

Allmän SiS-rapport
1998:3

Behandling inom sluten ungdomsvård

Av Projektgruppen sluten ungdomsvård

Behandling inom sluten ungdomsvård

Projektgruppen Sluten ungdomsvård

Rapport 1998:3

Innehållsförteckning

Förord

1. Inledning

- 1.1 Allmänt
- 1.2 Sluten ungdomsvård
- 1.3 Allmänna principer vid verkställigheten
- 1.4 Projektet Sluten ungdomsvård

2. De nya förutsättningarna

- 2.1 Inledning
- 2.2 En ny typ av avdelning
- 2.3 Vården skall inledas på en lösbar enhet
- 2.4 Behandlingsbehovet och samhällsskyddet
- 2.5 Integrering i vården
- 2.6 Strafftidens längd
- 2.7 Behandlingens anpassning till strafftiden
- 2.8 Samverkan med socialtjänsten
- 2.9 Lagen om rättspsykiatrisk vård
- 2.10 Sammanfattning
- 2.10 Sammanfattning

3. Målgruppsanalys

- 3.1 Inledning
- 3.2 Allmänt om utsatta ungdomar
- 3.3 Fängelsedömda ungdomar
- 3.4 Ungdomar vid särskilda ungdomshem
- 3.5 SiS-statistik, ADAD-intervjuer
- 3.6 Sammanfattning

4. Forskningen om vård och behandling

- 4.1 Inledning
- 4.2 Institutionell behandling
- 4.3 Forskningsresultat, allvarlig kriminalitet
- 4.4 Forskningsresultat, missbruk
- 4.5 Kriminalitet och psykisk problematik
- 4.6 Skolverksamheten
- 4.7 Sammanfattning

5. Verkställigheten

- 5.1 Inledning
- 5.2 Utredningsverksamheten
- 5.3 Behandlingsinnehåll
- 5.4 Utslussning
- 5.5 Sammanfattning

Referenser

Bilaga:

Metodkatalogen

1. Inledning

2. Bedömningsamtal

- 2.1 ADAD
- 2.2 Motivationsintervju MINT

3. Familje- och nätverksarbete

- 3.1 Allmänt om familjearbete
- 3.2 Funktionell familjeterapi
- 3.3 Multisystemisk terapi
- 3.4 Lösningfokuserad korttidsterapi
- 3.5 Kriminalvårdsprojektet
- 3.6 Familjerådslag

- 3.7 Föräldragrupper
- 3.8 Föräldrautbildning
- 3.9 Nätverksterapi
- 4. Institutionsprogram – Hassela**
- 5. Kognitiv terapi**
- 6. Kognitiv beteendeterapi**
- 6.1 ART, ett program för KBT
- 6.2 "Vägvalet"
- 7. Kriminalvårdens arbete med ungdomar**
- 7.1 Metodutveckling
- 7.2 KVA Norrköping
- 7.3 Programverksamheten
- 8. Medling**
- 9. Professionellt institutionsprogram**
- 10. Psykodynamiskt inriktad behandling**
- 11. Tolvstegsbehandling**
- 12. Undervisningsgrupper för missbrukare**
- 13. Återfallsprevention**
- 14. Äventyrsbehandling**

Förord

Projektet sluten ungdomsvård har haft i uppdrag att bl.a. göra en sammanställning av de behandlingsmetoder som kan användas i institutionernas behandling av ungdomar som dömts till sluten ungdomsvård. Genom denna rapport redovisar projektet uppdraget i den delen. Rapporten har inom projektet utarbetats av en arbetsgrupp med deltagare från såväl huvudkontoret, främst planeringsenheten och forsknings- och utvecklingsenheten, som institutionerna. Rapporten baseras på erfarenheter och uppgifter från en mängd olika källor som sammanställts och bearbetats; sist i rapporten finns det en referenslista som tar upp viktigare material. Erfarenheter har bl.a. hämtats in från kriminalvården.

Det övergripande målet för de behandlingsinsatser som görs under verkställighetstiden är att de skall underlätta brottslingens anpassning i samhället utanför institutionen och till de normer och värderingar som kan råda där för tillfället. De använda behandlingsmetoderna måste således alltid sättas i relation till det målet.

Behandlingsinsatserna skall göra brottslingen bättre rustad att möta de krav och förväntningar som samhället utanför institutionen ställer på honom eller henne som samhällsmedborgare och medverka till att brottslingen varaktigt ändrar det beteende som fört honom eller henne till institutionen. Därför utgör en bearbetning av brottet ett naturligt inslag i behandlingen under verkställigheten. Därutöver kan det alltefter behov förekomma en mängd olika insatser av utredande, stödjande eller korrigerande art.

För verkställigheten av sluten ungdomsvård finns det dock vissa formella begränsningar och förutsättningar som har betydelse för vilka behandlingsmetoder som kan komma i fråga vid verkställigheten. Därför inleds rapporten med en kortfattad genomgång av dessa förutsättningar och den föreslagna rättsliga regleringen (*avsnitt 1 och 2*). Den genomgången, som bl.a. betonar betydelsen av samhällsskydd under verkställigheten, bildar en utgångspunkt för den fortsatta framställningen.

En annan grundläggande utgångspunkt för vilka behandlingsmetoder som bör användas är givetvis vilka egenskaper och behov de ungdomar har som kommer att dömas till sluten ungdomsvård. Därför görs i *avsnitt 3* en målgruppsanalys. Analysen visar att ungdomarna som grupp förmodligen kommer att visa upp många olika typer av allvarliga problem förutom kriminalitet och att varje enskild ungdom oftast kommer att ha flera olika problem av varierande svårighetsgrad.

Av bl.a. etiska skäl bör de behandlingsmetoder som klienterna utsätts för vid tvångsvård vara förenliga med vetenskap eller beprövad erfarenhet. Därför finns det i *avsnitt 4* en kortfattad översikt över resultaten av den forskning som gjorts om behandling på institution av ungdomar med sådana problem som aktuella ungdomar kan förväntas ha.

I *avsnitt 5* knyts det bakgrundsmaterial som finns i tidigare avsnitt samman genom en översiktlig redogörelse för hur utrednings- och behandlingsinsatserna bör vara utformade under verkställigheten. Där betonas bl.a. vikten av att det finns ett brett utbud av insatser för att möta de skilda problem och behov som såväl målgruppen som varje enskild individ har.

De mångfacetterade problemen och behoven gör att det inte är möjligt att peka ut någon eller några särskilda behandlingsmetoder som alltid kan eller bör användas vid verkställigheten. Vad det i stället blir frågan om är att mot bakgrund av omständigheterna i varje enskilt fall välja bland ett antal metodinriktningar som kan anses förenliga med vetenskap eller beprövad erfarenhet och eventuellt anpassa dessa. Forskningen visar bl.a. att det oavsett behandlingsmetod för framgång är mycket viktigt att institutionen arbetar på ett strukturerat och medvetet sätt som förmår engagera behandlingspersonalen. Därför bör varje institution och dess personal ha ett stort inflytande över vilka behandlingsmetoder som skall tillämpas och utvecklas på institutionen, men samtidigt ha krav på sig att på ett

tydligt och rättvisande sätt beskriva de metoder som används. Huvudkontorets uppgift är närmast att med beaktande härav se till att det totala utbudet av institutioner med olika inriktning motsvarar behoven och även i övrigt är lämpligt.

Mot den redovisade bakgrunden har det ansetts lämpligast att uppfylla projektets uppdrag avseende behandlingsmetoderna genom att upprätta en katalog med kortfattade beskrivningar av olika metodinriktningar som bör kunna användas under verkställigheten. En sådan katalog finns i *bilagan*. Där finns hänvisningar till annan litteratur för den som vill läsa mera om en metodinriktning. I den utsträckning det kunnat ske anges också i vilka fall respektive metod kan vara lämplig eller olämplig. Alla beskrivna metodinriktningar har ännu inte utvärderats vetenskapligt så att säkra slutsatser om effekter kan dras, men metodinriktningarna kan genom att de använts på ett antal ställen i vart fall anses förenliga med beprövad erfarenhet – eller åtminstone i allt väsentligt oskadliga för klienterna – under förutsättning att de används som avsett på relevanta målgrupper. Katalogen i bilagan skall givetvis inte ses som en fullständig redovisning av de metodinriktningar som kan användas eller ens som en uttömmande beskrivning av de olika metoder som används i dag vid institutionerna.

Syftet med rapporten är att den skall utgöra en kunskapsöversikt och vägledning för valet av behandlingsmetoder inom sluten ungdomsvård. En utveckling eller anpassning av behandlingsmetoder för sluten ungdomsvård kräver arbete och engagemang vid den berörda institutionen. Avsikten är att det arbetet huvudsakligen skall ske inom ramen för institutionens ordinarie fortlöpande arbete med metodutveckling. Rapporten bör också utgöra underlag och utgångspunkt för de förändringar och utvecklingsinsatser som planeras vid de tre institutioner som skall husera de slutna avdelningar som företrädesvis skall ta emot ungdomar som dömts till sluten ungdomsvård. Arbetet med beskrivning och värdering av metodinriktningar i ett större perspektiv kommer att drivas vidare i annan form.

I den arbetsgrupp som utformat rapporten har ingått Arne Andersson, Peter Gerdman, Kerstin Söderholm Carpelan, Fred Westerlund, Margareta Wihlborg och Nils Åkesson. Kerstin Söderholm Carpelan har skrivit avsnittet "Forskning inom vård och behandling". Anna Horal, Martha Kestely, Martin Larden, Eva da Silva, Fred Westerlund, Dag Zäther och Nils Åkesson har lämnat skriftliga bidrag till rapporten.

Stockholm i maj 1998 Projektgruppen

1. Inledning

1.1 Allmänt

I regeringens proposition 1997/98:96, Vissa reformer av påföljdssystemet, läggs de grundläggande riktlinjerna fast för den nya påföljdsformen sluten ungdomsvård. Som ett alternativ till fängelsestraff kan ungdomar som begått brott i 15–17 årsåldern i stället dömas till sluten ungdomsvård mellan 14 dagar och 4 år. I propositionen föreslås även betydande förändringar när det gäller påföljden överlämnande till vård enligt socialtjänstlagen. Det kommer i framtiden att ställas betydligt högre krav på socialtjänsten när det gäller innehåll och uppföljning av överlämnandeinstitutet, d.v.s. påföljden överlämnande till vård inom socialtjänsten. Bl.a. skall socialtjänsten administrera och ansvara för genomförandet av s.k. ungdomstjänst i samband med överlämnande till vård inom socialtjänsten. Ett bötesstraff skall också enligt förslaget i regel kombineras med ett överlämnande till socialtjänsten för vård. Kraven på förutsebarhet, proportionalitet och konsekvens när det gäller samhällets reaktion på ungdomsbrottslighet som har sin hemvist i brottsbalken kommer till följd av straffpåföljden sluten ungdomsvård att även omfatta socialtjänstens verksamhetsområde. Även i övrigt föreslås i propositionen betydande förändringar av påföljdssystemet vars konsekvenser för socialtjänsten och därmed även för SiS är svåra att överblicka såväl på kort som på längre sikt.

1.2 Sluten ungdomsvård

Det reformförslag som i första hand berör SiS är den nya frihetsberövande påföljden för unga lagöverträdare. Denna nya påföljd föreslås för brott som någon begått innan han fyllt 18 år. I propositionen konstateras fängelsestraffets skadeverkningar på unga människor särskilt när det gäller långvariga fängelsestraff. Många skäl talar för att fängelsestraff helt skall utmönstras när det gäller unga människor. Det förekommer emellertid att unga människor begår mycket allvarliga brott och mot den bakgrunden bör det inom påföljdssystemet finnas möjlighet att välja en påföljd som i rimlig utsträckning avskräcker från brott, tydligt markerar grundläggande gränser och dessutom motsvarar de krav samhället ställer på rättvisa inom straffrättskipningen. Mot den bakgrunden kan frihetsberövande påföljder inte helt undvaras trots att det är fråga om mycket unga personer. Den enda form av frihetsberövande som dagens påföljdssystem kan erbjuda är fängelse. Det är regeringens uppfattning att detta är mycket otillfredsställande eftersom fängelse är en olämplig miljö för barn och ungdom. Det har därför varit angeläget att tillskapa en alternativ form av frihetsberövande som gör det möjligt att hålla de yngsta lagöverträdarna utanför fängelserna.

Utgångspunkten för den föreslagna påföljden – sluten ungdomsvård – är att skadeverkningarna för de unga skall minimeras och att den unges kriminalitet skall angripas så effektivt som möjligt. Samtidigt skall verkställigheten utformas med beaktande av att frihetsberövandet är en straffrättslig reaktion på brott och att verkställigheten måste kunna ske under säkra och betryggande former. Vid påföljdsbestämningen skall inte den unges behov av vård tillmätas någon betydelse men under verkställigheten skall vårdbehovet däremot tillmätas största vikt. Under verkställigheten av sluten ungdomsvård skall således den unge bli föremål för adekvat vård och behandling av hög kvalitet i likhet med övriga som vårdas enligt LVU och SoL. Sluten ungdomsvård innebär emellertid att den unge blir frihetsberövad i likhet med ungdomar omhändertagna enligt LVU. Detta har skett som en reaktion på brott och

den slutna ungdomsvården skall vara utformad så att det står klart att den utgör samhällets reaktion på den unges brottslighet och att påföljden därmed uppfyller kraven på förutsebarhet och proportionalitet. Den är bl.a. mot den bakgrunden som påföljden är tidsbestämd.

