

Hur kan socialförvaltningen bidra till en bättre institutionsvård och hur kan institutionerna hänga på?

(Inledningsanförande till mötet med äldre- och folkhälsominister Maria Larsson på socialbyrån distrikt Väster i Jönköping 091109)

Välkommen hit Maria Larsson och tack för att du accepterade vår inbjudan att komma till Jönköping. Att du sa ja till förslaget har redan haft det goda med sig, att vi som är berörda av institutionsarbetet tagit ett steg till i vårt samarbete. Mötet har ju krävt förberedelser, vilket för första gången har fått oss alla här att samtidigt sitta ner och diskutera.

Annars finns det många exempel på hur vi söker varandras sällskap. I förra veckan bjöd SiS-institutionen **Stigby** flera av oss från kommun och länssamordning till en studiedag som egentligen var avsedd för fortbildning av den egna personalen. Vi som var där blev inte bara klokare på hur vi använder skattningsinstrument gällande ungdomars självbild, utan vi fick också tillfälle att bekanta oss med varandra och utbyta tankar kring institutionsarbetet i allmänhet. Våra tre socialsekreterarna som nu arbetar som **HVB-uppföljare** har givit oss goda förutsättningar att skapa länkar mellan förvaltningen och institutionerna. Flera gånger i veckan besöker samma personer institutionerna där de samlar och förmedlar kunskap som därmed smörjer systemet. I morgon bitti kommer två institutionschefer till detta kontor för att tillsammans med handläggare och chefer diskutera om någon av institutionerna är lämpad att ta ansvar för en ungdom med en komplicerad problematik. Flera av er institutionschefer som är här idag har någon gång varit med på liknande möten ute på **Råslättskontoret**, som är den socialbyrån som oftast använt denna möjlighet till erfarenhetsutbyte.

I korridoren här ovanför sitter numer två socialsekreterare som på heltid är inriktade på att tillsammans med **Vårsol Sara** hjälpa ensamkommande flyktingbarn till en dräglig tillvaro i vårt land. Verksamheten tillkom för ett par år sedan och innebär att Vårsol fick entreprenad på att ta ansvar för boendet för dessa barn medan förvaltningen sköter myndighetsfrågorna. Efter flera års samarbete kring familjeplaceringar har föreståndaren för Berga, som är här idag, valt att avveckla vissa delar av verksamheten och att sälja de övriga och istället ta en tjänst som samordnare i vår **öppenvårds** familjearbete. Stödboendet **FriBo** samlade i dagarna hela sin personalgrupp för att tillsammans med undertecknad summera och fira att ett långvarigt samarbete kring en klient förts till ett lyckligt slut. **Kongsryd, Tjust Behandlingsfamiljer, 4:e Våningen, Rosenhill, Ryds, och Vårkullen** är andra exempel på HVB-hem med vilka våra relationer är långvariga.

Vi gläds också åt att några institutionschefer svarat på uppmaningen att samarbeta för att bredda verksamheternas kompetens och förbättra förutsättningarna för vårdkedjor. I måndags bjöd till exempel **Team J-son** in personal från **Västgötakollektivet** till en utbildningsdag om neuropsykiatri och vi antar att det var ett resultat av det avtal som de båda institutioner nyligen slöt om utbyte av läkarkompetens. Västgötakollektivet och Stigby har utvecklat ett väldigt intressant samarbete kring de allra tyngsta ärendena och Team J-son har tagit efter och påbörjat ett liknande samarbete med SiS-institutionen **Långanäs**.

Hur var det förr?

Så här har det inte alltid varit. Efter att förvaltningen 2003 inrättade tjänsten som HVB-samordnare gjordes en sammanställning över vilka institutioner vi under de senaste fyra åren hade haft placeringar hos. Det visade sig vara 66 stycken. Många var anonyma eller bara kända för någon enstaka socialsekreterare. Å andra sidan var antalet berörda socialsekreterare nästan lika många och i sin tur obekanta för institutionerna. Institutionerna fanns ofta på långa avstånd vilket begränsade insynen. Placeringarna hade ofta pågått under onödigt lång tid. Sålunda hade 10 ungdomar vars vård avslutades under 2002, varit på institution i sammanlagt 30 år till en kostnad av nästan lika många miljoner. Chefskontakter mellan förvaltning och institutioner hörde till undantagen och samarbetslösningar mellan institutionerna förekom inte alls. Vi satte upp fem mål för förändring:

