbarhet och tydlighet i skolarbetet, motivation, stöd från "läshund", inluss till extern skola
Omsorgsinsatser och insatser för en trygg vårdmiljö	Arbete med krisplan, säkerhetsplan för självskada, anpassningar i miljö och bemötande utifrån problematik,	Arbete med krisplan, trygghetsplan, stödjande samtal genomfört av avdelningspersonal, motiverande samtal, hög personalnärvaro, stabiliserande och trygghetsskapande arbete

Typ av insats	Exempel på insatser från BUP	Exempel på insatser från SiS
Insatser för handledning, konsultation och utbildning	Delta i teamdagar och vårdkonferenser, konsultation för avdelningspersonal, ärendehandledning riktad till avdelningspersonal, hållit i workshop/utbildning,	Delta i teamdagar och vårdkonferenser, konsultation för avdelningspersonal, ärendehandledning av avdelningspersonal, tät samverkan med BUP kring ex självskada, krishantering, suicidriskbedömning, TMO-konsultation, utbildning av avdelningspersonal i bildstöd
Behandlingsinsatser mot missbruk och kriminalitet	Återfallsprevention	Återfallsprevention, NA-möten, MI-samtal

Bilaga 4. Forskningsstudie om integrerad vård på SiS

--	--	--	--

Forsknings-ID

Forskningsstudie om integrerad vård på SiS

Integrerad vård för barn och unga med stora psykiatriska behov är ett nytt arbetssätt inom SiS som prövas i ett pilotprojekt.

Socialstyrelsen har initierat en forskningsstudie där vi utvärderar integrerad vård för de barn som får del av det under pilotperioden.

I fyra delstudier kommer vi att undersöka problematik och vårdbehov ut tre perspektiv – SiS, Bup och placerande socialtjänst – liksom vårdens kort- och långsiktiga utfall.

Vi kommer även att göra intervjuer med barnen för att höra hur de har uppfattat tiden i integrerad vård.

Första delen av studien beräknas vara färdig 2025, och långtidsuppföljningen kommer avslutas 2028.

Studien har godkänts av Etikprövningsmyndigheten (dnr 2022-03988-01).

Hur går forskningsstudien till?

Alla barn som får integrerad vård från hösten 2022 till och med december 2023 kommer att få information om den pågående forskningen och en fråga om att delta i utvärderingen. I de fall det rör sig om unga under 15 år inhämtas även vårdnadshavares samtycke.

All medverkan är naturligtvis frivillig. Ett nej till forskningen påverkar inte vården på något sätt.

Samtycket är uppdelat i två delar, och barnet kan samtycka till att medverka i en eller båda delarna:

För de barn (och i förekommande fall även vårdnadshavare) som samtyckt till studien genomför vi två telefonintervjuer med placerande socialsekreterare/socialtjänsten för att få deras perspektiv på bland annat bakgrunden till placering på SiS och situationen vid utskrivning, men också socialtjänstens mer generella perspektiv på integrerad vård och samverkan med SiS.

Den första telefonintervjun görs när barnet samtycker till att vara med och den andra i samband med utskrivning från SiS.

All information omfattas av forskningssekretess och ingen får reda på vad just du svarat. Alla resultat redovisas på ett sådant sätt att varken barnen, enskilda socialsekreterare eller kommuner kommer kunna identifieras.

--	--	--	--

Forsknings-ID

Intervjutillfälle 1 för intervju med socialtjänsten

Intervjutillfälle 1 är en strukturerad intervju om bakgrunden till placeringen.

Administrativa uppgifter

Placerande kommun: _____

Kontaktuppgift till aktuell socialsekreterare (namn, telefon, mail):

Datum för intervju 1: _____

Bakgrund till aktuell placering på SiS

Lagrum för aktuell placering (flera svar möjliga):

- LVU § 2
- LVU § 3
- LVU § 6
- SoL

Datum för beslut? _____

--	--	--	--

Forsknings-ID

Hur skulle du beskriva den unges problematik vid placering på SiS?

(flera svar möjliga):

Psykosocial problematik (flera svar möjliga)	Ja	Nej	Vet ej
Kriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsatt andra för aggressivitet/våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Själv utsatt för aggressivitet/våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsatt andra för heders(vålds)problematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Själv utsatt för heders(vålds)problematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsatt andra för sexuella övergrepp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Själv utsatt för sexuella övergrepp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolk/andra skolproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brister i omsorgen/övergrepp i hemmiljön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsätter sig själv för risk (ex. i miljö med grov kriminalitet/missbruk, i prostitution)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk ohälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat, ange nedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annat:

--	--	--	--

Forsknings-ID

Mer kring psykiatrisk problematik och särskilda vårdbehov:

(flera svar möjliga)

Psykiatrisk problematik (flera svar möjliga)	Ja	Nej	Vet ej
ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intellektuell funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Självskadeproblematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Självordsförsök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan psykisk ohälsa/psykiatrisk problematik (ange nedan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange:

Psykiatriska sjukvårdskontakter (flera svar möjliga):	Ja	Nej	Vet ej
Pågående psykiatrisk sjukvårdskontakt vid placering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pågående psykiatrisk medicinering vid placering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan hälso- och sjukvård:			
Kontakt med beroendemottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatisk sjukdom eller fysisk funktionsnedsättning, ange nedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange:

--	--	--	--

Forsknings-ID

Vilka öppenvårdsinsatser har socialtjänsten erbjudit barnet/familjen?