Inom denna givna ram skall således behandlingen vid de särskilda ungdomshemmen bedrivas. Detta är givetvis en utmaning för SiS men också en möjlighet att vidareutveckla behandlingsmetoder som visat sig framgångsrika men att detta nu sker mot bakgrund av de förutsättningar som den nya lagen ger. SiS och ungdomshemmen är efter fyra års utvecklingsarbete väl rustad att ta emot den dömda gruppen, vars problematik inte skiljer sig nämnvärt från den grupp som redan idag vårdas vid ungdomshemmen. Att brottsbalkens principer om konsekvens, förutsebarhet och proportionalitet förs in inom ramen för socialtjänstens område där de individuella vårdbehoven är styrande kan komma att välla vissa problem och kräver en noggrann uppföljning och anpassning med framför allt en kvalificerad metodutveckling. Detta problem kommer emellertid ungdomshemmen att ha gemensamt med socialtjänsten i övrigt. Sammanfattningsvis kommer uppdraget för SiS att utformas enligt vad som framkommit ovan med syftet att säkerställa att ungdomarna får en behandling som är lämplig för deras välfärd och att orsakerna till deras kriminalitet angrips så effektivt som möjligt. Kunskaperna inom SiS organisation och den forsknings- och utvecklingsverksamhet som bedrivits inom myndigheten ger goda förutsättningar för att uppnå dessa mål. De negativa konsekvenser som såväl kortare som längre fängelsestraff ger för yngre människor skall undvikas så långt som möjligt genom den utformning och det innehåll som påföljden slutna ungdomsvård kommer att ges inom SiS.

1.3 Allmänna principer vid verkställigheten av slutna ungdomsvård vid ungdomshemmen

Den analys som gjorts i denna rapport beträffande den grupp som beräknas komma att dömas till påföljden slutna ungdomsvård visar att den gruppens problematik och behov liknar den grupp som redan idag vårdas vid ungdomshemmen. De principer som nu gäller för vården vid ungdomshemmen kommer således även i fortsättningen att i möjligaste mån även tillämpas vad avser den grupp som kommer att dömas till slutna ungdomsvård. Mot bakgrund av att vården skall ske under betryggande och säkra former för att samhällsskyddet skall kunna tillgodoses ställs emellertid nya krav på myndigheten. Fyra slutna avdelningar skall enligt ett principbeslut 1998-03-05 inrättas för att motsvara högre krav på säkerhet och samhällsskydd. Vård- och behandlingsinnehållet kommer att motsvara samma höga krav som finns inom organisationen i övrigt.

Mot bakgrund av att regeringen i propositionen valt att föreslå den nya påföljden slutna ungdomsvård och att den skall verkställas inom socialtjänsten och vid ungdomshemmen skall SiS veta sig vid de slutna avdelningarna eller vid andra institutioner bygga några fängesliknande enheter för uppdragets genomförande. Däremot kommer SiS att arbeta intensivt med de medel som står till myndighetens förfogande för att verkställigheten av slutna ungdomsvård skall uppnå av regeringen uppsatta mål. Dessa medel är de väl utvecklade behandlingsmetoder som finns och som visat sig verksamma. Den jämförelsevis höga personaltäthet som finns vid ungdomshemmen jämfört med exempelvis kriminalvården skapar också goda förutsättningar för att uppdraget kan genomföras i enlighet med regeringens förslag. En hög personaltäthet ger en "mjuk slutenhet" som skall ge nödvändiga förutsättningar för att verkställigheten skall genomföras under betryggande former.

Verkställigheten av påföljden slutna ungdomsvård kommer inom SiS organisation att så långt det är möjligt med beaktande av samhällsskyddet att präglas av *integration* och *normalisering*. En väl utvecklad *differentiering* där behovet av *individualiserad vård* tillgodoses och där *närhetsprincipen* tillämpas är andra viktiga mål som skall tillgodoses.

1.4 Projektet Slutna ungdomsvård inom SiS inför reformen år 1999

I ett regeringsbeslut 1998-02-05 fick SiS i uppdrag att i enlighet med regeringens förslag förbereda införandet av påföljden slutna ungdomsvård. I ett beslut av generaldirektören 1998-02-09 redovisades direktiven för det projektarbete som skall bedrivas inom SiS under år 1998 mot bakgrund av regeringens uppdrag. I principbeslutet 1998-03-05 lades de övergripande organisatoriska ramarna fast för reformens genomförande inom myndigheten. Under mars månad 1998 skickades en enkät ut till de berörda institutionerna med en begäran om ett planeringsunderlag som skall ligga till grund för reformens genomförande. Uppgifter begärdes om vilket behandlingsinnehåll man anser lämpligt i sammanhanget, hur behovet av byggnadstekniska förändringar ser ut, samt uppgifter om personaldimensionering och utbildningsbehov. Därmed startade en "implementeringsprocess" inom myndigheten, vars syfte är att organisationen skall arbeta under resten av år 1998 med de förberedelser som krävs för att verksamheten skall vara redo att ta sig an det nya uppdraget nästa år.

Föreliggande rapport – *Behandling inom slutna ungdomsvård* – är också ett viktigt led i förberedelserna inom SiS för att verkställigheten av påföljden slutna ungdomsvård skall kunna påbörjas inom organisationen fr.o.m. 1 januari 1999. I rapporten redovisas bl.a. principerna för differentiering och placering och hur de slutna avdelningarna skall fungera inom ramen för hela organisationen som skall svara för verkställigheten av slutna ungdomsvård.

Vården och behandlingen av de dömda ungdomarna men naturligtvis även av de LVU- omhändertagna och SoL-placerade ungdomarna skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. I denna rapport redovisas vilka kunskaper som finns från forskningen avseende olika behandlingsmetoder och deras effekter när det gäller vården av ungdomar med svåra anpassningsproblem. Den forskningsgenomgång som redovisas i rapporten ger en grund för de fortsatta utvecklingsarbetet inom ungdomshemmen. I motsats till den behandlingspessimism som ofta gjorts gällande vissa forskningsgenomgångar att det finns effektiva metoder att påverka ungdomar av den kategori som det här är fråga om. Förutsättningar finns således inom SiS att som det beskrivs i regeringens proposition att "den unges kriminalitet kan angripas så effektivt som möjligt". Denna rapport innehåller även en "metodkatalog" där olika typer av

behandling och behandlingsinslag redovisas och på vilket sätt institutionerna kan förkovra sig ytterligare inom området. Forskningsgenomgången tillsammans med metodkatalogen skall ge institutionspersonalen det kunskapsunderlag och den inspirationskälla som behövs i förberedelsearbetet inför reformen. Föreliggande rapport är således mycket betydelsefull i den process som SiS organisation skall genomgå inför reformens ikraftträdande 1999.

2. De nya förutsättningarna

2.1 Inledning

Vid införandet av den nya påföljden sluten ungdomsvård ställs SiS inför delvis nya förutsättningar. Det gäller såväl de administrativa rutinerna som genomförandet av behandlingen. I detta avsnitt kommer vi att belysa några aspekter av detta.

Vid placeringen av ungdomar som dömts till sluten ungdomsvård är utgångspunkten att den ordinarie differentieringsordningen skall utnyttjas d.v.s. differentiering med hänsyn till kön, ålder, grad av psykisk störning, grad av utagerande m.m. Generaldirektören har dock i ett beslut 98-03-06 utsett fyra avdelningar vid tre institutioner som skall tillhandahålla sammanlagt tio platser med särskilt hög slutenhet och säkerhet för dömda med långa strafftider eller för ungdomar som bedöms vara utagerande och våldsamma eller rymningsbenägna. Sundbo skall tillhandahålla tre platser för sluten mottagning på avdelning Aspen respektive två platser för sluten behandling på avdelning Wengen, medan Fagared skall upplåta tre platser för sluten mottagning på avdelning Backen. Råby skall upplåta två slutna behandlingsplatser på avdelning Åsbogården. På detta sätt skall behovet av samhällsskydd tillgodoses för de allra mest utagerande och rymningsbenägna ungdomarna.

2.2 En ny typ av avdelningar för sluten vård

SiS har valt att benämna de avdelningar som inrättas med hög grad av slutenhet och säkerhet för "slutna avdelningar" till skillnad från de avdelningar som i 26 § SoF benämns "låsbara". Rent författningsmässigt föreligger inga skillnader mellan "sluten" avdelning och "låsbar" även om begreppet "sluten avdelning" inte finns i lag eller förordning. Skillnaderna avser i stället lokalernas utformning och verksamhetsinnehåll men ryms juridiskt inom nuvarande författningsramar.

De slutna avdelningarna skall användas för att kunna tillgodose de högre kraven på samhällsskydd, rymningssäkerhet och kontroll av särskilt aggressiva och utagerande ungdomar som kommer att ställas på myndigheten. Slutna avdelningar kommer att inrättas både som mottagningsavdelningar för utredning och behandling av korttidsdömda och som behandlingsavdelningar för dem som dömts till längre påföljder. De slutna avdelningarna kommer även att kunna användas för ungdomar som intagits med stöd av LVU om det bedöms lämpligt med hänsyn till behovet av säkerhet och vårdbehovet i övrigt. Även den som är dömd skall givetvis kunna vårdas på en vanlig låsbar enhet om hans behov av vård och tillsyn kan tillgodoses på en sådan avdelning. Det kommer att ställas högre krav på säkerhet och slutenhet på de byggnader där de slutna avdelningarna skall inrymmas än vad idag gäller för de låsbara avdelningarna. Bemanningen måste dimensioneras så att de intagna aldrig får lämnas utan tillsyn. Särskild uppmärksamhet måste ägnas åt de intagnas bristande förmåga att hantera aggressiva impulser och aggressionsutbrott.

2.3 Vården skall inledas på en låsbar enhet

Enligt förslaget om *Lag om verkställighet av sluten ungdomsvård* skall verkställigheten alltid inledas på en låsbar enhet, men den unge skall så snart som förhållandena medger det ges möjlighet till vistelse under öppnare former. Frågan om den unge kan vistas under öppnare former skall prövas minst en gång varannan månad.

Utgångspunkten vid valet av institution är att den unge inledningsvis skall placeras på en *sluten mottagningsavdelning* men i vissa fall även på en vanlig akut- och utredningsavdelning eller en låsbar behandlingsavdelning. I de fall den unge dömts till en kort tids sluten vård och socialtjänsten tydligt uttalat att de inte har för avsikt att ansöka om fortsatt vård enligt LVU kan den unge förslagsvis i en del fall när det bedöms som lämpligt placeras direkt på en låsbar eller sluten utredningsavdelning eller en akut/korttidsavdelning med särskilt behandlingsprogram för korttidsdömda. Är den unge väl känd inom SiS sedan tidigare och finns en utredning redan om behandlingsbehovet kan han föras direkt till en låsbar eller sluten behandlingsavdelning, där vården i ett senare skede givetvis kan bedrivas i öppnare former. I undantagsfall, när den unge är väl känd inom SiS som mycket vårdkrävande och i behov av särskild tillsyn och dessutom dömts till ett långt straff, kan han föras direkt till den *slutna behandlingsavdelningen* med hög säkerhet.

Det är ur vård- och behandlingssynpunkt olämpligt att låsa sig vid en modell där samtliga dömda måste gå via en *sluten mottagningsavdelning*. I varje enskilt ärende måste den unges vårdbehov och behovet av samhällsskydd vara vägledande vid valet av placering. Det kan exempelvis vara motiverat att placera den unge på en institution som ligger nära hemorten för att få möjlighet att med professionell hjälp bearbeta den kris en dom om sluten ungdomsvård medför i familjen och därmed skapa förutsättningar för en bra planering inför utskrivningen. Den unge kan också ha en allvarlig missbruksproblematik och behöva föras till en avgiftningsavdelning eller till en avdelning med särskild kompetens att arbeta med unga missbrukare.

2.4 Behandlingsbehov – samhällsskydd – brottets art & straffets längd

I regeringens propositionen förs ett resonemang om att det finns stora risker med skadeverkningar vid ett

frihetsberövande av unga människor vilket också är ett av motiven för att införa den nya påföljden slutna ungdomsvård. SiS har goda möjligheter att minimera skadeverkningarna av ett frihetsberövande och dessa möjligheter måste tas tillvara. Verkställigheten av påföljden måste genomföras med erforderlig säkerhet så att den dömda hindras från att avvika. Detta är väsentligt för tilltron till påföljden. Den unges behov av adekvata vård- och behandlingsinsatser skall tillmätas stor betydelse vid verkställigheten och kriminaliteten hos den unge skall angripas så effektivt som möjligt.

Slutna ungdomsvård är en straffrättslig reaktion på brott och verkställigheten måste kunna ske under säkra och betryggande former samtidigt som den dömda får en adekvat behandling för att minimera skadeverkningarna och förhindra återfall i brott.

Vid valet av institution för placering av ungdomar som dömts till slutna ungdomsvård behöver SiS väga olika aspekter mot varandra. Den unges behandlingsbehov kan tala för att han skulle behöva komma till en viss institution eller avdelning, medan behovet av samhällsskydd talar mot en sådan placering. En person som dömts till ett långt frihetsberövande för ett allvarligt brott behöver inte vara benägen till återfall i brott och därmed finns inget behov av samhällsskydd. Det motsatta kan också förekomma – en person som dömts till ett relativt kort frihetsberövande för ett mindre allvarligt brott kan vara mycket rymningsbenägen och kriminell och därmed ökar behovet av samhällsskydd.

Kravet på samhällsskydd och rymningssäkerhet måste alltid tillgodoses. Detta medför att behandlingsinnehållet inte får vara stelt och oföränderligt utan måste kunna anpassas till de klienter som exempelvis av samhällsskyddsskäl anvisas plats på en viss enhet. Det ställs således stora krav på personalens flexibilitet och kompetens på de avdelningar som tar emot ungdomar i låsbara eller slutna former.

SiS måste fortsätta utvecklingsarbetet beträffande ungdomar med psykiska störningar och ungdomar som begått sexualbrott. Dessa ungdomar kan vara svåra att behandla i en grupp tillsammans med ungdomar med annan problematik. Kanske behöver vissa avdelningar på sikt specialiseras för att möta dessa ungdomars behov.