- För det första ville vi reducera antalet institutioner vi samarbetade med till **15** och göra dessa kända inom vår förvaltning.
- stället för att placera hos institutioner som var okunniga om förvaltningens behov, ville vi att de skulle bli **välinformerade**.
- Istället för tillfälliga bekantskaper bland institutionerna ville vi ha **trogna samarbetspartners**.
- Istället för fjärran belägna institutioner ville vi lägga tyngdpunkten på placeringar i vårt **närområde**.
- Istället för ett möta institutionerna med misstro skulle vi sträva efter att visa dem **förtroende**.

Av redovisningen ovan att döma tycker vi att vi lyckats bra med våra föresatser.

Vad använder vi då våra möten till?

Den helt dominerande tiden används förstås för **individärenden**, men mycket tid används också för att hålla institutionerna **informerade** om vad som händer inom vår förvaltning. Det kan handla om nya arbetsformer inom öppenvården, budgetläget, viktiga organisations- och personalförändringar, utveckling av jourhemsfamiljer eller att förmedla en pågående debatt om något viktigt ämne. På samma sätt går informationen i motsatt riktning. Då kan det beröra beläggningen, planer på att utvidga eller inskränka verksamheten, den ekonomiska situationen eller tankar om att införa nya metoder i arbetet.

Träffarna används också för att kritiskt diskutera de svagheter som finns i våra verksamheter. Man skulle vilja säga att samtalen till en mindre del handlar om detta. Tyvärr är det inte så. **Bristerna** på båda sidor när det gäller institutionsarbetet är stora och det är en avgörande sak för framtiden att vi fortsätter att stärka vår förmåga att föra denna diskussion allsidigt, sakligt, respektfullt och med en ömsesidig övertygelse om att det går att komma vidare utan att gå skilda vägar.

Det finns teman i resonemangen som ständigt återkommer. Ett sådant är hur vården på bästa sätt skall bedrivas med barn och ungdomar som förutom en allvarlig psykosocial problematik också har **neuropsykiatriska och/eller intellektuella svårigheter**. Traditionellt är våra verksamheter uppbyggda för psykosocial problematik men i takt med att vi bättre utnyttjat möjligheter till psykolog- och läkarutredningar har det blivit uppenbart att en majoritet av de ungdomar som förvaltningen placerar har någon form av diagnos. Denna nya kunskap skapade förhoppningar om att enkla metodförändringar snabbt skulle förbättra denna grupps behandlingsresultat. Tyvärr har det inte blivit så. Istället är vi indragna i en mer långsiktig metoddiskussion där kombinationen av olika institutioners kompetens kan bli en del av lösningen.

Ett annat ämne för diskussion är hur vi skall utveckla ett systematiskt vårdarbete, där mål/delmål och regelbundna avstämningar utgör ett avgörande inslag i vården. Vårt verktyg för att lyckas med detta hoppas är **genomförandeplanen i BBIC**. Under hösten har några institutionschefer och undertecknad per korrespondens diskuterat BBIC:s rubriker och hur dessa skall brytas ner till konkreta behandlingsmål. Uppgiften har varit att försöka lokalisera vilka processer vi har gemensamt i vårdarbetet och vilka som är specifika för vissa institutioner. I den mån vi kan tydliggöra dessa processer letar vi också efter steg eller delmål som hjälper oss att följa utvecklingen. Förutom denna teoretiska sida av arbetet har de nya HVB-uppföljartjänsterna fått ett särskilt ansvar för att i samarbete med institutionerna konkret fånga denna diskussion i sitt skrivande av genomförandeplaner.

Kvalitetsindikatorer och vikten av kontinuitet i vården

I dagarna går regeringens satsning på fastställandet av nationella kvalitetsindikatorer inom den sociala barn och ungdomsvården in i ett slutskede. En av indikatorerna på god kvalitet i socialt arbete kommer att vara förmågan att prestera kontinuitet. Det är glädjande att denna aspekt får en central betydelse. För vår del är det svårt att hitta något mer tragiskt i verksamheten än när en av våra ungdomar är framme vid vuxenlivet, ofta de med den största problematiken, och bara kan blicka tillbaka på en ändlös rad av omplaceringar mellan allehanda institutioner och familjehem.