Öppenvårdsinsats	Fr o m	T o m	Vet ej period
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Något mer som du vill tillägga

Annat:

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!

JAG ÅTERKOMMER I SAMBAND MED ATT PLACERINGEN AVSLUTAS.

Bilaga 5. Strukturerad intervju 2, socialtjänsten

Bilaga 5. Strukturerad intervju 2, socialtjänsten

Intervjutillfälle 2 - intervju med socialtjänsten

Intervjutillfälle 2 har både strukturerade och semistrukturerade frågor kring situationen vid utskrivning från SiS och planeringen framåt.

Administrativa uppgifter

Placerande kommun: _____

Kontaktuppgift till aktuell socialsekreterare (namn, telefon, mail):

Datum för intervju 2: _____

--	--	--	--

Forsknings-ID

Barnets situation vid utskrivning från SiS

Datum för utskrivning: _____

Teamets rekommendationer

1. Har teamet för Integrerad vård lämnat någon rekommendation för fortsatt vård inom socialtjänsten efter placering? I så fall, vilken vård rekommenderas (flera svar möjliga)?

Insatsform (flera svar möjliga)	Ja	Nej	Ange
Tillfällig placering tex hos släkting/kontaktfamilj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jourhem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Familjehem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HVB (som inte är SiS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SiS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LSS-boende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LVU i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan boendelösning, ange nedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Socialtjänstens öppenvårdsinsatser i anslutning till placering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Socialtjänstens öppenvårdsinsatser i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ev kommentar:

--	--	--	--

Forsknings-ID

2. Har teamet för Integrerad vård lämnat någon rekommendation för fortsatt vård inom BUP efter placering? I så fall, vilken vård rekommenderas?

Beskriv:

3. Delar du teamets sammantagna bedömning om fortsatt vårdbehov?

Ja	Nej	Till viss del	Inte tagit del av någon bedömning	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskriv:

--	--	--	--

Forsknings-ID

Barnets fortsatta vård efter aktuell SiS-placering

4. Hur skulle du beskriva den unges kvarstående psykosociala problematik vid utskrivning från SiS? (flera svar möjliga):

Psykosocial problematik (flera svar möjliga)	Ja	Nej	Vet ej
Kriminalitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsatt andra för aggressivitet/våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Själv utsatt för aggressivitet/våld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsatt andra för heders(vålds)problematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Själv utsatt för heders(vålds)problematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsatt andra för sexuella övergrepp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Själv utsatt för sexuella övergrepp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skolk/andra skolproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brister i omsorgen/övergrepp i hemmiljön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsatt sig själv för risk (ex. i miljö med grov kriminalitet/missbruk, i prostitution)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk ohälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat, ange nedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ev kommentar:

--	--	--	--

Forsknings-ID

5. Vilka biståndsbedömda insatser planeras från socialtjänstens sida i anslutning till utskrivning (flera svar möjliga)?

Insatsform (flera svar möjliga)	Ja	Nej	Ange
Tillfällig placering tex hos släkting/kontaktfamilj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jourhem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Familjehem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HVB (som inte är SiS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SiS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LSS-boende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LVU i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan boendelösning, ange nedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Socialtjänstens öppenvårdsinsatser i anslutning till placering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Socialtjänstens öppenvårdsinsatser i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Lagrum för fortsatta insatser

inom socialtjänsten (flera svar möjliga):

LVU § 2

LVU § 3

SoL

Hur ser socialtjänstens långsiktiga planering ut, ange:

Ange:

--	--	--	--

Forsknings-ID

Psykiatrisk problematik och särskilda vårdbehov:

7. Samordnad individuell plan (SIP)

	Ja	Nej	Vet ej
Finns aktuell SIP med ny region efter SiS-placering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om nej, har kontakt tagits för SIP med ny region efter SiS-placering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om nej, ange:

8. Aktuell psykiatrisk problematik vid utskrivning från SiS

Diagnos/problematik (flera svar möjliga)	Ja	Nej	Vet ej
ADHD/ADD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intellektuell funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Självskaideproblematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Självmodsförsök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uppförandestörning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bipolär sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generaliserad ångest (GAD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan psykisk ohälsa/psykiatrisk problematik (ange nedan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--

Forsknings-ID

Ev kommentar:

9. Vilken fortsatt vård för psykiatrisk problematik/annan hälso- och sjukvård är planerad:

Psykiatriska sjukvårdskontakter (flera svar möjliga)	Ja	Nej	Vet ej
BUP slutenvård, hemregionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BUP öppenvård, hemregionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BUP slutenvård, annan region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BUP öppenvård, annan region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan hälso- och sjukvård (flera svar möjliga)			
Vård inom habiliteringen (LSS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vård genom beroendemottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vård för somatisk sjukdom eller fysisk funktionsnedsättning, ange nedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ev kommentar:

--	--	--	--

Forsknings-ID

- 10. Något mer som du vill tillägga när det gäller barnets aktuella situation och fortsatta vård**