Frågor som rör differentieringsordningen kommer att utredas närmare i det fortsatta projektarbetet för att tydliggöra kriterierna för placeringen.

2.5 Integrering i den befintliga vården

I principbeslutet om val av de institutioner som skall tillhandahålla slutna avdelningar framgår det att de dömda ungdomarna skall kunna integreras med de ungdomar som vårdas enligt LVU på de flesta institutioner och avdelningar inom SiS. En anledning till detta är att SiS differentierade vård skall kunna utnyttjas även för de dömda ungdomarna. En annan är att de ungdomar som kan komma att dömas till den nya påföljden förmodligen har ungefär samma problematik som ungdomarna som är inskrivna enligt LVU. En del av dessa ungdomar kommer redan att ha vårdats vid SiS institutioner innan de döms till slutna ungdomsvård. Genomgången av rapporter om de fängelsedömda ungdomarna och kontakten med kriminalvården ger ingen anledning att anta att dessa ungdomars problematik skiljer sig på ett påtagligt sätt från de ungdomar som vårdas vid de särskilda ungdomshemmen. Om samtliga dömda ungdomar skulle placeras på samma avdelning eller institution skulle SiS behöva göra avkall på närhetsprincipen för de dömda ungdomarna. Ett nära och kontinuerligt samarbete med socialtjänsten och den unges anhöriga skulle försvåras avsevärt genom en sådan ordning.

De dömda ungdomarnas verkställighet är tidsbestämd, medan de ungdomar som är föremål för LVU inte vet hur länge de skall vara inskrivna vid institutionen. De dömda ungdomarna kommer enligt lagförslaget att ha rätt att överklaga beslut inom ramen för verkställigheten i annan omfattning än ungdomarna som är föremål för LVU. Hur detta påverkar gruppdynamiken i ungdomsgruppen och behandlingen vid institutionerna måste myndigheten följa mycket noga.

2.6 Strafftidens längd

Ungdomar som dömts till slutna ungdomsvård bör kunna blandas med ungdomar som omhändertagits enligt LVU om behoven är likartade. Det är däremot olämpligt att blanda ungdomar med korta och långa verkställighetstider på samma avdelning. En avdelning som tar emot ungdomar som dömts till korta verkställighetstider blir tidvis orolig inte minst p.g.a. den stora genomströmningen av ungdomar. De slutna behandlingsavdelningarna för ungdomar bör därför koncentrera sina resurser på ungdomar med långa verkställighetstider eller behandlingstider. Vid mottagningsavdelningarna kan dock båda grupperna komma att vistas samtidigt under en kort period då den långtidsdömdes vårdbehov utreds.

2.7 Behandlingens anpassning till strafftiden

Ungdomar som döms till slutna ungdomsvård har en fastställd verkställighetstid mellan 14 dagar och fyra år. Såvida inte socialtjänsten går in och ansöker om LVU är strafftiden den tid institutionen har till sitt förfogande att behandla den unge. Ungdomar med korta verkställighetstider kan ha ett omfattande vårdbehov utan att socialtjänsten ansöker om vård enligt LVU hos länsrätten i anslutning till verkställighetens slut. Det är viktigt att SiS under den korta tiden den unge vistas på institutionen gör någon eller några interventioner eller andra insatser som kan bidra till den unges förändring. Samtidigt måste målsättningen med behandlingen sättas i proportion till den tid institutionen har till sitt

förfogande att bearbeta den unges problematik. Program som angriper den unges kriminalitet kan med fördel användas för ungdomar med korta vårdtider. Andra åtgärder kan vara nätverksarbete med inriktning på situationen vid frigivningen etc. Det är angeläget att åtgärder vidtas i samråd med socialtjänsten för att förändringsarbetet skall kunna fortsätta när den unge frigges.

Det omvända kan också gälla. En ung person med lång strafftid och utan omfattande behov av institutionsvård måste tas om hand under verkställighetstiden. Här gäller det att skapa goda förutsättningar för den unge att växa och utvecklas under flera års tid medan kanske kamraterna på avdelningen byts ut en eller flera gånger. Lagen ger möjlighet till vistelse under öppnare former och den unge kan kanske gå i skolan eller ha ett praktiskt arbete ute i samhället. Det finns ytterligare möjligheter till utslussning, vilket vi återkommer till senare.

2.8 Samverkan med socialtjänsten

Socialtjänsten har ett övergripande ansvar även för de ungdomar som dömts till slutna ungdomsvård. Det är viktigt att vården och behandlingen planeras och genomförs i samförstånd med socialtjänsten. I detta avsnitt redovisas intentionerna i propositionen beträffande samverkan mellan SiS och socialtjänsten.

Enligt 12 § socialtjänstlagen skall socialnämnden verka för att barn och ungdomar som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och det stöd de behöver. Detta gäller även de ungdomar som har frihetsberövats på grund av brott. Flertalet av dem som frihetsberövats torde vara i behov av vård och behandling och det är därför av vikt att socialtjänsten aktivt medverkar under verkställigheten av ett frihetsberövande. Socialtjänsten har ofta tidigare erfarenheter och kunskaper om den unge, vilket är värdefullt vid behandlingen under verkställigheten av frihetsberövandet. För att behandlingen skall bli framgångsrik krävs i regel kontinuitet och långsiktig planering, vilken ofta bör omfatta även tiden efter frihetsberövandet.

Frihetsberövandet skall verkställas under ledning av SiS men socialnämnden skall alltså ha det övergripande ansvaret för den unge. Att den unge blir frihetsberövad på straffrättslig grund befriar således inte socialnämnden från det övergripande ansvaret som följer av bestämmelserna i socialtjänstlagen.

Den unges behov av vård skall inte tillmätas någon betydelse vid påföljdsbestämningen. Slutna ungdomsvård skall således kunna dömas ut enbart när det är motiverat som en reaktion på brottet. Den unges behov av vård skall däremot tillmätas stor betydelse vid verkställigheten.

Verkställigheten av en dom på slutna ungdomsvård skall inledas genom att den dömda tas in på en låsbar avdelning på ett särskilt ungdomshem. När domen får verkställas skall den dömda så snart som möjligt tas in på ett särskilt ungdomshem. Det ankommer på SiS att efter samråd med socialtjänsten i den dömdes hemkommun bestämma vid vilket ungdomshem den unge skall tas in. Vid bedömningen bör stor vikt läggas vid kontinuiteten i vården och miljön.

Enligt propositionen bör utslussningen ske successivt och den skall planläggas i samråd med socialtjänsten i den dömdes hemkommun. Det måste vara av största vikt att socialtjänsten och SiS samverkar i detta avseende.

Placeringen utanför ungdomshemmet skall vara förenad med någon slags strukturerad verksamhet vars syfte är att främja den unges anpassning i samhället. Den unge får inte placeras i eget boende eller i föräldrahemmet, då en sådan placering skulle urholka påföljdens innehåll. Beslut om när och i vilken utsträckning vistelse utanför ungdomshemmet skall medges fattas av SiS efter samråd med socialnämnden. I fråga om placering utanför det särskilda ungdomshemmet fordras att socialnämnden i den dömdes hemkommun samtycker till sådan placering eftersom det är kommunen som får svara för kostnaderna för detta. Detta innebär att om inte socialtjänsten godkänner planen för utslussning och beviljar medel till denna kan inte planen fullföljas.

Beslut om vistelse utanför det särskilda ungdomshemmet bör vid behov kunna förenas med särskilda villkor. Behovet av villkor skall prövas av SiS efter samråd med socialtjänsten. Den tid som den dömda ges tillfälle till vistelse utanför det särskilda ungdomshemmet skall inräknas i verkställighetstiden.

Utslussningen skall således planläggas gemensamt av SiS och socialtjänsten. Det särskilda ungdomshemmet skall behålla behandlingsansvaret för den unge när han vistas utanför hemmet, men ansvaret för hans omedelbara behov av bostad, ekonomiskt stöd samt sociala och medicinska behandlingsinsatser åvilar då socialtjänsten.

Det faktum att den unge dömts till slutna ungdomsvård som påföljd för brott kan påverka socialnämndens bedömning av huruvida behovet av eventuellt pågående LVU-vård bör kvarstå. Beslutet om LVU-vård bör kunna bestå om det bedöms nödvändigt för att säkerställa kontinuiteten och långsiktigheten i vården. Till följd av den nya straffpåföljden kommer aktualitetskravet i 3 § LVU att tonas ned för att möjliggöra för socialnämnden att i vissa fall ansöka om LVU-vård i anslutning till verkställighetens slut.

Socialtjänsten har ett övergripande ansvar för de dömda ungdomarna men kan inte på samma sätt som efter en dom till LVU påverka utformningen, behandlingsinnehållet och vårdtidens längd. Detta ställer ytterligare höga krav på SiS och socialtjänsten att utveckla samarbetsformer och modeller för behandlingens genomförande. Samarbetet med socialtjänsten bör noga följas och eventuellt bör utvecklingsarbete i denna fråga initeras eller understödjas.

2.9 Lagen om rättspsykiatrisk vård omfattar de ungdomar som dömts till slutna ungdomsvård

Ungdomar som dömts till slutna ungdomsvård och som har så svåra psykiska problem att det är nödvändigt med kvalificerad psykiatrisk vård kommer på motsvarande sätt som för den som är intagen i kriminalvårdsanstalt att omfattas av lagen (1991:1129) om psykiatrisk tvångsvård. Eftersom patienten redan är frihetsberövad i annan ordning är kravet på vårdbehovet lägre än när det gäller psykiatrisk vård i allmänhet.

När den som är föremål för sluten ungdomsvård befaras lida av allvarlig psykisk störning tar institutionschefen kontakt med läkare för undersökning av den unge. Om det inte är möjligt att ge denne hjälp genom psykiatrisk vård i frivilliga former kan rättspsykiatrisk vård komma i fråga. För sådan vård måste vårdintyg utfärdas av legitimerad läkare. Beslut om intagningen för rättspsykiatrisk vård fattas sedan av chefsöverläkaren på en enhet, som enligt beslut av regeringen får ge rättspsykiatrisk vård åt den som dömts till sluten ungdomsvård.

Chefsöverläkaren tar ställning till hur länge den rättspsykiatriska vården skall pågå. Den rättspsykiatriska vården får pågå så länge verkställigheten av påföljden sluten ungdomsvård pågår.

Under tiden den unge vårdas på en rättspsykiatrisk enhet har SiS befogenhet att besluta om inskränkningar i rätten att ta emot och skicka försändelser, att ta emot besök eller att samtala i telefon med utomstående. SiS har också beslutanderätten för eventuella permissioner från den rättspsykiatriska enheten.

Vård för patienter under arton år bör om möjligt ges på barn- och ungdomspsykiatrisk klinik.

2.10 Sammanfattning

De nya förutsättningarna som SiS ställs inför har redovisats. De dömda ungdomarna skall huvudsakligen integreras i den befintliga vården men slutenheten och säkerheten har förstärkts på två mottagningsavdelningar respektive två behandlingsavdelningar. Dessa avdelningar benämns slutna avdelningar. Vid placeringen av den unge måste SiS beakta brottets art, straffets längd, behovet av samhällsskydd och den unges behandlingsbehov. Påföljdens längd avgör vilka behandlingsinsatser som kan komma ifråga såvida inte socialtjänsten begär att den unge skall vara omhändertagen enligt LVU och placerad på ett särskilt ungdomshem. En nära samverkan med socialtjänsten är en förutsättning för en framgångsrik behandlingsinsats inte minst p.g.a. att socialtjänsten står för kostnaderna för utslussningen. Ungdomar med svåra psykiska problem omfattas av lagen om psykiatrisk tvångsvård och kan vid behov bli föremål för rättspsykiatrisk vård.

3. Målgruppsanalys

3.1 Inledning

Genom införandet av den nya frihetsberövande påföljden sluten ungdomsvård kan fängelsepåföljden undvikas för de unga lagöverträdarna. Med det nya lagförslaget skall de ungdomar som idag döms till fängelse istället dömas till sluten ungdomsvård. Endast i undantagsfall skall fängelse kunna utdömas. Det gäller exempelvis när det gått så lång tid mellan brottet och lagföringen att den unge inte åldersmässigt passar in vid ett särskilt ungdomshem. Om den unge lagförs för allvarlig och omfattande brottslighet där huvuddelen skett efter 18 års ålder skall den unge heller inte dömas till sluten ungdomsvård. Om straffvärdet för brottet är så högt att tiden för frihetsberövandet inte kan bestämmas till fyra år eller kortare tid är detta också ett särskilt skäl för att inte döma till sluten ungdomsvård.

Huvudregeln är att sluten ungdomsvård skall dömas ut i stället för fängelse när detta är möjligt.

Den population som idag döms till fängelse kan således komma att dömas till sluten ungdomsvård när denna påföljd införs. Vi måste därför studera de fängelsedömda ungdomarna för att få en uppfattning om hur de skiljer sig från de ungdomar som är omhändertagna enligt LVU. Nedan analyseras det material som publicerats om de fängelsedömda ungdomarna och jämförs med uppgifter om ungdomarna som vårdas på de särskilda ungdomshemmen.

Inledningsvis refereras dock Fransson & Armelius beskrivning av ungdomar med beteendestörning, en diagnos som borde avse en ansenlig del av såväl de fängelsedömda ungdomarna som de ungdomar som vårdas på de särskilda ungdomshemmen.

3.2 Allmänt om utsatta ungdomars problem

Omfattande forskning bekräftar en bild av komplexitet och mångfald när det gäller utsatta ungdomars problembild. Diagnosen beteendestörning, eller conduct disorder enligt DSM IV, används ofta för att identifiera målgruppen.