Bland alla frågor som förvaltningen under senare år diskuterat med institutionerna är frågan om kontinuiteten den viktigaste. Men det är också en av de svåraste frågorna att hantera internt i förvaltningen. Vanan att välja uppbrott i placeringarna har djupa rötter i det administrativa arbetet och är väldigt svår att komma åt.

De första förutsättningarna för att undvika sammanbrott i placeringarna har vi redan berört och det är att relationen mellan förvaltningen och institutionen präglas av **förtroende, öppenhet och långsiktighet**. Finns detta blir det oftast en bra diskussion när en placering aktualiseras. Då är utgångspunkten att klienten är välkommen. Så är det inte alltid varit. Tvärtom har kortsiktiga intressen från båda håll gjort att information undanhållits eller förskönats vilket i ett senare skede straffat sig. Idag betonar vi den ömsesidiga skyldigheten att lämna så **fullig information** det går och att det är innan inskrivningen som många faktorer för en framgångsrik placering fastställs. Ungdomens omhändertagandebehov och institutionens förmåga måste sammanfalla.

När ungdomen väl är inne i vården **måste marginalerna finnas** för svängningar i vårdbehovet. Förvaltningen måste veta att institutionen sätter sin heder i pant på att lyckas fullfölja sitt uppdrag och institutionen måste veta att den kan räkna med nödvändigt stöd i krissituationer. Härvidlag har vi kommit en bra bit på väg. Likväl hamnar vi regelbundet i situationer där institutionen inte förmår att hålla ihop vården utan måste lämna sitt uppdrag vidare. Här har vi koncentrerat uppmärksamheten kring hur vi skall **reducera skadan av omflyttningen**. Svaret har blivit att den ursprungliga institutionen och klienten bibehåller en intensiv kontakt och att vi arbetar för en snabb återplacering. Här har diskussionerna också handlat om att hitta rimliga ekonomiska lösningar som kunnat accepteras av alla parter. I detta avseende har vi kommit långt.

I tider där många verkar för korta placeringar är det alltid en utmaning för institutionerna att välja rätt tidpunkt för att släppa klienterna vidare till öppenvården. Skall kontinuiteten värnas, så finns det inte utrymme för åsikten att en återplacering nödvändigtvis är ett uttryck för ett misslyckande. Det synsättet skapade tidigare ett motstånd hos institutionerna att ta tillbaka klienter, vilket var extra allvarligt när det sammanföll med en motsvarande inställning hos förvaltningen. Idag försöker vi tänka att vissa klienter efter en tid behöver påfyllning, ett synsätt som **avdramatiserar återplaceringen** och möjliggör en bättre fortsättning.

Det är också ett uttryck för nödvändig kontinuitet när **institutionerna och vår öppenvård** har ett likartat synsätt. Vi har fått jobba med att undanröja misstänksamhet mellan verksamheterna och skapa ömsesidig respekt. Det finns nu exempel på att hela personalgrupper besöker viktiga institutioner och utbyter erfarenheter. Nyligen la en institution fram ett förslag om hur vårt stödboende kunde ändra sitt arbetssätt. Det var ett stort steg. Inte just för att förslaget måste vara något extra, utan för att man gör sig besväret att ha en genomtänkt åsikt om vårt arbete och att man också vågar uttrycka kritik trots beroende av framtida placeringar.

Under förra året genomförde förvaltningen en studie över hur institutionsplaceringar avslutats under åren 2004 -2006. Utredningen påvisade ett markant **mindre antal sammanbrott** än vad som framkommit i andra jämförbara studier i landet.

Tankar om innehållet i det kommande kvalitetsregistret

För två år sedan las en omfattande proposition fram om utvecklingen i den sociala barn- och ungdomsvården. Där framfördes behovet av ett nationellt kvalitetsregister. Under den rubriken skulle vi vilja säga några ord om vilka kvaliteter **vi värderar** i valet av institutioner.