Bilaga 6. Delaktighet och samverkan i integrerad vård

--	--	--	--

Forsknings-ID

Delaktighet och samverkan i integrerad vård

Upplevd delaktighet och samverkan med SiS, BUP och teamet för integrerad vård på SiS

11. Vilken/vilka utanför den egna myndigheten skulle du säga att du samverkat med under placeringen kring barnets behov av vård

Vårdgivare (flera svar möjliga)	Ja	Nej	Kommentar
Teamet för integrerad vård – psyko- log	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teamet för integrerad vård - läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teamet för integrerad vård - annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SiS-personal på avdelning (ex be- handlingsskötare (PASP))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnets vårdnadshavare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12. Vilken/vilka utanför den egna myndigheten skulle du säga att du samverkat med kring barnets behov av vård i samband med upphörandet av aktuell SiS-placering

Vårdgivare (flera svar möjliga)	Ja	Nej	Kommentar
Teamet för integrerad vård – psyko- log	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teamet för integrerad vård - läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teamet för integrerad vård - annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SiS-personal på avdelning (ex be- handlingsskötare (PASP))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnets vårdnadshavare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

--	--	--	--

Forsknings-ID

13. Hur skulle du skatta din grad av delaktighet i de beslut avseende vård och behandling som fattats under barnets placering på SiS?

Inte alls delaktig

Helt delaktig

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kommentar:

14. Hur har samverkan/delaktighet med SiS/BUP/teamet gått till under tiden i integrerad vård? (Strukturerade former? På vems initiativ? Regelbundenhet?)

Kommentar:

--	--	--	--

Forsknings-ID

15. Hur skiljer/liknar det din erfarenhet av samverkan med SiS i enskilda ärenden i vanliga fall?

Kommentar:

16. Uppfattar du att IV givit information som lett till särskilda anpassningar även för den fortsatta vården?

Kommentar:

--	--	--	--

Forsknings-ID

- 17. En viktig del i integrerad vård är ambitionen att bygga hållbara vårdkedjor både inom socialtjänstens insatser och den psykiatriska vården – vad har fungerat bra och mindre bra ur ett vårdkedjeperspektiv?**

Kommentar:

--	--	--	--

Forsknings-ID

**18. Om du har ett liknande ärende i framtiden, skulle du specifikt
önska integrerad vård för det barnet?**

Kommentar:

--	--	--	--

Forsknings-ID

19. Om du får önska fritt, vad skulle du önska att studien fångar in för slags resultat?

Kommentar:

Bilaga 7. Intervjuguide, barn

Bilaga 7. Intervjuguide, barn

Ungas erfarenheter av insatser/stöd från SiS och Bup i integrerad vård

Många barn som är placerade på SiS behöver samtidigt hjälp eller stöd från Bup. Tyvärr har det visat sig vara svårt ibland att få tillräcklig hjälp från BUP under placeringstiden. Därför prövar SiS och Bup ett nytt arbetssätt där barn som behöver hjälp från Bup under placeringen ska kunna få det på plats på ungdomshemmet.

Försöket med det nya arbetssättet, integrerad vård, pågår under åren 2022 till 2024. Under tiden har Socialstyrelsen i uppgift att utvärdera det nya arbetssättet i en forskningsstudie. En viktig del i utvärderingen är att fråga de unga själva och höra vad de har tyckt om den hjälp de får och om något borde göras annorlunda.

Jag kommer be dig berätta lite om din placering, vad du har fått för stöd och vad du tycker om det. Jag undrar också om det är något i det nya arbetssättet med SiS och Bup tillsammans som du tycker borde förändras och göras bättre.

Jag kommer att använda mig av frågor som jag har i ett frågeformulär och göra anteckningar under tiden som vi pratar.

Det du berättar för mig kommer bara att användas för forskningsstudien. När jag sammanfattar vad alla intervjuade ungdomar från olika institutioner har berättat kommer det göras på ett sätt så att ingen enskild person går att identifiera.

Men det finns ett undantag. Om du berättar något för mig som gör att jag blir orolig att du far illa så behöver jag berätta det för din socialsekreterare. Det kan till exempel handla om att någon utsätter dig för saker de inte har lov till eller inte kan skydda dig mot att bli utsatt. Då behöver jag berätta det så att du kan få hjälp, men jag pratar förstas med dig om det först.

Intervjuarens namn:

E-postadress:

Mobilnummer:

Ungdomens förnamn: _____

Datum för intervju:

Ålder: _____

Hur länge på det här ungdomshemmet:

Innan den här placeringen (om annan SiS varifrån innan dess):

Hur länge integrerad vård:

Vad och vem i integrerad vård:

Strukturerade frågor – ChASE

Nu kommer ett avsnitt med strukturerade frågor kring integrerad vård på SiS. Tänk på den person från Bup som du haft mycket kontakt med under de senaste tre månaderna.

Vad heter den person som du tänker på?