Fransson & Armelius (1996) skriver;

" För att få en sådan diagnos krävs att tre av femton kriterier uppfylls. De vanligaste kriterierna är stöld, rymt hemifrån, ljugande, eldanläggelse, skolk, inbrott, fysisk grymhet samt förstörande av annans egendom. Det rör sig om ett genomgående beteendemönster där andra människors rättigheter eller grundläggande normer och regler åsidosätts. Man bedömer också om beteendestörningen är lindrig, måttlig eller svår samt skiljer på om den debuterar i unga år eller under ungdomstiden. Unga människor med beteendestörning har ofta låg självkänsla som kan maskeras med tuffhet. De har ofta dålig frustrationstolerans, irritabilitet, temperamentsutbrott och vårdslöshet som leder till ökad olycksfallsbenägenhet. Det är också vanligt med tidig sexuell debut liksom tidig användning av tobak, alkohol och andra droger. Skolsvårigheter med prestationer under genomsnittet är också vanligt och beteendestörning förekommer ofta tillsammans med inlärningssvårigheter och hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning." ... " Kärnan i beteendestörning är dels okänsligheten för andra människor, dels svårigheten att lära av erfarenheten. " ... " Följande faktorer kan enligt DSM IV öka risken för att beteendestörning kan utvecklas; avvísande och försumlighet från föräldrar, svårt temperament, inkonsekvent uppfostran med sträng disciplin, fysiska eller sexuella övergrepp, brist på tillsyn, tidiga institutionsplaceringar, täta byten av vårdgivare, stora familjer, kontakt med asociala kamrater och vissa former av familjepatologi."

De hänvisar också till att flera studier visar att beteendestörningar i unga år är en förelöpare till psykiatriska störningar och omfattande sociala problem i vuxenlivet.

3.3 Fängelsedömda ungdomar

Kriminalvårdsstyrelsen har publicerat två rapporter om de fängelsedömda ungdomarna. (Fängelsedömda ungdomar 1989. Rapport 1992:1 och Unga i fängelse 1995, Kriminalvårdens rapport). Rapporterna ger information om ungdomsgruppen år 1989 till 1993.

- Ca 44 ungdomar mellan 15 och 17 år togs varje år in i fängelse. Mer än tre fjärdedelar av de intagna ungdomarna hade fyllt 17 år.
- Så gott som samtliga var män.
- För ungefär hälften av de ungdomar som dömdes till fängelse år 1989 finns uppgifter om att det haft ett eller flera problem i uppväxtmiljön. De flesta hade dessutom varit föremål för ett eller flera ingripanden av rättsväsendet innan fängelsedom.
- 70 procent kom från storstadsområden.
- Nästan alla ungdomarna hade skolproblem. En tredjedel missbrukade narkotika. Flertalet ungdomar hade varit föremål för ingripanden från samhällets sida och en tredjedel hade varit omhändertagna av socialtjänsten.

Brottsligheten utgjordes företrädesvis av förmögenhetsbrott och våldsbrott.

Strafftiderna var genomgående korta. Undersökningarna redovisar att ungefär tre fjärdedelar dömdes till strafftider som understeg sex månader. Hälften av ungdomarnas strafftider var kortare än två månader. Endast en mindre andel – sju procent – var dömda till mer än ett års fängelse.

År 1989 hade 38 av 44 ungdomar varit *häktade* och avtjänat en del av strafftiden på häkte innan de överfördes till ett fängelse. En studie av 54 ungdomar på Kronobergshäktet i Stockholm visar att den genomsnittliga häktningstiden för ungdomar mellan 15 och 20 år under 1996 var 24 dagar. (Lindmark, S, "Häktning eller omedelbart omhändertagande?", Institutionen för socialt arbete). Det kan noteras att hälften av de intagna ungdomarna år 1989 placerades i en öppen lokalanstalt, medan de övriga placerades i en högre grad av slutenhet.

År 1991 genomförde Kriminalvårdsstyrelsen en studie av andelen psykiskt störda på lokalanstalterna och fann att minst tolv procent av den studerade fängelsepopulationen var psykiskt störda, varav andelen psykotiska utgjorde tre procent. En inventering av rixanstalterna torde ge högre siffror, då andelen våldsbrottslingar är högre på rixanstalterna och det finns en stark koppling mellan våldsbrott och psykisk störning (Belfrage, H. "Brottsligheten, psykiatri och samhället" s. 40). Det finns anledning att befara att andelen psykiskt störda ungdomar är minst lika hög som andelen psykiskt störda intagna på lokalanstalterna.

Antalet ungdomar mellan 15 och 20 år som dömdes till rättspsykiatrisk vård minskade med 21 procent mellan år 1990 och år 1993. Det var framförallt personlighetsstörda ungdomar som istället dömdes till annan påföljd främst i kriminalvårdens regi visar en retrospektiv undersökning vid Rättspsykiatriska avdelningen i Stockholm (Haggård och Kristiansson, Läkartidningen nr 12, 1997). Resultaten av studien tyder på att färre ungdomar döms till vård inom psykiatrins ram efter lagändringen år 1992 jämfört med situationen dessförinnan.

3.4 Ungdomar vid särskilda ungdomshem i Stockholms län

I en analys av drygt 700 ungdomar inskrivna på § 12-hem i Stockholms län åren 1990 – 1994 har Sarnecki (1996) med hjälp av en faktoranalys grupperat ungdomarna efter problemvariabler och erhöll då fem grupper med olika problemprofiler:

- Brottprofil 40 % varav 87 % pojkar
- Missbruksprofil 28 % varav 59 % pojkar
- Psykisk problemprofil 16 % varav 60 % pojkar
- Sexuell problemprofil 10 % varav 16 % pojkar
- Ospecificerad grupp 33 % varav 66 % pojkar

Procentandelarna överstiger 100 procent då samma individ kan hamna i två eller flera grupper.

Det kanske intressantaste med analysen var den betydande överlappning som fanns mellan grupperna ifråga om problembild. Vad gäller brottslighet visade samtliga ungdomar indikationer på någon form av brottslighet medan de som tillhörde brottprofilgruppen hade signifikant mer och tyngre brottslighet än andra grupper. Ungdomarna i missbruksprofilgruppen hade även de en omfattande brottslighet. Den totala andelen brott samt antal brottstyper är avsevärt lägre i de övriga grupperna.

På samma sätt visar det sig att missbruk förekommer i alla grupper. I brottprofilgruppen är det drygt 60 procent som uppger att de använt narkotika varav en tredjedel som kan karakteriseras som missbruk eller grovt missbruk av narkotika. I missbruksprofilgruppen är det 90 procent av ungdomarna som använt narkotika och närmare 80 procent som kan klassas som missbruk eller grovt missbruk av narkotika. Även i övriga grupper förekommer missbruk hos en ansevärd andel. Missbruk av alkohol och andra droger förekommer i hög grad i de olika grupperna. Tyngst är dock missbruket i missbruksprofilgruppen.

Vad gäller psykisk problematik förekommer det hos 40 procent av medlemmarna i brottsprofilgruppen och missbruksprofilgruppen, främst i form av emotionella störningar. I övriga grupper förekommer fler psykoser och hjärnsador

Problem som inte ingår i profilerna men som är mycket vanligt förekommande i den undersökta gruppen är inlärnings- och skolproblem och sådana finns hos mer än 90 procent av alla ungdomar. De olika grupperna liknar varandra betydligt när det gäller familjebakgrund och familjeproblematik. Relationen till föräldrarna, särskilt fadern är ofta bristfällig.

3.5 Ungdomar intagna på de särskilda ungdomshemmen år 1996

SiS placeringsstatistik från de senaste åren visar att placeringsorsakerna för ungdomar i hög utsträckning är kriminalitet, missbruk eller annat socialt oacceptabelt beteende.

En analys av den kartläggning som gjorts på 110 inskrivna ungdomar på femton ungdomsinstitutioner under år 1996 med hjälp av ADAD-intervjuer visar att SiS ungdomar har betydande problem. ADAD-intervjun riktar sig till den unge och ger dennes egen syn på sin situation. Materialet utgör inte ett i alla avseenden representativt urval av SiS-ungdomar.

- I drygt 20 procent av de ungas *familjer* förekom missbruk av alkohol eller narkotika. Psykiska besvär förekom hos någon familjemedlem i 30 procent av fallen och sjukdom, skador eller handikapp hos 63 procent. Brottslighet hos någon familjemedlem uppgavs i en tredjedel av fallen. Knappt hälften uppgav att det förekom ganska mycket eller mycket konflikter i familjen. Två tredjedelar uppgav dock att de ansåg det ganska eller mycket trevligt att leva i sin familj. I regel var flickornas hemmiljö mer belastad än pojkarnas och de var också mer kritiska till sin familj. Hälften av flickorna jämfört med en 23 procent av pojkarna uppgav att de önskade hjälp med problem som rörde familjen.
- Cirka hälften av ungdomarna hade inte fullföljt nioårig *skolgång*. En femtedel hade gått om någon klass. Två tredjedelar uppgav att deras betyg under senaste skolåret varit under medelnivå. Merparten av ungdomarna (63 procent) uppgav att det var viktigt för dem att få hjälp med problem som gällde skolan.
- När det gällde *fritid och kamrater* uppgav två tredjedelar att de tillbringade viss tid med kamrater som använde narkotika och 75 procent att de tillbringade tid med kamrater som begick brott.
- Knappt hälften av ungdomarna hade erhållit tidigare vård för känslomässiga eller *psykiska problem*. Svaren på förekomst av psykiska symptom visade att en större andel av flickorna hade upplevt flera sådana symptom än pojkarna. Sjuttio procent av flickorna hade upplevt allvarlig depression eller allvarlig oro och spänning jämfört med kring hälften av pojkarna. Två tredjedelar av flickorna och en tredjedel av pojkarna ansåg sig behöva hjälp för sina psykiska problem.
- Ungdomarnas *brottslighet* var omfattande. 87 procent av alla ungdomar hade blivit tagna av polisen någon gång, pojkarna i genomsnitt tolv gånger och flickorna drygt fem gånger. Pojkarna var i genomsnitt ca tolv år första gången de greps av polisen och flickorna ca 14 år. När det gällde olika brottstyper hade 81 procent gjort sig skyldiga till snatterier, 65 procent stölder och inbrott, 51 procent narkotikabrott utom langning, 50 procent skadegörelse/vandalisering, 46 procent vapeninnehav, 44 procent häleri/bedrägeri, 45 procent bilstölder, 35 procent hot och våld mot tjänsteman, 32 procent narkotikaförsäljning, 23 procent rån, 16 procent mordbrand, två procent våldtäkt eller sexuella brott, en procent dråp mord. Pojkarna var betydligt mer brottsaktiva än flickorna.
- 16 procent, merparten pojkar, var *villkorligt frigivna* och stod under övervakning. Under den senaste tremånadersperioden hade 55 procent av pojkarna och 14 procent av flickorna häktats eller anhållits en eller flera ggr. Den brottsliga verksamheten under den senaste tremånadersperioden hade varit hög. Pojkarna hade begått i genomsnitt 37 brott och flickorna 24,5 brott. De flesta ungdomar oroade sig inte över sin brottslighet eller önskade hjälp med detta problem. Av pojkarna var det 39 procent som ville ha någon grad av hjälp för sina problem och 23 procent av flickorna.
- Även *missbruket* var omfattande. Nästan samtliga ungdomar, 95 procent, hade använt alkohol, 70 procent cannabis, 51 procent lugnande preparat, 37 procent lösningsmedel, 27 procent LSD, 22 procent opiater (oralt), 21 procent extacy och 20 procent kokain. Likhetererna mellan pojkar och flickor var stor. Åtta procent av ungdomarna hade missbruk av amfetamin intravenöst och fem procent opiater.

Genomsnittlig debut i alkohol var tolv år både för pojkar och flickor, sniffning ca 13 år och i 14 års ålder debuterade pojkar med doping och cannabis. I 15 årsåldern började de använda amfetamin och andra tyngre droger.

3.6 Sammanfattning

Det material kriminalvården publicerat om de fängelsedömda ungdomarna är knapphändigt jämfört med de uppgifter som ADAD tagit fram om ungdomarna som vårdas på de särskilda ungdomshemmen och Sarneckis forskning om ungdomar på § 12-hemmen i Stockholms län. Det finns dock några gemensamma nämnare:

Många ungdomar har vuxit upp i *problemfyllda miljöer*. *Skolproblemen* är mer regel än undantag och *missbruk* är vanligt förekommande. Såväl de fängelsedömda ungdomarna som ungdomarna vid ungdomshemmen har haft en *omfattande kontakt med socialtjänsten* innan domen/omhändertagandet. *Kriminaliteten* är också något de båda grupperna har gemensamt. Båda grupperna kan beskrivas som mycket brottsaktiva. Det kan också noteras att sexton

procent av ungdomarna på SiS institutioner år 1996 var villkorligt frigivna från fängelse och mer än hälften av pojkarna hade varit anhängna eller häktade under den senaste tremånadersperioden.

Det finns mer likheter än skillnader mellan de ungdomar som döms till fängelse och de ungdomar som vårdas på SiS ungdomshem. Resultaten bekräftar den bild som ges av flera forskare som visar att de flesta ungdomar behöver insatser på flera olika områden. Det förhållandet att vissa problem är så allmänt förekommande, t.ex. missbruk, kriminalitet, relationsproblem och skolproblem talar för att insatser för att förbättra situationen för den unge inom dessa områden måste vara obligatoriska för ungdomar som placeras på ungdomshem vare sig de är dömda till slutet ungdomsvård eller föremål för LVU.