I första hand utgår vi från åldersgruppen. Här sammanfaller våra erfarenheter med de riktlinjer som länsstyrelsen medverkat till. Den andra aspekten är institutionens **omhändertagandenivå**, eller enklare uttryckt: Hur kraftfullt utagerande beteende klarar man? Det är enligt vår erfarenhet **fyra faktorer** som avgör detta. Ju mer av varje faktor desto svårare problem klarar man. Vi tänker på graden av

- struktur
- vuxennärvaro
- avskildhet
- och omfattningen av (eller intensiteten i) den egna verksamheten.

Vid placering lägger vi alltså mer vikt vid styrkan i det utagerande beteendet än vid vilken typ av beteendestörning ungdomen visar. Så länge institutionens tillstånd ger utrymme för placeringen avgörs valet av institution alltså inte i första hand av om det handlar om missbruk, självskadebeteende, aggressivitet eller självdestruktivitet, för att ta några viktiga problemgrupper. Ofta är det mer i behandlingsavseende som förenar dessa ungdomar än som skiljer dem åt.

Utöver att man har rätt åldersgrupp och omhändertagandenivå har vi prioriterat att det finns vad vi kallar **grundkompetens**, alltså ett antal kvaliteter som är betydelsefulla för alla HVB-hem oavsett vilken inriktning man valt. Utifrån tidigare resonemang om kontinuitet vill vi framhålla egenskapen

- att man förmår att upprätta den omhändertagandenivå som krävs och därmed har få behandlingssammanbrott
- att man är medveten om öppenvårdens (och i viss utsträckning familjehemsvårdens) förutsättningar så att man kan ingå i en vårdkedja.
- att institutionen är transparent och därmed förmår att tydliggöra såväl starka som svaga sidor i verksamheten
- att man har en stabil personalgrupp som uppträder samstämmigt och utmärks av en humanistisk grundsyn.

Hur visar institutionsvården resultatet av sitt arbete?

I slutrapporten från den nationella tillsynen 2006 -2008 har institutionerna, vid sidan om den egentliga granskningen, uppmanats att svara på en enkät om huruvida man utvärderar sina behandlingsresultat. 363 HVB blev granskade i tillsynen. 362 av dessa saknade en resultatredovisning.

Får vår del är dock utvärderingen av resultatet av vården väsentlig och inget som varken negligeras eller skjuts på framtiden. Däremot är den outvecklad och skulle definitivt kunna vara bättre om vi hade ett starkare nationellt stöd.

Vi har det allmänna resultatmålet för institutionsarbetet att 75 % av ungdomarna som skrivs ut, åtminstone under de närmaste åren skall klara sig utan återintagning. (Skall man våga testa ungdomarnas nya förmågor är det rimligt att en av fyra får backa igen.) Det målet uppfyller vi. Vi anser att vårdens huvuduppgift är att möjliggöra fortsatt behandling inom öppenvården och att institutionernas resultat skall bedömas utifrån hur detta mål uppfylls. Däremot har vi inga siffermål uppsatta för hur ungdomarna på sikt ska lyckas i sina liv. Det beror inte på att vi anser det oväsentligt, utan på att detta är en utvärdering som inte specifikt klargör institutionernas insats utan mer vad hela vårdkedjan sammantaget lyckats åstadkomma.

Vi följer också den enskilda institutionens förmåga att fullfölja sina uppdrag på ett framgångsrikt sätt. Då handlar det inte om en avräkning rätt av, med avseende på återintagningar. Istället är det en granskning som görs utifrån en sammanvägning av flera faktorer som till exempel:

- svårighetsgraden av det uppdrag man åtagit sig
- vilket stöd man fått från förvaltningen
- tidsåtgången
- kostnaden
- om man haft enstaka uppdrag där tillfälligheter kan ha spelat in eller resultatet upprepats i många placeringar

Återigen vill vi betona att denna typ av värdering är svår att göra utan förtroendefulla diskussioner med alla som är berörda.

Vad kan vi förvänta oss av nya evidensbaserade metoder?

Det finns fler intressanta redogörelser i rapporten om den nationella tillsynen. Återigen är det dock reflektioner som förs fram vid sidan om den egentliga tillsynen. Sålunda har professor Kjell Hansson fått möjlighet att gå igenom redovisningarna med avseende på vilka metoder HVB-hemmen använder i sina verksamheter. Han konstaterar att många metoder blandas med varandra utan tanke på hur de passar ihop. Metoder med tveksam evidens används, med i vissa fall påvisad skadlig effekt. Hans ifrågasättande av metoderna inom HVB-vården återfinns hos många andra auktoriteter inom området. Liknande invändningar förekommer t.ex. också i betänkandet från förra året om en kunskapsbaserad socialtjänst.