1. Har du fått prata om de saker som du tycker är viktiga?

Välj ett svar

- 1 Alltid
- 2 För det mesta
- 3 Ibland
- 4 Sällan
- 5 Aldrig

Här kan noteras om bortfall på frågan beror på att den ej är relevant på grund av fokus i brukaruppföljningen

2. Har du fått chansen att prata om hur du känner dig?

Välj ett svar

- 1 Alltid
- 2 För det mesta
- 3 Ibland
- 4 Sällan
- 5 Aldrig

Här kan noteras om bortfall på frågan beror på att den ej är relevant på grund av fokus i brukaruppföljningen

3. Känns det som om den du träffar förstår dig?

Välj ett svar

1 Alltid

2 För det mesta

3 Ibland

4 Sällan

5 Aldrig

Här kan noteras om bortfall på frågan beror på att den ej är relevant på grund av fokus i brukaruppföljningen.

4. Känner du att du kan lita på den du träffar?

Välj ett svar

1 Alltid

2 För det mesta

3 Ibland

4 Sällan

5 Aldrig

Här kan noteras om bortfall på frågan beror på att den ej är relevant på grund av fokus i brukaruppföljningen

5. Känns det som om den du träffar kan hjälpa dig att må/funkera bättre?

Välj ett svar

1 Alltid

2 För det mesta

3 Ibland

4 Sällan

5 Aldrig

Här kan noteras om bortfall på frågan beror på att den ej är relevant på grund av fokus i brukaruppföljningen

6. Känns det som om träffarna har gjort att du mår bättre än innan?

Välj ett svar

1 Alltid

2 För det mesta

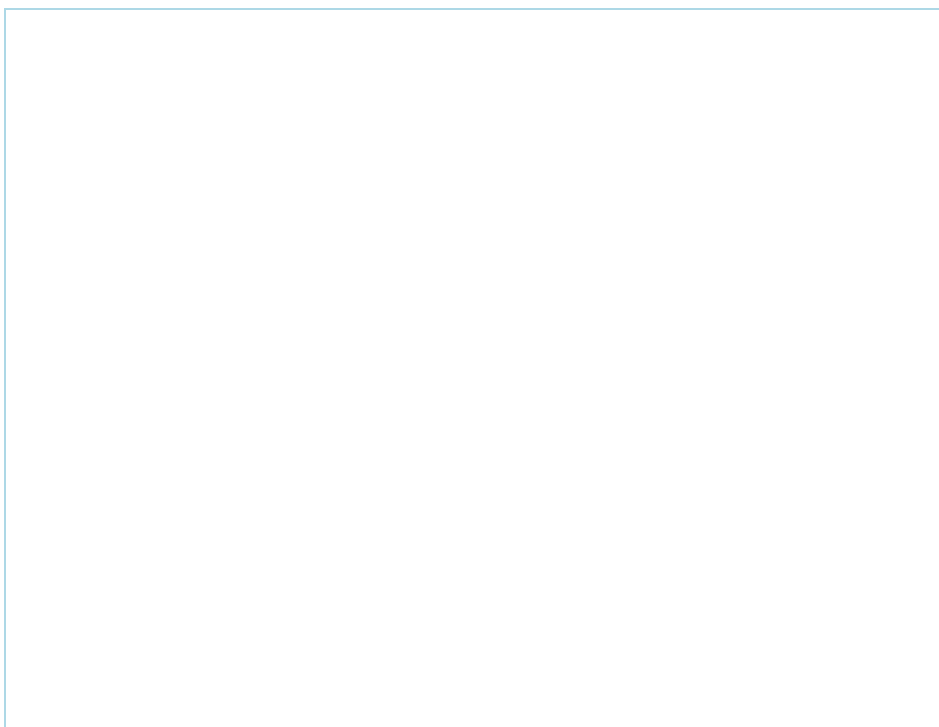
3 Ibland

4 Sällan

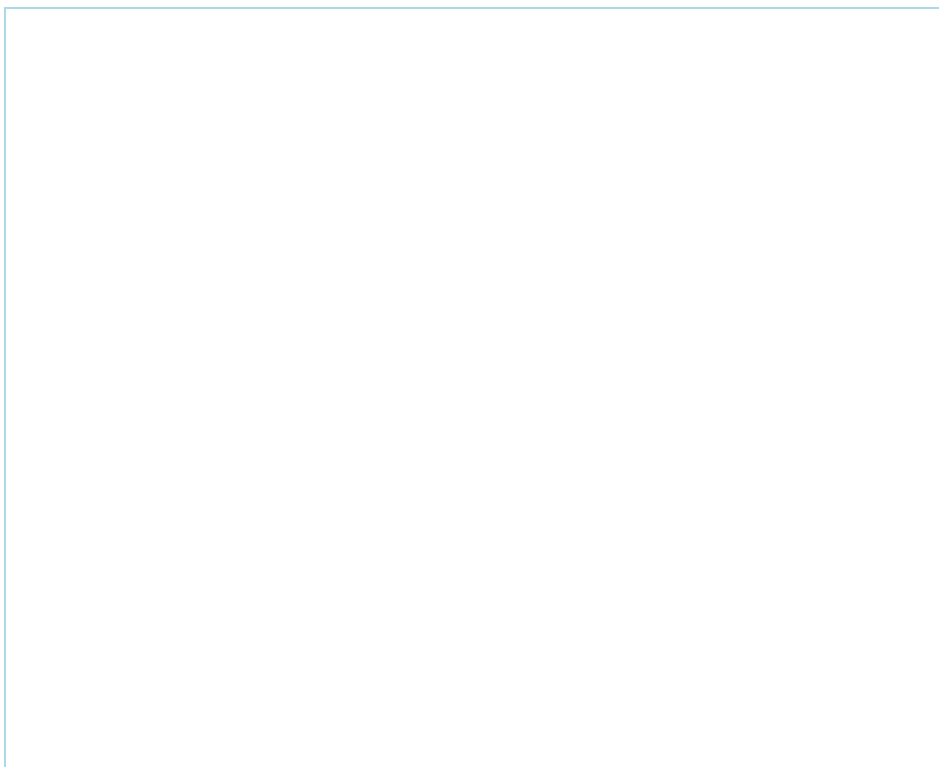
5 Aldrig

Här kan noteras om bortfall på frågan beror på att den ej är relevant på grund av fokus i brukaruppföljningen