4. Forskningen om vård och behandling

4.1 Inledning

Gruppen ungdomar med svåra beteendestörningar och ett kriminellt beteendemönster som placeras på institution är en svårbehandlad grupp. Samtidigt har behandlingsmetodiken och kunskapen utvecklats under de senaste 15–20 åren och det finns anledning till en större behandlingsoptimism än tidigare. Till exempel vet vi mer idag om orsakerna till att ungdomar utvecklas i negativ riktning. Såväl skyddande som försvårande faktorer och förhållanden i barn och ungas uppväxt- och närmiljö finns väl kartlagda och kan utgöra en grund för att utveckla handlingsstrategier. De viktigaste riskfaktorerna associerade med ungdomskriminalitet är bristfällig föräldratillsyn, skolproblem, inflytande från kriminella kamrater, instabila familjeförhållanden, arbetslöshet, avstängning från skola samt tungt bruk av alkohol och narkotika (Bullock, 1996). Tidig debut med beteendestörningar ger också betydligt sämre prognos (Fransson & Armelius, 1996). De viktigaste protektiva faktorerna kan enligt Werner (Claezon, 1996) sammanfattas i 1) Individuella förmågor som delvis har genetiskt ursprung som t.ex. aktivitetsgrad och social förmåga, 2) Goda känslomässiga band med familj och vänner och därmed tillgång till stöd i stressituationer, 3) Externa stödsystem som t.ex. skola, kyrka, arbetsplats eller andra som uppmuntrar individens kompetens och förser henne med en känsla av mening och kontroll.

Generellt är det väl känt att tidiga och förebyggande insatser i familj, förskola, skola och närsamhälle är att föredra när det gäller att förebygga och behandla asocial utveckling hos barn och unga. Behandlingsinsatser och program som ges till föräldrar och ungdomar i deras egen miljö ger i regel också bättre resultat än behandling i institutionsmiljö. Men det finns också flera exempel på att behandling inom institutionella ramar kan leda till förbättrade resultat. I en omfattande forskningsgenomgång (Armelius et al, 1996) redovisas internationell och nationell forskning om vård och behandling av ungdomar med sociala problem. Följande sammanfattning av forskningsläget görs i bokens inledning;

1. Ungdomar som kommer till vård och behandling på grund av beteendeproblem – missbruk, kriminalitet eller annat socialt avvikande beteende – befinner sig i regel i en mycket svår situation. De har ofta haft en besvärlig uppväxt och deras relationer till föräldrar och andra närstående präglas av instabilitet och otrygghet. Deras familjer är ofta socialt utsatta och det är också vanligt att ungdomarna har psykiska eller psykologiska problem. Många ungdomar har också kunskapsluckor orsakade av bristfällig eller avbruten skolgång samt i vissa fall läs- och skrivsvårigheter.
2. Gruppen är svårbehandlad, särskilt de ungdomar som har utvecklat ett allvarligt alkohol- eller drogmisbruk och/eller en omfattande kriminalitet. Återfallsfrekvensen är hög och behovet av långsiktig och återkommande behandling stort.
3. Några entydiga svar på hur en behandling ska utformas ges inte och det går inte heller att urskilja några behandlingsmetoder som fungerar väl för alla ungdomar.
4. De metoder där positiva effekter kan ses är sådana som omfattar ungdomarnas föräldrar, t.ex. familjeterapi, föräldrautbildning, föräldraträning osv. Det finns också stöd för att ungdomar drar nytta av kognitiva beteendearbetade metoder även om långsiktiga behandlingseffekter i form av ändrat beteende inte kan säkras.
5. Med hänsyn till ungdomars ofta sammansatta och multipla problematik måste behandlingsprogram kombinera en mångfald av metoder som riktar sig mot olika livsområden i den unges liv. Social färdighetsträning, skolundervisning, meningsfulla fritidsaktiviteter, gruppmetoder, individriktade metoder, föräldraarbete osv. Sådana behandlingsprogram ger också bättre resultat. De möjliggör också i större utsträckning en individualisering av behandling utifrån varje individs särskilda situation och behov.
6. Ungdomar med sociala problem och svåra beteendestörningar måste ses ur ett helhetsperspektiv något som i sin tur kräver ett multidisciplinärt synsätt där olika professioner inom ungdomsvården samverkar kring den unge och för den unges bästa.

7. Ungdomar med samtidig psykisk problematik och beteendestörningar kräver särskild uppmärksamhet och behöver i regel alltid individuellt anpassade program som bör föregås av en professionell utredning och bedömning.

Orienteringen mot ett behovsorienterat synsätt (Bullock, 1996), där behandlingsinsatser utformas med utgångspunkt från den unges behov, kräver delvis nya syn- och tänkesätt hos socialarbetare och behandlare. Ovanstående forskningsgenomgång visar tydligt att det inte finns några metoder som passar bra för alla ungdomar. Det finns t.o.m. behandlingsmetoder som inte alls lämpar sig för vissa grupper. T.ex. har psykoterapi grundad på psykoanalytisk grund visat sig överksam med beteendestörda ungdomar (Fransson & Armelius, 1996) och konfronterande gruppterapier har inte fungerat för psykiskt sköra ungdomar (Vaglum, 1979, Fridell, 1996). Nedan görs en noggrannare genomgång av forskningsresultat avseende olika problemområden och metoder. Men då det som diskuteras här framförallt handlar om institutionell behandling finns det anledning att något uppehålla sig vid just denna behandlingsform.

4.2 Institutionell behandling – problem och möjligheter

Historiskt har institutionsbehandlingen för ungdomar med svåra sociala problem dragits med flera svårigheter. Utredningar och behandlingsplaner har varit bristfälliga, behandlingsinsatserna har varit otillräckliga och ineffektiva, differentiering och individualisering av behandlingstillbud och insatser har varit otillräckliga. Därtill har samarbetsproblem mellan olika myndigheter förekommit, behandlingsmålen har varit diffusa och klienterna ofta omotiverade. Dessutom har risker funnits för att en kriminell avvikaridentitet förstärkts. Institutionen och dess personal har stått inför problemet att kombinera straff och behandling. Eventuella behandlingseffekter har också varit svåra att upprätthålla när de unga skrivits ut från institutionen. Dessa svårigheter finns väl dokumenterade i en rad svenska uppföljningsrapporter från § 12-vården (Wiberg, 1976, Sarnecki, 1996, Levin, 1997).

Fridell (1996) diskuterar i en mycket utförlig forskningsgenomgång av den institutionella vården för missbrukare vilka krav som måste ställas på en god institutionsvård och hävdar att de organisatoriska aspekterna är mycket betydelsefulla. I korthet framhåller Fridell att en välfungerande institution måste visa tydlighet vad gäller idéinnehåll, normer och förhållningssätt. Vidare krävs en tydlighet avseende fördelning av ansvars- och beslutsfunktioner och en klarhet vad gäller strukturen på en institution. Avgörande för en välfungerande institution är också att det finns en hög interaktionsnivå mellan behandlare och klienter samt att klienternas behov av individuellt omhändertagande måste mötas. Fridell visar att välfungerande institutioner ger bättre behandlingsresultat medan bra behandling knappast kan ges i mindre välfungerande institutioner, oavsett personalens kompetens och utbildning och de behandlingsmetoder som används.

Begreppet miljöterapi ser Fridell främst som en organisatorisk form som innebär att man använder institutionens – eller systemets – sammantagna påverkansmöjligheter för påverkan av klienterna. Inom denna organisatoriska ram används olika behandlingsmetoder eller behandlingstekniker. De kan vara baserade på pedagogiska, psykologiska teorier, beteendeterapi etc. De kan också rikta sig till individ eller grupp.

En väsentlig fråga enligt Fridell är betydelsen av att kunna styra de grupper som alltid pågår på olika nivåer inom det system, som en institution utgör. Om sådana grupper inom personal eller klientgruppen inte hålls under kontroll och styrs i önskvärd riktning kan institutionen utvecklas till en miljö som försvårar behandling och t.o.m. blir destruktiv för klienter och personal. På institutioner där klienterna vistas med tvång, vilket är fallet vid de särskilda ungdomshemmen, ställs särskilt höga krav på att personalen förmår hantera konflikter och motsättningar rörande svåra etiska ställningstaganden förknippade med tvång (Colnerud, 1997). Olösta konflikter påverkar alltid behandlingsresultatet i negativ riktning.

Fridell betonar också att de ideal och värderingar som ses som centrala för vård och behandling i regel måste läras in genom identifikation, de finns inte att hämta inom vetenskapen.Handledning och andra möjligheter för personalen att erhålla feedback på sitt arbete är en nödvändighet om ett framgångsrikt behandlingsklimat ska kunna upprätthållas. Följaktligen sammanfattar Fridell sin digra forskningsgenomgång med att organisationens sätt att fungera i sin helhet alltid är överordnat de delkomponenter som olika behandlingsmetoder och tekniker utgör. En annan mycket väsentlig aspekt på institutionell vård för ungdomar med kriminalitet och missbruk är att institutionsvården måste ses i ett större samhälleligt perspektiv och inte som en isolerad företeelse. Detta framhålls i en utvärdering av Råby ungdomshem (Levin, 1997). Levin visar att institutionsbehandling endast utgör ett led i den unges habilitering och har i regel föregåtts av en rad andra insatser. För att en institutionsvistelse skall ha en möjlighet att bli framgångsrik på sikt, d.v.s. även efter den unges utskrivning, krävs att den ses i sitt rätta sammanhang och att det finns en koppling till den unges familj och nätverk samt hemmiljö. Då en viktig del av problematiken finns i den unges familj och närmiljö krävs att denna beaktas och bearbetas. Det behandlingsarbete som bedrivs på institutionen måste också vara inriktat på att förbereda den unge för ett liv i samhället, vilket kräver stora satsningar på utbildning, arbetsutbildning, social träning osv. Det som i regel behöver förändras och utvecklas rör följande faktorer; föräldrarnas förmåga att ge god tillsyn, en god familjesammanhållning, kontakter med jämnåriga som är socialt integrerade, goda skolprestationer, utvecklandet av konstruktiva och positiva fritidssysselsättningar, förbättrade relationer till familj och nätverk och mellan familjen och närsamhället, ge familjen kunskap och redskap att kunna lösa framtida svårigheter (Levin, 1997).

Det ställs därmed stora krav på samverkan mellan socialtjänst och institutionsvård med gemensam bedömning och behandlingsplanering och upprätthållande av behandlingsmål. Under den unges institutionsvistelse kan det t.ex. i

vissa fall vara socialtjänstens ansvar att arbeta med familjens problem och svårigheter och förbereda den för den unges hemkomst. Samtidigt är det också alltid institutionens ansvar att hålla en kontinuerlig kontakt med den unges familj och nätverk, informera om vad som händer på institutionen med den unge, ha med dem i behandlingsplanering, gemensamt planera för permissioner osv.

En tredje viktig aspekt på institutionsvård och annan vård av ungdomar är att de ges möjlighet att vara delaktiga i sin egen behandling. Detta är särskilt viktigt vid tvångsvård eftersom motivationen då ofta är låg. Det har också visat sig i forskning att den unges egen motivation och delaktighet är viktig för behandlingsresultatet (Fransson & Armelius 1996).

En annan forskare som diskuterar institutionsvård för ungdomar är Larsen (1995).

Han framhåller att ungdomar som har behov av en fast social struktur dygnet runt behöver en institutionsplacering. Med fast social struktur menas stabila sociala roller, rutiner och regler som är förutsebara för den unge. Institutionen måste klara av ungdomarnas förtvivlan, aggressioner och utagerande beteende utan att rämna eller stöta ut den unge. Fördelen med en artificiell institutionsmiljö är att den kan möta ungdomarna utifrån deras utvecklingsmässiga premisser. Institutionsmiljön möjliggör också behandling i en säker miljö utan inflytande från t.ex. droger eller kriminella gäng. Den kan dämpa den känslomässiga styrkan i personliga kriser eller familjekriser och det finns bättre förutsättningar att undersöka de ungas problematik på djupet. Vidare kan behandlingen ha en större intensitet och därmed bli effektivare. Den unges utveckling kan följas bättre och familjen ges möjlighet att återhämta sig. Detta naturligtvis under förutsättning att institutionen fungerar bra.

Larsen framhåller också vikten av att möta ungdomar med normalförväntningar, d.v.s. att man förmedlar en tro på deras möjlighet att utvecklas. Ungdomar måste ges möjlighet att få visa vad de inte kan och vad de behöver utan att känna sig kränkta och nedvärderade. Exempelvis bör gränssättning fungera utan att de unga kränks. De måste också ges möjlighet att få utlopp för sin besvikelse och sorg som ofta grundar sig i svek från vuxna. Utvecklingsprocessen för ungdomar på en institution måste gå från s.k. artificiell miljö till en mer normal och naturlig miljö där aktiviteter och kontakter utanför institutionen blir viktiga. Arbete med ungdomars nätverk är viktigt för att underlätta för dem att klara livet utanför institutionen.

Även inom institutionsarbete är relationen till vuxna ett viktigt instrument i behandlingsarbetet. Att etablera och utveckla sådana med ungdomar som initialt har liten tilltro till vuxna är ett svårt arbete. Personalen måste vara beredda på att erbjudandet om en relation i stället för att upplevas som något positivt av de unga aktiverar gamla trauman och nederlag och leder till testning och försök att identifiera personalen som onda och opålitliga. Sådana processer som ofta leder till nya avbrott eller utstötning måste undvikas. Även Larsen pekar på betydelsen av att den unge får vara delaktig och aktiv i sin egen problemlösning. Det motverka passivitet och institutionalisering.