Det känns på alla sätt angeläget att forcera arbetet med att tydliggöra vilka behandlingsmetoder som är verksamma och vilka som inte är det. Samtidigt är det tråkigt när kritiken för avsaknad av evidens förs fram på ett vårdslöst sätt och fyller funktionen att sänka engagemanget i institutionsvårdens frågor till förmån för andra och kanske sämre lösningar. Institutionsvården har aldrig varit populär. Sett över tid har den återkommande kritiken bestått i att institutionerna är en skola i brott och missbruk och att man snarare får nya problem här än blir av med gamla. Idag verkar man acceptera institutionsvården som ett sätt att förhindra en försämring. Det är ännu långt kvar till en positiv syn där man uppfattar institutionsvården som **ett kraftfullt vårdinstrument**.

Vi tror inte att det är bristen på evidensbaserade behandlingsmetoder som i första hand förklarar institutionsvårdens dåliga resultat. Det är snarare kombinationen av de villkor institutionsvården jobbar under och svårighetsgraden i de problem man ställs inför. Nya evidensbaserade metoder kan inte ensamma lösa detta dilemma. Vi har kommit mycket längre när det gäller att förstå hur allvarliga psykosociala problem uppstår än hur vi framgångsrikt skall behandla dem. Det är dessutom mycket billigare med förebyggande insatser än högt omhändertagande på institution. Likafullt utnyttjas inte denna kunskap på det sätt som den förtjänar. Det räcker alltså inte bara att ha tillgång till en bra och evidensbaserad sanning. Det måste finnas en vilja att omsätta den.

Med dessa reservationer hälsar vi all ny kunskap inom behandlingsområdet välkommet. Vi har under flera år koncentrerat våra diskussioner kring det som här har kallats grundkompetens. Det har inneburit att metodfrågorna fått skjutas på framtiden. I takt med att vi fått tid över till att arbeta med genomförandeplanernas mål/delmål känns det som om tiden börjar bli mogen för att ge även metodfrågorna den plats det förtjänar.

Ekonomiska aspekter av vårt förhållningssätt

Statens offentliga utredningar, propositioner och forskarsammanställningar har under senare år kommit i en strid ström. Sagt i en positiv mening, så verkar det mesta av det som tidigare var obeaktat eller otydligt ha fått sin beskrivning. Ett område som däremot på denna nivå sällan berörs, men som för oss ute i kommunerna spelar en väldigt stor roll, är ekonomin. Vi har även inom detta område några erfarenheter som vi gärna vill förmedla.

Vi har medvetet strävat efter att hitta institutionslösningar inom vårt närområde. Vi tycker att det har en rad fördelar och en av dem är att vi påtagligt **reducerat antalet långa resor** och därmed sparat dyrbar arbetstid. En annan fördel är att det oftare går att använda kommunens egna resurser istället för att köpa dem som tilläggstjänster hos institutionen.

Om dygnsavgifterna är en viktig faktor så är **vårdtidens längd** ännu mer betydelsefull för den slutliga kostnaden av en placering. Chanserna att göra framsteg på detta område ökar påtagligt om institutionen och förvaltningen drar åt samma håll. Vi menar att mycket i vårt förhållningssätt verkat i den riktningen och vi kan redovisa en stadig reducering av den tid som används till den enskilda placeringen.

Sist men inte minst finns stora **effektivitetsvinster** att göra om vårdresurserna i betydelse jämföras med vårdbehovet. Detta är en självklarhet inom t.ex. sjukvården och äldreomsorgen. Idag kräver dock förvaltningarna att vårdresurser skall finnas tillgängliga även när akutplaceringar görs i fall där vårdbehovet borde ha varit känt sedan länge. Detta system skapar en ryckighet och förutsätter att institutionerna stadigt har en stor outnyttjad kapacitet i reserv. Förr eller senare får förvaltningarna betala detta genom högre dygnsavgifter. Båda parter har något att vinna på en annan ordning.