7. Så vad har varit det bästa med att träffa X?

A large, empty rectangular box with a thin blue border, intended for the user to write their answer to question 7.

8. Finns det något som kunde ha gjort träffarna bättre för dig:

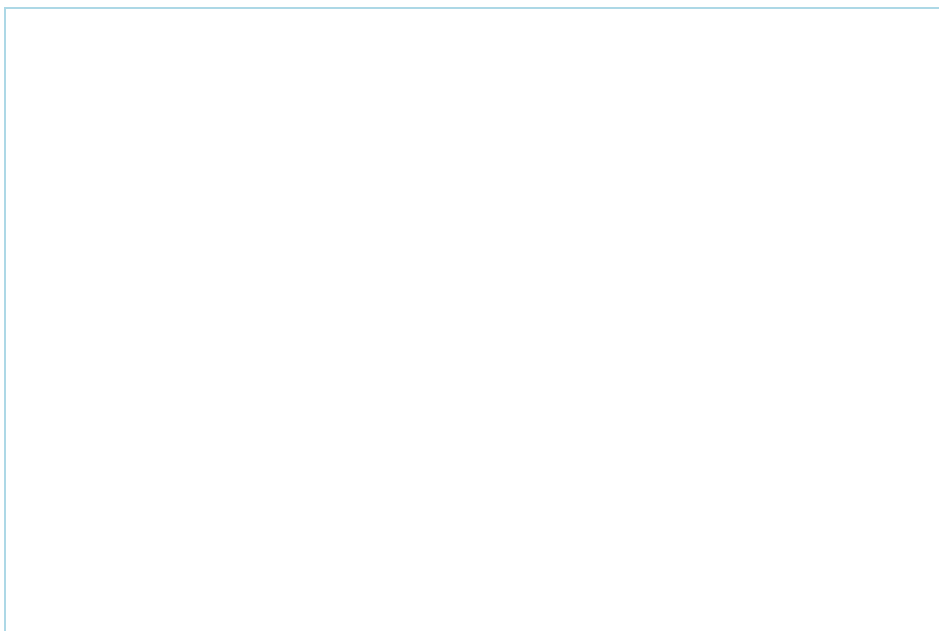
A large, empty rectangular box with a thin blue border, intended for the user to write their answer to question 8.

Erfarenheter av integrerad vård

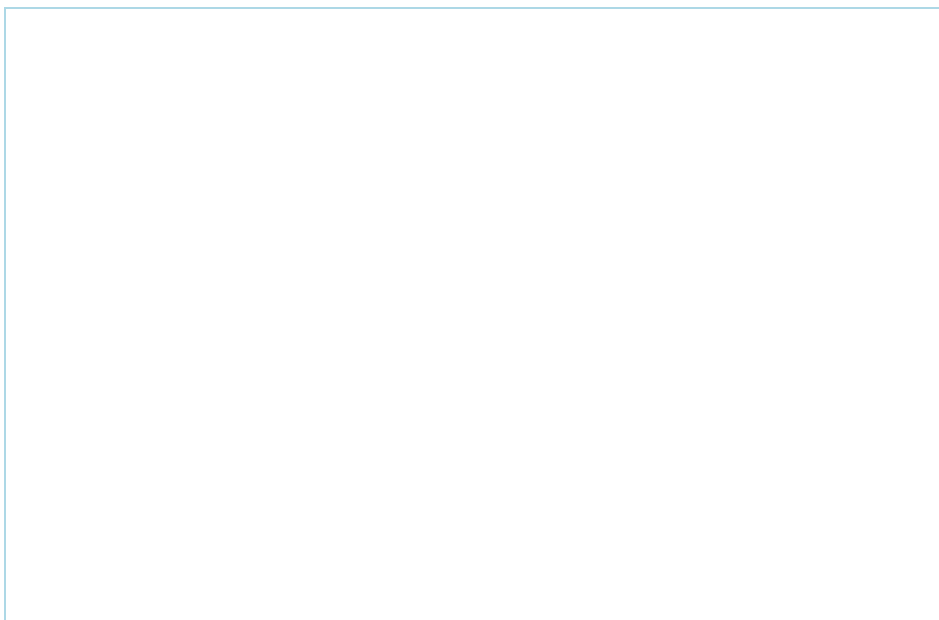
Om du inte bara tänker på den du träffat från Bup, utan på hur det har varit den senaste tiden på SiS, ungefär sedan du började träffa Bup och kom med i integrerad vård.

9. Om du beskriver med egna ord, vad skulle du säga att du har fått för hjälp och stöd under placeringen på SiS (både SiS/Bup)?