4.3 Forskningsresultat vad gäller ungdomar med allvarlig kriminalitet

Det finns en inbyggd motsättning mellan behandling och straff, mellan behov och rättigheter i allt arbete med unga lagöverträdare. I Sverige har behandlingstanken haft en stark förankring genom den barnavårdslagstiftning som antogs i början på 1900-talet. I det amerikanska samhället har behandlingstanken inte haft samma självklara plats men fick även där fäste under 1960- och 1970-talen, då man satsade på individualiserade behandlingsåtgärder inom ramen för sociala program, ofta utan tidsbegränsning. Den kritik som kom att riktas mot behandlingstanken i USA, och senare också i Sverige, framhöll framförallt rättighetsargument som t.ex. tidsbestämda behandlingstider samt nedslående forskningsresultat som argument mot behandlingslinjen (Mc Murphy, 1996, Sarnecki, 1993).

Forskarsamhället har i efterhand delvis omvärderat de negativa forskningsresultaten och senare forskning har också gett stöd åt behandlingstanken (Mc Murphy, 1996).

Mc Murphy (1996) lyfter fram ett exempel från Kalifornien som visar att en mer konsekvent genomförd straffmodell ledde till negativa konsekvenser. Institutionerna blev överfulla, seriösa behandlingsprogram prioriterades ner och resurserna för förebyggande insatser minskade. Rättstillämpningen kom att utformas så att straffen successivt förlängdes, trots att intentionerna var de motsatta. Fängelsepopulationen ökade trots att andelen brott inte ökade och straffmodellen ledde också till en överreaktion mot ungdomsbrottslingar genom att ungdomar med mindre allvarliga brott kom att bli straffade i större utsträckning än tidigare.

Den forskningsantologi som SiS gett ut i samarbete med Liber Förlag ägnar flera kapitel åt behandlingen av kriminella pojkar och redovisar den aktuella forskningen på området (Mc Murphy, 1996, Fransson & Armelius, 1996, Daleflod, 1996).

I den forskningsgenomgång som gjorts Mc Murphy (1996) ges följande sammanfattande genomgång av forskningsresultaten vad gäller behandling av kriminella ungdomar;

1. De flesta studier visar att program som innefattar flera komponenter eller kombinerade ansatser, s.k. multimodala program som t.ex. samtalsbehandling, meningsfulla fritidsaktiviteter och beteendetekniker har de bästa resultaten.
2. Beteendeprogram är de mest framgångsrika, d.v.s. strukturerade miljöer med pedagogiska program.
3. De mest framgångsrika programmen inkluderar också en kognitiv komponent som inriktar sig på att förändra de attityder, värderingar och föreställningar som är associerade med det asociala beteendet.
4. Institutionsbehandling kan vara effektiv men måste då sammanlänkas med öppna samhällsbaserade insatser.
5. Effektiva program inkluderar arbete med ungdomarnas familj och nätverk.

6. Effektiva program innehåller aktiviteter som skola, arbete och arbetsträning.
7. Så kallade bootcamps, d.v.s. avskräcknings- eller chockprogram som syftar till att skrämna ungdomar från brott har ingen eller negativ effekt på återfall i brottslighet.
8. De mest effektiva programmen utmärks av hög programintegritet, d.v.s. de genomförs så som är avsett vad gäller teori, metod och struktur. Metoderna finns beskrivna i manualer och personalen är välutbildad.
9. Trots utvecklad metodologi och ett ökat antal utvärderingar med positiva resultat visar sig dock ingen enskild metod vara framgångsrik för alla ungdomar. Klienternas behov varierar och det talar för att institutioner bör ha ett varierat programutbud, att individuella behov och problemanalys krävs för att utforma ett bra program åt varje ungdom.

Daleflods (1996) genomgång pekar i samma riktning. Han framhåller att väl strukturerade fasindelade program som innefattar behandlingsmetoderna social färdighetsträning, ilskekontroll och moralträning samt familjearbete kan ge positiva resultat för kriminella ungdomar. I programmen ingår också utbildning och arbetsträning. De behandlingsmetoder som bedöms som mest framgångsrika med gruppen kriminella ungdomar är metoder baserade på social inlärningspsykologi samt familje- och kognitiva terapier. Behandlingen bör vara strukturerad och fokuserad och innehålla olika komponenter snarare än ostrukturerade.

Fransson & Armelius (1996) pekar på några studier av särskilt intresse för den aktuella målgruppen. Inledningsvis hänvisar de till en noggrann genomgång av forskningen på området av Kazdin (1994). Kazdin framför att de mest lovande resultaten när det gäller behandling av ungdomar med beteendestörningar finns inom kognitiv beteendeterapi, beteendeterapi och familjeterapi. De pekar också på vikten av att ta hänsyn till bristande motivation hos de unga. Motivationshöjande åtgärder som föreslås är dels att den unge får information om institutionen och får möjlighet att förbereda sig inför behandlingen, dels att behandlingspersonalen måste ta hänsyn till den unges egna önsknings, vad den unge vill ha hjälp med. Resultat från en studie visade att en grupp kriminella ungdomar oftare ville ha hjälp med praktiska problem medan en grupp störda ungdomar uttryckte större behov av att tala om sig själva och sina problem än att få praktisk hjälp.

4.4 Forskningsresultat avseende ungdomar med missbruksproblematik

Fridell (1996) slår i sin forskningsgenomgång fast att institutionell behandling av missbrukare behövs. Framförallt styrker forskningsgenomgången att det är narkotikamissbrukare som behöver och kan tillgodogöra sig institutionsbehandling. Genomgången visar också entydigt att det behövs institutionsprogram av en viss längd för att behandlingen ska ge resultat. Tid i behandling är den faktor som korrelerar starkast med positivt behandlingsresultat. Fridell konstaterar i likhet med andra forskare (Ravndal, 1993, Stenström & Söderholm Carpelan 1996, André 1975) att den form av institutionsbehandling som Hasselapedagogiken utgör visar avsevärt bättre resultat än annan institutionsbehandling, dock inte för gruppen missbrukare med samtidig psykisk störning (Söderholm Carpelan 1992).

När det gäller kortare former av Minnesota- eller tolvstegsbehandling för vuxna missbrukare är det framförallt tunga missbrukare med en i övrigt väl ordnad social situation som drar nytta av en sådan, medan missbrukare med en social problematik inte tycks göra det (Fridell 1996). Vad gäller kortvariga modeller av tolvstegsbehandling för ungdomar finns inga studier som visar framgångsrika resultat. Däremot kan en mer långsiktig institutionsbehandling med ett brett utbud av insatser som familjearbete, tillgång till skola m.m. och där även inslag av tolvstegsprogram och introduktion av självhjälpgrupper ingår, visa bra resultat (Stenström & Söderholm Carpelan 1996). Även när det gäller ungdomar med allvarliga missbruksproblem måste deras situation och behov vara utgångspunkten för val av behandling. Det är inte möjligt att finna ett program som passar för alla. Stor hänsyn måste tas till ungdomar med psykisk problematik och ungdomar som vid sidan av missbruket har en omfattande kriminell aktivitet.

I ett koncensusprotokoll framtaget av amerikanska forskare och behandlare för U.S. Department of Health and Human services år 1993 diskuteras hur behandling för unga missbrukare bör utformas. Man slår t.ex. fast att de flesta ungdomsbrottslingar använder alkohol eller andra droger, mellan 70–95 procent, men de får sällan adekvat behandling inom det rättsvårdande systemet. Bland ungdomsbrottslingar finns också stora grupper som har allvarliga psykologiska störningar eller blivit utsatta för fysisk misshandel och sexuella övergrepp.

Unga missbrukare behöver behandlingsprogram som utformas utifrån deras specifika situation och det är inte möjligt att kopiera program från vuxenvården. Utredning och diagnos för att fastställa relevant typ och nivå för behandling är t.ex. väsentligt. Här krävs att hänsyn tas till den unges ålder och utvecklingsnivå. Behandlingsprogram kan innefatta stödsamtal, olika terapiformer (beteendeterapeutiska, kognitiva och familjeterapier), eftervård, träning i återfallsprevention samt träning av sociala färdigheter.

Behandlingsframgång för vuxna har definierats som att upprätthålla abstinens, en definition som inte är tillräcklig för ungdomar. Deras ofta multipla och mer omfattande problem kräver ett bredare utbud av omfattande integrerade och systematiska insatser, som gör det möjligt att utforma behandlingsansatser, som motsvarar den enskilda unges behov. För unga handlar det snarare om habilitering än rehabilitering, eftersom de ofta saknar erfarenhet av ett oberoende liv, något som förhindrats genom en ofta tidig missbruksdebut.

Institutionsbehandling för unga missbrukare behövs när ungdomar visar en oförmåga att förändra sitt drogbeetande efter behandlingsförsök i öppenvård. De har förlorat kontroll över sina liv och riskerar att bli beroende av droger och de har även svårigheter att fungera inom andra områden som familj, skola, arbete osv. När de tappat kontrollen över

sitt liv behövs en systematisk och omfattande genomgång av deras situation. En sådan kan lättast genomföras på institution. Ett bra institutionsprogram måste kunna hantera komplexa familjebehov med inslag av våld, sexuella övergrepp, drogmisbruk och psykisk sjukdom.

Ett bra institutionsprogram för unga missbrukare måste innefatta vissa grundläggande element; förmåga att engagera den unge i vården, en väl genomförd utredning, en utförlig dokumentation, individuell behandlingsplan, klar struktur vad gäller regler och förväntningar, möjlighet till dubbeldiagnostik, tillgång till farmakologisk och medicinsk behandling vid behov. Det krävs även rollförebilder bland personal och äldre intagna, deltagande i den terapeutiska miljön, familjearbete, gruppterapi (bör förekomma dagligen), familjegrunder, undervisning i grupp, undervisning för familjemedlemmar, skolverksamhet, yrkesträning, stöd och 12-stegsmöten, fritidsprogram, program för övergång till annan vård eller eftervård och uppföljning.

4.5 Ungdomar med kriminalitet och psykisk problematik

Som framkommit i den tidigare genomgången är det vanligt att utagerande ungdomar i många fall har en sammansatt problematik där bl.a. missbruk, kriminalitet och psykiska problem förekommer i någon kombination. Prognosen vad gäller behandling för denna grupp är inte god. Exempelvis visar en uppföljningsstudie av Sarnecki (1996) att av 270 ungdomar som varit inskrivna på särskilda ungdomshem och där psykisk problematik konstaterats vid inskrivningstillfället så befann sig 75 procent fortfarande i vård två år senare. Av dessa ansågs 70 procent inte befinna sig i en för deras problem adekvat miljö. Forskningsresultat visar också att ungdomar med missbruk och psykisk problematik svarar dåligt på behandling (Söderholm Carpelan 1992, Vaglum 1979).

I allmänhet har ungdomar som parallellt med sin kriminalitet diagnostiserats för psykiska störningar exkluderats ur de studier som ovanstående forskningsgenomgångar baserar sig på. Därför är våra kunskaper om hur behandlingen av denna grupp ska utformas mera osäker. När det gäller ungdomar med någon form av diagnostiserad depressiv störning redovisar Fransson & Armelius (1996) en studie där social färdighetsträning och stödjande gruppterapi jämfördes. Båda metoderna gav resultat men författarna tolkar resultaten så att den stödjande hållningen fungerade bättre i att möta ungdomarnas omedelbara behov medan färdighetsträningen fokuserade på att hantera kommande svårigheter, varför en rekommendation är att man för denna grupp bör starta med en gruppterapi med mer stödjande innehåll för att efter hand övergå till social färdighetsträning.

Flera forskare pekar också på vikten av att ungdomar med psykisk problematik deltar i gruppverksamheter. Det bör dock ha karaktären av stödjande grupper. För gruppen med psykiska störningar krävs större grad av individuell utformade behandlingsplaner.

I Barnpsykiatrins slutbetänkande (SOU 1998:31) behandlas frågan om hur vård och behandling skall utformas för utagerande ungdomar med psykisk problematik. De slår fast att en ansenlig del av de ungdomar som kommer i fråga för vård vid de särskilda ungdomshemmen har en svår psykisk problematik. Vidare tycks dessa ungdomar många gånger inte få den hjälp de behöver, något som sannolikt beror på att varken socialtjänsten eller behandlingshem ensamma äger den kompetens som erfordras. Inte heller barn- och ungdomspsykiatrien förfogar över resurser att behandla dessa ungdomar.

Kommittén framhåller att det är oacceptabelt att ungdomar som vårdas vid de särskilda ungdomshemmen inte erhåller adekvat hjälp för sina psykiska problem genom hälso- och sjukvårdens försorg. Utgångspunkten bör vara att placerade ungdomar har lika stor rätt att få tillgång till psykiatrins resurser som den övriga befolkningen och att ansvaret för att tillgodose vårdbehovet ligger på hälso- och sjukvården. Kommittén framför vidare att det f.n. saknas en rättspsykiatrisk vård som är anpassad för psykiskt störda unga lagöverträdare och deras behov. Här behövs en kompetensutveckling för att möta gruppens behandlingsbehov.

Kommitténs förslag innebär att företrädare för barn- och ungdomspsykiatrien skall ha skyldighet att delta i s.k. behandlingsråd. I behandlingsråden skall företrädare för BUP, socialtjänst, och särskilda ungdomshem tillsammans medverka i utredningen av den unges vårdbehov. Varje landsting skall också utse en patientansvarig behandlare med barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens som håller kontakt med de särskilda ungdomshemmen.

4.6 Skolverksamheten

Genomgången ovan visar att den aktuella målgruppen har betydande kunskapsluckor och i regel negativa erfarenheter från skola. Att ges möjlighet att reparera dessa brister är helt avgörande för att de skall kunna lyckas senare i livet och bidrar också till att ge behandlingen ett meningsfullt innehåll.

Verksamma skol- och utbildningsprogram är en absolut nödvändighet för en bra institutionsbehandling. Det gäller bl.a. frågan om att komma till rätta med läs- och skrivsvårigheter. Skolverksamheten är också föremål för metodutveckling och forskning. Lundberg (1996) diskuterar möjligheterna att hjälpa kriminella ungdomar med lässvårigheter och hänvisar till konkreta program som prövats för detta syfte. Även Rydelius (1996) diskuterar skolans roll för asocialitetsutveckling.