Barnet i centrum

Avslutningsvis är det plats för ett förtydligande. Tyvärr följer vi till vardags inte alltid propositioner och offentliga utredningar på det sättet som resonemangen i den här inledningen kan ge sken av. Däremot har vi gjort det den här gången och då med det ärliga syftet att också försöka se hur vår praktik kan länkas till den verklighet som är en ministers. I den andan vill vi runda av med att reflektera kring en av dina hjärtefrågor: att barnen måste komma till tals i utredningar kring deras framtid eller i myndigheternas beskrivningar över den vård de är indragna i. Är det rimligt att säga att ditt engagemang härvid lag, i en vidare mening, handlar om att man alltid i vårt arbete måste ha barnets eller ungdomens bästa för ögonen? I så fall skulle vi också vilja säga något om påtryckarnas roll.

Om vi diskuterar institutionsvården inom barn – och ungdomsvårdens arbetsområde, och sorterar bort dem som våra domstolar bedömt skall straffas eller som allmänheten skall skyddas ifrån, så handlar det om dem som placeras av psykosociala skäl. Då är lagen entydig med att vi skall använda vård på institution för barnets eller ungdomens egen skull, för att fylla de behov som inte tidigare tillfredsställts och som är bakgrunden till hans eller hennes olycka. Bland påtryckarna för vård är dock inte detta alltid ingången. Inte sällan är det en ensamstående mamma som kräver att socialtjänsten ska ta över ansvaret för hennes barn och där tyvärr kortsiktiga motiv kan utgöra motivet. Vill det sig extra illa så kallas efter en tid samma barn plötsligt hem från institutionen, utan hänsyn till de processer barnet nu kan vara indraget i. En annan gång är det en rektor som trycker på, en åklagare, en överläkare på BUP eller varför inte en socialsekreterare från våra egna led. I denna anda kräver man en plats på institution, inte för att behovet av psykiatrisk vård hos ungdomen minskat över natten, utan för att platsen på vårdavdelningen behövs för någon annan. Kanske rektorn lyfter telefonluren trots att han eller hon vet ett annat sätt att lösa problemet, men att det antingen saknas resurser för detta eller att skolledaren inte står emot kraven från lärare och upprörda föräldrar.

Möjligheten till ett lyckat behandlingsresultat är beroende av många faktorer. En väsentlig sak är att vården sätts in vid rätt tidpunkt. Kommer institutionsvården in i ett för sent skede har många stödjande resurser på hemmaplan raserats, familjehem kan ha knäckts utan återvändo eller så har ett drogberoende etablerats med ett sådant djup att det i bästa fall först efter lång tid går att häva. Sätts vård på institution istället in i ett för tidigt skede, riskerar vi att oerfarna ungdomar genom smittoeffekter får sin problematik förvärrad. Går tidpunkten för vården att välja så att den sammanfaller med ungdomens egen motivation är mycket vunnet. Påtryckarna väljer tidpunkt när de själva förlorat tålamodet, men vad som är rätt tidpunkt kan inte avgöras utan att ungdomens egna

behov ges en avgörande roll i bedömningen.

Om det är viktigt att vården startas upp på ett genomtänkt sätt så är valet av tidpunkt när vården skall avbrytas inte mindre betydelsefull. Vår erfarenhet är att många förändringsprocesser på hemmaplan avbryts när en placering skett. Istället för att utnyttja arbetsron som bör uppstå, så infinner sig en bekvämlighet som helst inte skall ruckas. Har vi lyckats med behandlingsarbetet och fått till stånd en beteendeförändring så riskerar detta då att avstanna eller i värsta fall gå tillbaka, därför att påtryckarnas engagemang ebbat ut och de nödvändiga förberedelserna på hemmaplan saknas. Har inte ungdomen lämnat ett vakuum efter sig där hemma finns heller inget sug som drar dem tillbaka. Istället har de stötts ut och det finns ett motstånd mot återkomst som är svårt att övervinna.

Många kan nog ställa sig bakom påståendet att unga förr i tiden kunde placeras på barnhem, uppfostringsanstalter och andra liknande inrättningar på tivelaktiga grunder. Med ovanstående exempel vill vi visa på att det fortfarande i stor utsträckning är så att ungas rätt till ett gott liv alltför sällan är själva drivkraften för att det blir vård på institution. I annat fall är många av bristerna inom institutionsvården omöjliga att förstå.

Hans Bergman
HVB-samordnare