10. Tycker du att du får/fått den hjälp/stöd från SiS och BUP som du behöver? Ge gärna exempel.



11. Har du varit placerad på SiS, i HVB eller LSS-boende tidigare? När då?



12. Fick du den hjälp som du behövde i tidigare placering?

(vad har varit bra/vad har du uppskattat och tyckt om – vad har du saknat/vad hade du velat ha annorlunda – fick du komma till tals och berätta vad du behövde?)

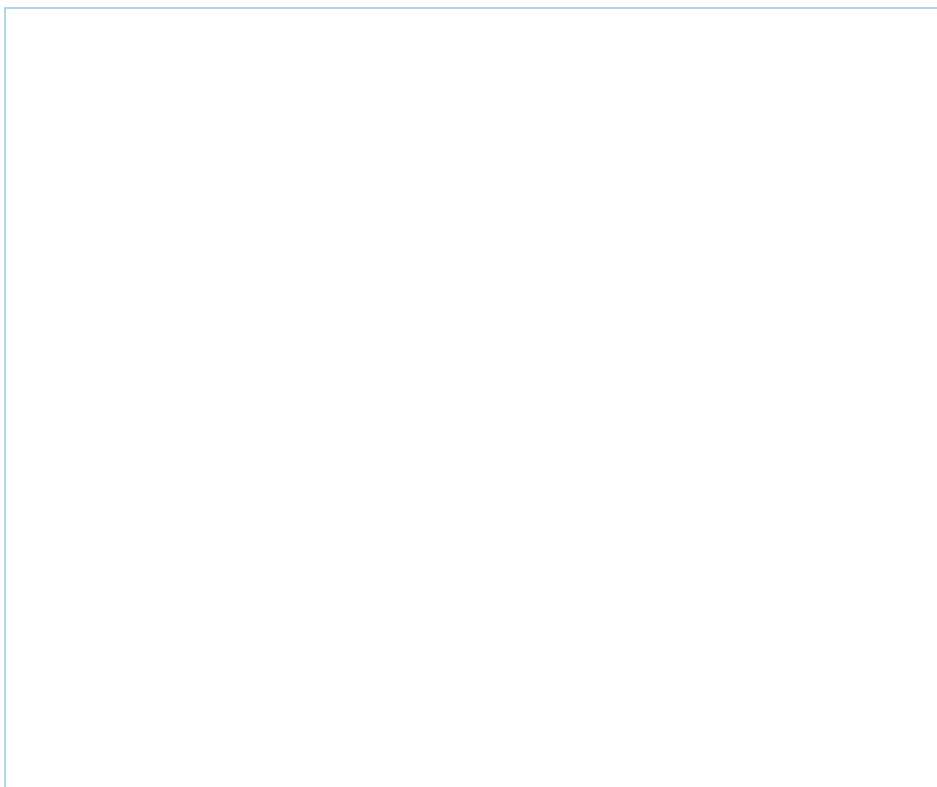
13. Om du har bott på SiS, i HVB eller LSS-boende innan, skiljer sig integrerad vård mot tidigare vård? Hur märker du skillnad?

(vad är bra/på vilket sätt är det annorlunda mot innan integrerad vårdform – vad saknar du/vad hade du velat ha annorlunda)

14. Har du varit på Bup någon gång innan du fick integrerad vård på SiS?

A large, empty rectangular box with a thin blue border, intended for the respondent to provide an answer to question 14.

15. Vad var anledningen till Bup-kontakt?

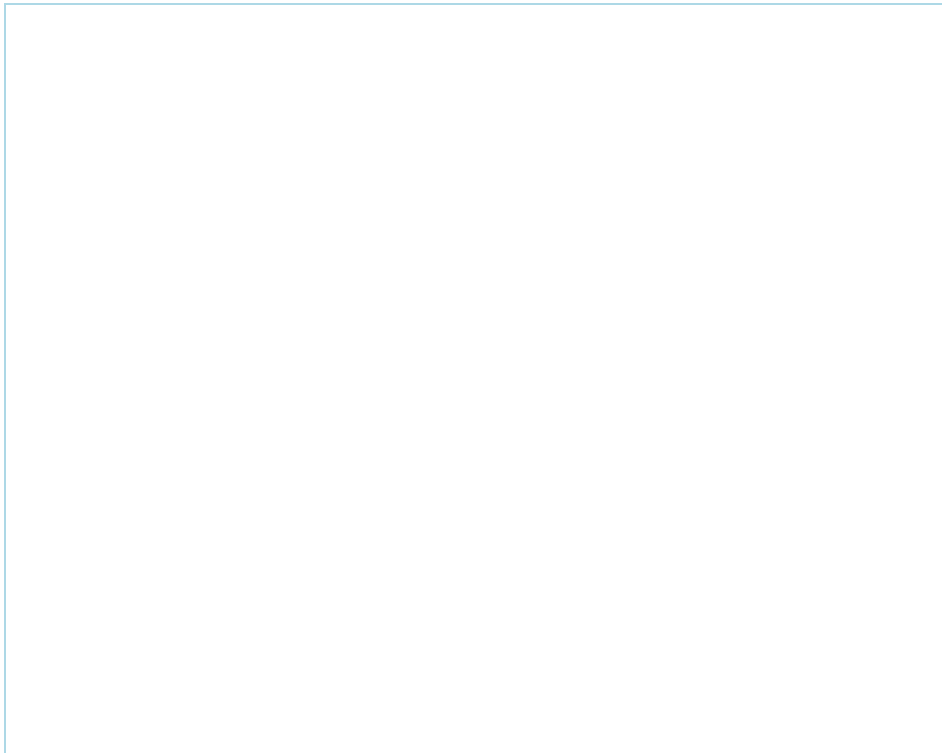
A large, empty rectangular box with a thin blue border, intended for the respondent to provide an answer to question 15.