4.7 Sammanfattning

Ungdomar som kommer till vård och behandling på grund av beteendeproblem – missbruk, kriminalitet eller annat socialt avvikande beteende – befinner sig i en svår situation. De har oftast haft en besvärlig uppväxt med bristfälliga relationer till föräldrar och andra närstående.

Ungdomarna har ofta psykiska problem, de har kunskapsluckor och i vissa fall läs- och skrivsvårigheter. De har ofta problem inom flera viktiga livsområden. Gruppen är svårbehandlad och behovet av långsiktig och återkommande behandling är stort.

Planeringen av behandlingsinsatser för ungdomsgruppen måste utgå från deras konkreta behov och resurser. Deras ofta sammansatta problematik kräver att behandlingsprogram förmår kombinera en mångfald av metoder både på individ- och gruppnivå. Forskningsresultaten visar också att sådana program ger bättre resultat. Program bör innefatta social färdighetsträning, skolundervisning, meningsfulla fritidsaktiviteter, gruppmetoder, individriktade metoder samt föräldrarbete. Metoder som visat sig särskilt framgångsrika för att minska ungdomars asociala beteende är familjeterapier och föräldrautbildning som syftar till att stärka föräldrarnas tillsynsförmåga liksom kognitiva beteendeterapeutiska metoder som syftar till att utveckla färdigheter och föreställningar hos den unge. Därtill kommer att skolundervisning är av stor betydelse. För ungdomar med missbruksproblem behövs också insatser som inriktar sig särskilt mot missbruket.

För att vården ska fungera väl krävs vidare att den ges i en välfungerande organisation, att den unge ges möjlighet till delaktighet, att familj och nätverk involveras samt att samverkan mellan olika myndigheter, främst institutionsvård och socialtjänst är väl utvecklad. Vård och behandling för utagerande ungdomar med psykisk problematik behöver utvecklas i samverkan med barn- och ungdomspsykiatri.

5. Verkställigheten

5.1 Inledning

Verkställigheten av sluten ungdomsvård skall i regel påbörjas på en akut- och utredningsenhet eller en sluten mottagningsavdelning med utredningsresurser. Verkställighetens längd och socialtjänstens önskemål måste beaktas vid ställningstagandet om huruvida en utredning skall utföras och vilka delar den bör innehålla.

Behandlingsinnehållet berörs kortfattat i detta avsnitt, men i avsnittet om forskning fördjupas analysen.

Utslussningen är en viktig del av verkställigheten av påföljden och behandlas ingående i propositionen.

5.2 Utredningsverksamheten

Verkställigheten av en dom med placering på särskilt ungdomshem skall i regel inledas med att den dömda placeras på en sluten mottagningsavdelning eller läsbar utredningsavdelning, som båda har utredningsresurser. Resultatet av utredningen skall ge underlag för en bedömning av den dömdes vårdbehov men också påverka utformningen av verkställigheten så att orsakerna till den unges kriminalitet kan angripas så effektivt som möjligt. Utredningen skall också ge underlag för att bedöma vilken grad av slutenhet som är nödvändig med hänsyn till rymningsbenägenhet, våldsamhet m.m.

Orsakerna till ett kriminellt beteende hos en människa är ett sammansatt fenomen. Härav följer också ett generellt behov av en utredning enligt ett *helhetsperspektiv* (Nygren, 1995). Detta är ett synsätt som har tydligt stöd i Socialtjänstlagen och SiS interna allmänna råd vad gäller utredningar. Utredningen skall utifrån ett helhetsperspektiv på den unges behov och förhållanden omfatta ett flertal bedömningar bl.a. om ungdomens anpassningsförmåga, resurser inom familjen och det sociala nätverket och medicinska förhållanden. Utredningen skall dessutom innehålla en specialpedagogisk och en utvecklingspsykologisk bedömning samt rekommendation för fortsatt vård och behandling. Varje institution eller utredningsavdelning skall ha tillgång till personal med sådan kompetens och förmåga att de kan göra observationer avseende ungdomarnas anpassning och behov av resurser. Varje utredningsenhet skall i någon form ha tillgång till legitimerad psykolog, läkare samt speciallärare. Enheten bör också ha tillgång till legitimerad psykoterapeut och specialist i barn- och ungdomspsykiatri. Utredningsteamet skall ha goda kunskaper om framgångsrik vård och behandling av unga lagöverträdare.

För långtidsdömda är utredningens syfte på den slutna mottagningsavdelningen att ge en inledande vård- och behandlingsplanering. För ungdomar med kortare vårdtider blir uppgiften att genomföra en utredning med syfte att redovisa en planering för fortsatt vård och behandling. Många av dessa ungdomar kommer förmodligen att ges fortsatt vård enligt SoL eller LVU. Utredningen skall i första hand utföras om socialtjänsten har behov av en sådan för att planera den fortsatta vården. Vid mycket korta verkställighetstider bör utredningsavdelningarna på önskemål av socialtjänsten kunna tillhandahålla vissa delar av en utredning som exempelvis psykologutredning eller annan mindre omfattande bedömning.

Ett nära *samarbete med socialtjänsten* förutsätts under tiden som den unge vistas på en utredningsavdelning eller en sluten mottagningsavdelning. Detta innebär att socialtjänsten skall vara väl informerad om hur utredningsarbetet och vistelsen fortlöper samt om hur den fortsatta vården och behandlingen skall utformas. Det är önskvärt att institutionen får ta del av allt aktmaterial som socialtjänsten förfogar över vid vistelsens början.

Familjen och den unges sociala nätverk utgör en mycket viktig faktor vid bedömning av vårdbehov men också som samarbetspartner i kommande behandling. Familjen och det sociala nätverket bör därför utredas med inriktning på föräldrarnas förmåga att tillgodose den unges behov. Särskilt bör man pröva i vilken mån föräldrarnas förmåga kan påverkas genom stöd eller terapeutiska insatser.

Mottagningsenheterna men även läsbara utredningsenheter bör utveckla en *systematisk modell för riskbedömning* för att göra prognoser om i första hand återfall i våldsbeteende men också avseende andra återfall som ställer krav på placeringar på slutna eller läsbara avdelningar eller inför beslut om överflyttning till vård inom öppnare former. Vissa lovande framsteg för riskbedömningar om återfall i våldsbeteende har gjorts av Henrik Belfrage, docent i

medicinsk kriminologi, som för svenskt bruk anpassar ett ursprungligen kanadensiskt instrument, HCR 20. Metoden har utvecklats för att bedöma farlighet hos vuxna våldsförbrytare men den kan eventuellt användas som förebild för en systematisk analys i utredningsarbetet av ungdomar.

Utredningen skall slutligen *sammanfattas skriftligt* och innehålla en rekommendation om lämpliga vård och behandlingsinsatser. Rekommendationen skall föregås av en analys på flera nivåer. Kravet på samhällsskydd, individens behov, utveckling och bakgrund, föräldrarnas och det sociala nätverkets resurser, påföljdens längd, institutionsvårdens behandlingsmöjligheter och institutionsvårdens respektive socialtjänstens behandlingsresurser.

5.3 Vilket behandlingsinnehåll bör förekomma

I avsnittet om forskning görs en ingående genomgång av vilka insatser som forskningen visar ger resultat i behandlingen av unga lagöverträdare. I bilagan till denna rapport, Metodkatalogen, ges exempel på metoder som går att använda i arbetet med unga lagöverträdare inom ramen för institutionsvården.

Som framgår i beskrivningen av målgruppen har ungdomarna problem på många olika områden. Institutionen bör därför ha ett *brett utbud insatser* som tillgodoser de ungas behov. Ungdomarna bör dessutom ha möjlighet att påverka sin situation och vara delaktiga i sin behandling inom vissa ramar.

Flertalet av de ungdomar som döms till fängelse eller vårdas på särskilda ungdomshem har misslyckats i skolan och deras kunskaper är bristfälliga. Det är därför viktigt att ungdomarna kan få tillgång till kvalificerade lärare i en *bra skolsituation* för att förbättra sin kompetens. Många gånger kan den unges motivation vara låg. Det är därför särskilt viktigt med pedagogiskt metodutvecklingsarbete, som bl.a. tar fasta på hur teoretiska inslag kan integreras med praktisk verksamhet, så att slutmålet blir godkända betyg i skolämnen.

Meningsfulla fritidsaktiviteter kan stärka den unge och bidra till uppbyggnad av nya kontaktnät. Till en början när den unge har ett stort behov av stöd och kontroll kanske fritidssysselsättningen finns på institutionen, medan den unge i ett senare skede kan lämna institutionen ett par timmar för att delta i samhällets utbud av aktiviteter.

Den unges *familj och nätverk* utgör en resurs i behandlingsarbetet och måste vara delaktiga i planeringen och genomförandet av behandlingen. Institutionen bör ha kompetens att när det bedöms som lämpligt initiera att socialnämnden sätter in resurser som syftar till att förbättra relationerna mellan den unge och hans familj. Detta kan ske på olika sätt – genom familjeterapi, föräldrautbildning mm. Den unge bör också få möjlighet att bearbeta destruktiva kamratrelationer.

Olika insatser som bidrar till att förhindra eller förändra destruktivt beteende som kriminalitet bör ingå som en del i behandlingen. Olika pedagogiska och kognitiva program har utvecklats för att användas i grupsituation för att få så stort genomslag som möjligt. Det finns särskilda program som arbetar med våldskriminaliteten. Program av olika slag bör kunna användas både för korttidsdömda och för ungdomar med långa vårdtider.

Ungdomar med missbruksproblematik bör få möjlighet att särskilt bearbeta detta exempelvis genom 12-stegsmetoden, *återfallspreventiva* åtgärder, deltagande i AA eller NA-möten m.m. Också i dessa program används gruppdynamiken. Både missbruk och kriminalitet är en funktion av multipla orsaker. Insatser riktade mot familj, kamrater och omgivningen kan ha effekt, men är inte tillräckliga utan måste därför kompletteras med specifika insatser riktade mot problembeteendet.

Ungdomar med psykiska problem kan i vissa fall behöva få del av individuella terapiinsatser. Även gruppverksamheter kan vara verksamma. Den grupp som har psykiska problem behöver särskild uppmärksamhet och programmen måste utformas individuellt. Det finns risk för att ungdomarnas kriminella identitet förstärks om de placeras på vanliga avdelningar och risken för allvarlig brottslighet ökar.

Mycket korta påföljder – två till fyra veckor – lämpar sig bäst för begränsade utredningar eller insatser som nätverksmöten, medling, familjesamtal etc. Samtliga familjeinsatser bör ske i nära samarbete med socialtjänsten. Denna typ av insatser sker lämpligast på utredningsavdelningar eller i förekommande fall på mottagningsenheter.

5.4 Utslussning

I en rapport som nyligen utgivits av SiS "Utslussning och eftervård vid de särskilda ungdomshemmen" framgår det att begreppen utslussning och eftervård inte utgör enhetliga begrepp vid SiS ungdomshem. Majoriteten av företrädare för institutionerna anser dock att *utslussningsfasen syftar till att hjälpa eleven att avsluta institutionsvistelsen samtidigt som man förbereder den unge för en tillvaro utanför institutionen*. Under denna fas är den unge fortfarande inskriven vid institutionen och institutionen skall noga följa vad den unge har för sig för att bedöma om klienten skall tas in på institutionen igen. Eftervården däremot syftar till att stödja den unge i tillvaron efter avslutad institutionsvistelse och berörs inte närmare i denna rapport. Begreppen utslussning och eftervård används här i enlighet med definitionen ovan.

Enligt propositionen bör utslussningen vara en normal del av påföljden slutna ungdomsvård. Utrymmet för utslussning bör på ett naturligt sätt öka i slutet av verkställighetstiden. Vistelse utanför ungdomshemmet kan vara allt från en kort permission vid ett enstaka tillfälle till en sammanhängande ledighet under flera dygn i sträck. Den unge kan också vistas utanför ungdomshemmet under en viss del av dygnet för att delta i aktiviteter som kan underlätta anpassningen i samhället. Slutligen kan den unge placeras utanför institutionen i någon form av strukturerad verksamhet som kan främja anpassningen till samhället. Den unge får emellertid inte placeras i eget boende eller i föräldrahemmet, då detta kan urholka påföljdens innehåll. Som nämnts ovan i avsnittet om samverkan

med socialtjänsten skall planeringen inför utslussningen ske i nära samråd med socialtjänsten. Vid en placering utanför ungdomshemmet skall socialnämnden ge sitt samtycke eftersom hemkommunen svarar för dessa kostnader. Det är viktigt att återgången till livet utanför institutionen sker på ett lämpligt och väl genomtänkt sätt. Utslussningen kan i vissa fall organiseras inom ramen för den egna institutionen, i ett eget boende inom institutionsområdet eller i särskilda enheter avsedda för utslussning. Den unges eget ansvarstagande ökar genom att han/hon själv tar hand om och ansvarar för sin hushållskassa och sin matlagning. I denna modellen kan den unge antingen delta i institutionens dagliga sysselsättning alternativt gå i skola eller arbeta utanför institutionen. Utslussningen kan också ske genom att den unge flyttar till ett HVB-hem eller familjehem, med närhet till det omgivande samhället och med större rörelsefrihet. Vilken utslussningsmodell man väljer måste utgå från den unges behov och förutsättningar. Som ovan nämnts skall planeringen inför utslussningen ske i samråd med socialtjänsten. Det är också viktigt att ta hänsyn till den unges och familjens önskemål och den unges behov av skolgång eller annan sysselsättning.