16. Fick du den hjälp du ville ha i tidigare Bup-kontakt?

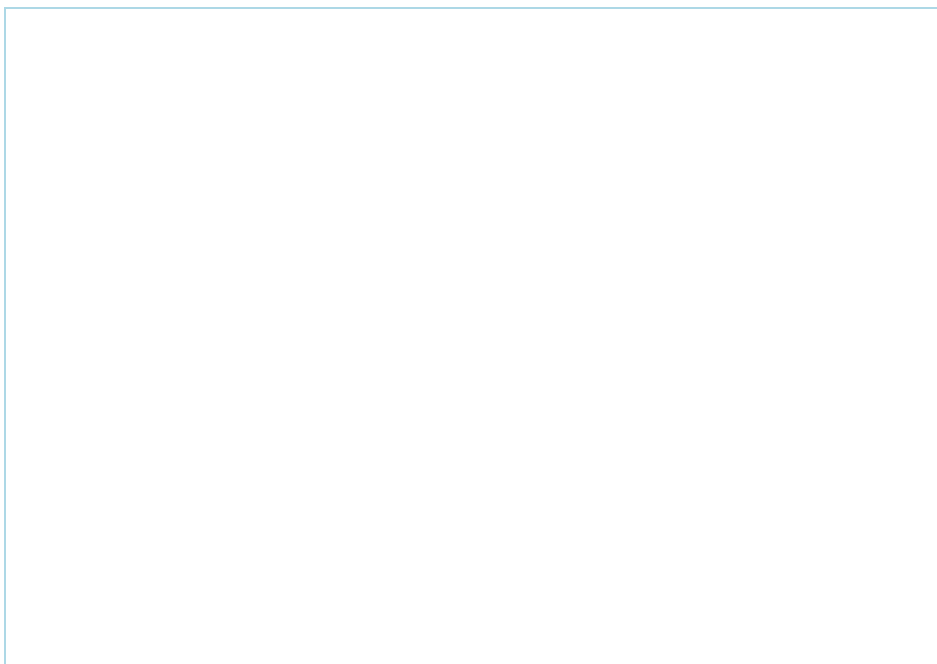
(vad var bra/vad har du uppskattat och tyckt om – vad har du saknat/vad hade du velat ha annorlunda/fick du komma till tals och berätta vad du behövde?)



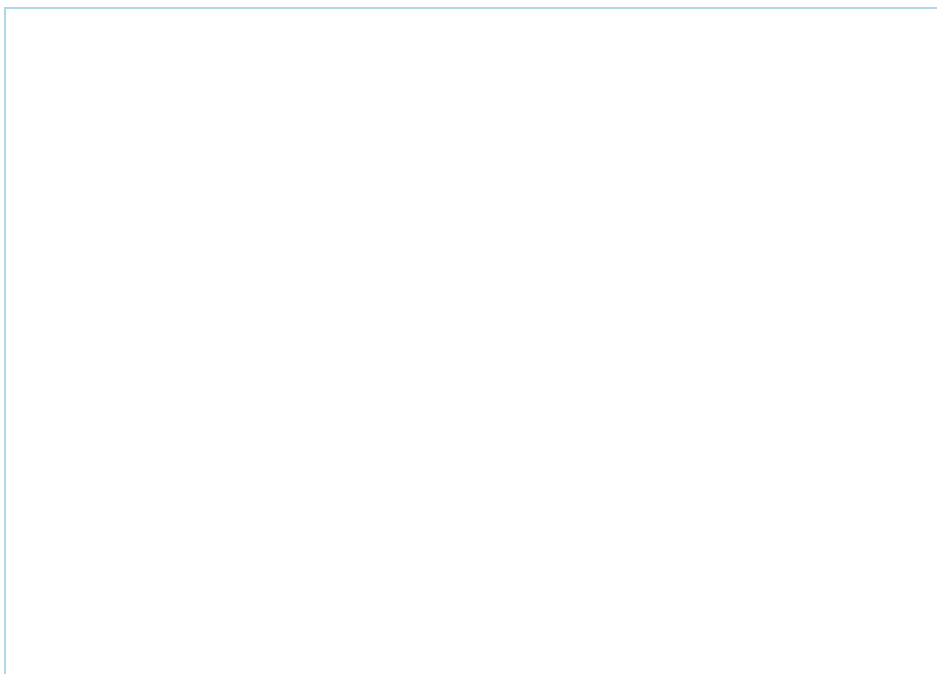
17. Om du fick bestämma, är det något man skulle behöva ändra på på SiS? Vilken vård/stöd behöver finnas?



18. Finns det något som du tycker är viktigt för SiS och Bup att tänka på när de ska jobba ihop?

A large, empty rectangular box with a thin blue border, intended for the respondent to write their answer to question 18.

19. Är det något vi har glömt att fråga om när det gäller insatser/stöd i integrerad vård?

A large, empty rectangular box with a thin blue border, intended for the respondent to write their answer to question 19.

20. Om du fick bestämma, vad tycker du är viktigt att den här utvärderingen ska visa, vad är det som behöver komma fram när vi berättar om vad barn och unga placerade på SiS tycker om sin situation?

(inkl integrerad vård, men också själva SiS-vården, Bup öppenvård och socialtjänsten generellt om det är det som känns viktigast)

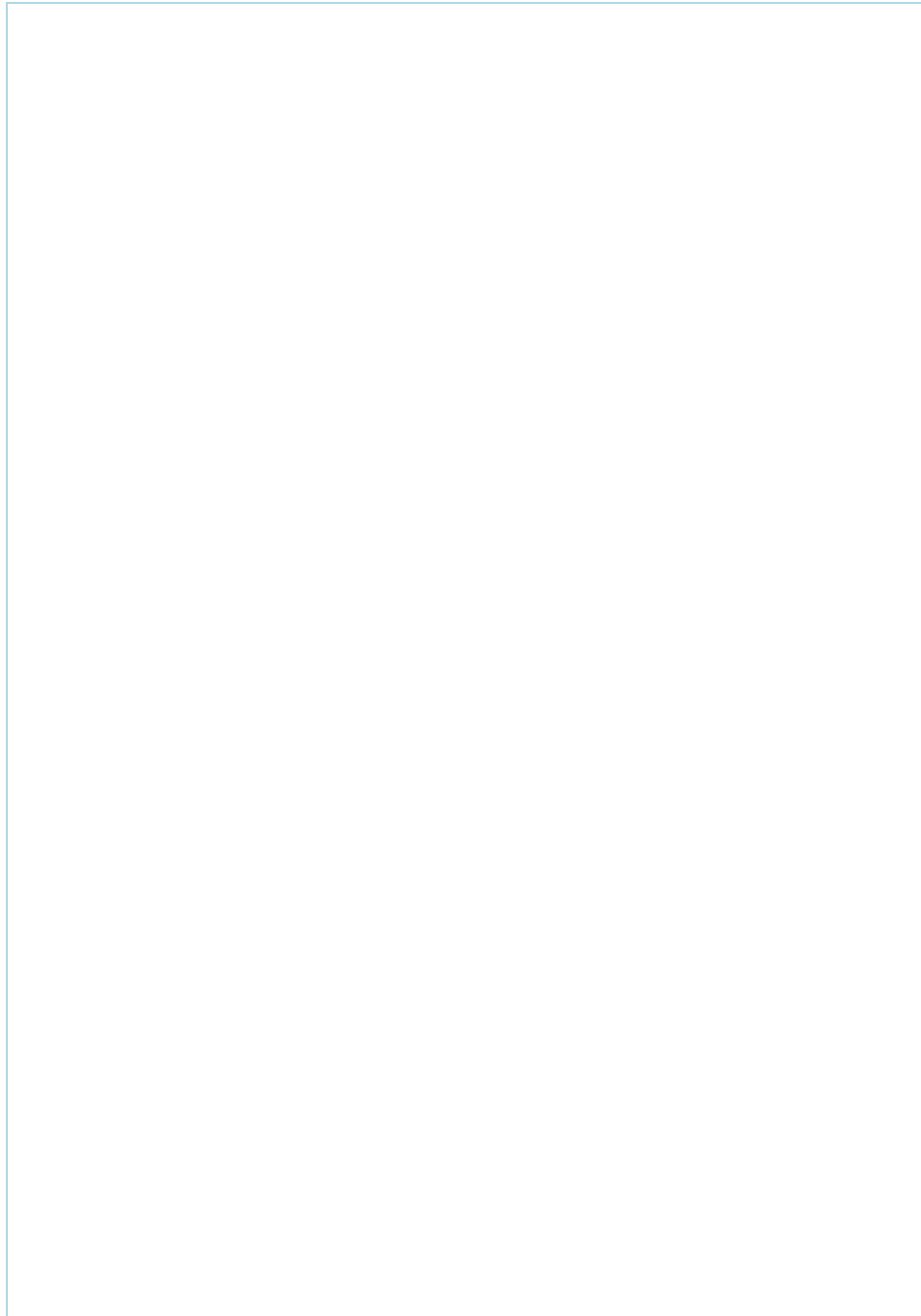


Tack så mycket för att du ville prata med oss!

Om du kommer på något som du vill ändra eller tillägga får du gärna kontakta mig (lämna infobladet med kontaktuppgifter till barnet att behålla)

21. Intervjuarens egna noteringar kring intervjun.

(särskilda utmaningar eller omständigheter som kan ha påverkat intervjun eller svaren)

A large, empty rectangular box with a thin blue border, intended for the interviewer's notes regarding the interview. The box is currently blank.



Integrerad vård på SIS – utvärdering av ett pilotprojekt för bättre vård till barn
med stora behov av psykiatrisk vård (artikelnr 2026-6-10227)
kan laddas ner från socialstyrelsen.se/publikationer.