5.5 Sammanfattning

Verkställigheten av slutna ungdomsvård skall i regel inledas med en utredning som resulterar i en behandlingsplan. Omfattningen av denna anpassas efter de behov som finns. Behoven ser olika ut för de ungdomar som är dömda till korta respektive långa verkställighetstider.

På institutionerna skall finnas ett brett utbud av behandlingsinsatser för att tillgodose den unges behov av vård inom olika områden. Utslussningsfasen är viktig och skall planeras i samråd med socialtjänsten. En del ungdomar kan slussas ut via den egna institutionen. Andra kan behöva komma till ett HVB-hem eller familjehem i ett utslussningsskede.

Referenser

- André, A. (1983), *Utvärdering av Hasselakollektivet*. NAD-publikation 7.
- Belfrage, Henrik, *Brottsligheten, psykiatrin och samhället*, 1995.
- Belfrage, H & Fransson, G, HCR – 20, *Bedömning av risk för framtida vård*, Manual med instruktion och kommentar, Psykiatriskt regionvårdscentrum, Landstinget Kronoberg, Forskningsenheten
- Bergström, Gunnar, (1997), *Kriminalitet som livsstil*, Johansson & Skyttmo förlag, Egalité
- Brendler-Lindqvist, M. & Swaling, J. (1996), Kan ingen hjälpa Sanna? En beskrivning av nätverksterapiens möjligheter, i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm.
- Bullock, R. (1997), *Juvenile Criminality and Forensic Treatment in the United Kingdom: The current situation*, paper presenterat på EAPL-konferensen aug 1997 i Stockholm.
- Claezon, I. (1996), Utsatta ungdomar – hjältar eller offer? i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm.
- Colnerud, G, (1997), *Etiska konflikter inom tvångsvård av ungdomar*, SiS-rapport nr 3 1997.
- Daleflod, B, (1996), Är det möjligt att rehabilitera kriminella ungdomar? i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm.
- Denvall och Jakobsson red, *Vardagsbegrepp i socialt arbete*, Ideologi, teori och praktik.
- Ekbom, Engström & Göransson, (1992), *Brott, straff och kriminalvård*, Natur & Kultur.
- Fransson, P. & Armelius, B-Å.(1996), Psykoterapi för ungdomar med tonvikt på beteendestörningar – en forskningsöversikt, i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm.
- Fridell, M. (1996), *Institutionella behandlingsformer vid missbruk-- organisation, ideologi och resultat*, Natur & Kultur.
- Fängelsedömda ungdomar 1989, KVS Rapport 1992:1.
- Haggård & Kristiansson, Studie av rättspsykiatriskt undersökta ungdomar, Det finns behov av flera vårdalternativ, *Läkartidningen* nr 12, 1997.
- Hansson, K. (1996), Familjebehandling vid ungdomsassocieraditet, i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm.
- Larsen, E., *Miljöterapi och arbetsmiljö*, SiS-rapport 1997:2.
- Levin, C. (1997), *Råbyundersökningen 1994*, SiS Rapport nr 2 1997.
- Lindmark, S, "Häktning eller omedelbart omhändertagande?", Institutionen för socialt arbete.
- Lundberg, I. (1996), Läs- och skrivstörningars betydelse för utsatta ungdomars utveckling, i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm.
- Mc Murphy, S.(1996), Olika modeller för unga lagöverträdare – erfarenheter från forskning, i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm.
- Nygren, P. (1995), *Profesjonellt barnevern som barneomsorg*, Ad Notam Gyldendal.
- Psykiskt störda fångar i lokalanstalt, KVS Rapport 1991:2.
- Rapport från projektet Familjerådslag i Sverige 1995–1997, Svenska Kommunförbundet 1998.
- Ravndal, E. (1993), *Virker behandling? – En översikt över behandlingsresultater för stoffmisbrukare i Norden og internasjonalt*, Nordnark 1993:1.

- Reaktion mot ungdomsbrott. Betänkande av Ungdomsbrottskommittén Del B. SOU 1993:35.
- Rydelius, P-A. (1996), Skolans betydelse för asocialitetsutveckling, i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm.
- Sarnecki, J (1996), Problemprofiler hos ungdomar på särskilda ungdomshem i Stockholms län åren 1990 – 1994, i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm.
- Stenström, N. & Söderholm Carpelan, K. (1996), Vård och behandling av unga alkohol- och narkotikamissbrukare, i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm.
- Stenström, N., (1998), *Utslussning och eftervård vid de särskilda ungdomshemmen*, SiS-rapport 1998:2.
- Svanberg, K., (1996) Medling ur ett brottsofferperspektiv – en utvärdering.
- *Tidskriften Sober* 3–4/97, artikel av Kostenius, G., Medling vid brott.
- Unga i fängelse 1995, Kriminalvårdsstyrelsens rapport.
- U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (1994), *Assessing Drug Abuse among Adolescents and Adults*, Clinical Report series, Washington D.C., NIH Publication No. 94–3757.
- Vaglum, P. (1979), *Unge stofmisbrukere i et terapeutisk samfunn*, Universitetsforlaget, Oslo
- Wiberg, E. (red) (1976), *Pojkar i tvångsvård. Råbyundersökningen*, Prisma.
- Vinnerljung, B. (1998), Fosterbarns skolgång och utbildning, *Socialvetenskaplig tidskrift nr 1*, 1998.

Bilaga

Metodkatalogen

Beskrivning av olika behandlingsmetoder och behandlingsmodeller

1. Inledning

I direktiven till projektet ges uppdrag att beskriva olika behandlingsmodeller som kan vara lämpliga för ungdomar som dömts till sluten ungdomsvård. Nedan beskrivs några modeller som kan användas i vården av dessa ungdomar. Beskrivningen gör inte anspråk på att vara heltäckande – till det skulle behövts mer utrymme än en kortfattad promemoria. Arbetet med beskrivning och värdering av metodinriktningar kommer att drivas vidare i annan form. Metodkatalogen skall användas som underlag för att vidareutveckla behandlingssinnehållet vid ungdomshemmen i samband med reformen avseende sluten ungdomsvård. En del av de beskrivna metoderna har tillämpats sedan länge medan andra befinner sig i ett intensivt utvecklingsskede, som exempelvis kognitiv beteendeterapi och olika former av korttidsbehandling. Nya inslag i behandlingsutbudet som bör prövas vid ungdomshemmen är olika strukturerade korttidsprogram och medling/brottsofferkonfrontationer. De utvecklingssatsningar som genomförts vid ungdomshemmen när det gäller familje- och nätverksarbete skall fortsätta och utgör ett viktigt inslag i behandlingsarbetet. Valet av behandlingsmetod utgår från den unges behov och problematik. Många av metoderna kan kombineras med varandra.

De olika behandlingsmetoderna presenteras i bokstavsordning.

2. Bedömnings- och motivationssamtal med hjälp av intervjuer

2.1 ADAD

Denna intervention kan göras som en avgränsad insats vid mycket korta placeringar då syftet framförallt blir att tillsammans med den unge gå igenom och reflektera över den unges situation och behov samt den unges egen vilja till förändring. Interventionen kan också kombineras med en mer utvecklad motivationsintervju som beskrivs på annat ställe och då användas dels vid korta placeringar men även som inledning till en längre tids behandling. Det är viktigt att ungdomarnas behandling utgår från deras behandlingsbehov. Inom SiS dokumentationsprojekt som syftar till att utveckla och utvärdera behandlingsverksamheten görs en inskrivningsintervju, ADAD, (Adolescent Drug Abuse Diagnosis). Intervjun baserar sig på två viktiga principer. Den första är att ungdomars situation och problem måste ses utifrån ett helhetsperspektiv, den andra att det är viktigt att ungdomarna själva involveras i sin egen behandling. Intervjun har också två syften, dels utgör den en bas för utredning och behandlingsplanering och dels kan den användas för uppföljning och utvärdering.

Intervjun som tar ca en och en halv timme omfattar nio områden; *fysisk hälsa, skolgång, arbete/sysselsättning, fritid och kamrater, psykisk hälsa, kriminalitet, användning av alkohol och narkotika* och ger därmed en bred översikt av ungdomars situation och problem. I anslutning till varje område ombeds den unge att skatta sitt behov av hjälp enligt en fyrgradig skala och intervjuaren gör också en skattning av behandlingsbehovet utifrån de svar den unge ger på frågorna i respektive område.

De viktigaste behandlingsmässiga förtjänsterna med den här typen av systematisk intervju är att man snabbt får en överblick över den unges situation och behandlingsbehov, att man också genom den unges egna skattningar av hur

viktigt det är att få hjälp inom respektive område får en uppfattning om den unges initiala motivation för behandling samt att man kan inleda en dialog med den unge kring fortsatt behandlingsplanering. Erfarenheterna har visat att ungdomarna gärna ställer upp på en intervju och att de också är intresserade av att vara mer delaktiga i utformningen av sin behandling.

I anslutning till ADAD-intervjun har man ett uppföljande samtal där den unge får möjlighet att diskutera sin situation och sina behandlingsbehov tillsammans med behandlingspersonal. Syftet är att tillsammans med den unge göra en preliminär behandlingsplan och där ta hänsyn till vad som är viktigt på kort och lång sikt. Här ingår att intervjuaren ska delge den unge sina egna bedömningar av behandlingsbehovet inom olika problemområden och också förklara vad som haft betydelse för dessa bedömningar. Detta är särskilt viktigt när bedömningen av behandlingsbehovet skiljer sig från den unges egen syn.

Förslag på lämplig litteratur:

- Söderholm Carpelan, K., Hermodsson, A., & Öberg, D., *ADAD – en intervju för behandlingsplanering och utvärdering inom ungdomsvården*. SiS-rapport 1997:5.
- Friedman, A.S. & Utada, A. A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers. (The Adolescent Drug Abuse Diagnosis [ADAD] Instrument), *J Drug Education* 19 (4):285-1989.

2.2 Motivational interviewing (MINT)

Metoden har utvecklats inom missbrukarvården men har kommit att användas inom allt fler områden. Den syftar till att hjälpa människor att förändra beteenden som t.ex. missbruk av alkohol eller droger men även andra livsstilsfrågor. En viktig utgångspunkt är att motivation inte betraktas som en egenskap hos individen utan som benägenhet till förändring hos individen och därför avhängigt situation. Förändringsbenägenheten är alltså något som kan påverkas och som kan variera över tid. En annan viktig utgångspunkt är att klienten anses ha en fri vilja att välja om han/hon vill dricka alkohol och betraktas inte som hjälplös.

Terapeutens uppgift är uppmuntra och stödja klienten att själv beskriva vilka problem han eller hon upplever och också vad som behöver göras. Terapeutens roll är stödjande och reflekterande. Klienten ska mötas med empati och respekt. De frågor som avhandlas är:

1. *Varför* är det viktigt med förändring? Hur viktigt är det? För- och nackdelar med det aktuella beteendet gås noggrant igenom tillsammans med klienten och vägs mot varandra, ofta genom numeriska skattningar som klienten själv gör.
2. Den andra huvudfrågan är i vilken utsträckning klienten tror sig kapabel att ändra sitt beteende d.v.s. *hur* ska en förändring gå till. Här går man igenom konkreta situationer där ett annat beteende krävs och diskuterar klientens beredskap att klara av dessa.
3. Den tredje frågan är *när* ska förändring ske? Detta beror på vad man kommit fram till under punkt 1 och 2. Om fördelarna överväger nackdelarna och beredskapen till förändring bedöms god ökar också benägenheten att handla.

Metoden lämpar sig bäst i ett läge när klienten själv börjat fundera eller ifrågasätta sitt eget beteende, men kan också användas för t.ex. ungdomar som inte alls upplever att missbruket ännu är något problem. Om flera problem förekommer i klientens liv bör man arbeta med ett i taget.

Förslag på lämplig litteratur:

- Miller, WR & Rollnick, S., *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*, Guilford Press: New York, 1991.
- Barth, T & Näsholm, C. Vankelmodets dynamik, *Psykologtidningen nr 16, 1997*.

3. Familje- och nätverksarbete

3.1 Allmänt om familjearbete

En fråga som ofta ställs är, på vilken nivå behandlingspersonalen bör arbeta när det gäller familje- och nätverksarbetet. Familjearbete kan röra allt från behandlingsarbete utifrån en specifik terapeutisk metod med den enskilda familjen till föräldrassamverkan på ett mer övergripande plan. Projektarbete inom SiS har visat att intresset och entusiasmen för föräldrabetet är störst när hela personalgruppen är involverad och då kompetensen höjs för samtliga. Det är också viktigt att några i personalgruppen förkovrar sig ytterligare i att arbeta med familjer och vidareutbildar sig för att höja sin kompetens. Deras kunskap och intresse kommer till användning och kan utnyttjas av hela teamet. Erfarenheter visar dock att det är viktigt att institutionen kan hitta ett gemensamt förhållningssätt gentemot föräldrar och anhöriga.

Vad gäller familjebehandling så är det i nuläget företrädesvis två program som kan vara aktuella: *Funktionell familjeterapi (FFT)* och *multisystemisk terapi (MST)*. Multisystemisk terapi är den kanske idag mest lovande metoden av alla för antisociala problem hos ungdomar. En stor fördel med att omedelbart starta ett nätverksarbete är att man då påbörjar den så viktiga utslussningen till elevens vardagsmiljö redan från början. MST och FFT är insatser där man ses ofta i början av behandlingen, t.ex. två gånger i veckan, för att mot slutet ha långt mellan sessionerna. FFT används redan med framgång i Sverige, bl.a. inom Barn- och ungdomspsykiatriska vården i Lund.

Förslag på lämplig litteratur:

- Hansson, K. Familjebehandling vis ungdomsasocialitet, i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm.
- Korman & Söderquist, "Snacka om mirakel", Mareld 1994.

3.2 Funktionell familjeterapi

Den *funktionella familjeterapin* har utvecklats av professor Jim Alexander i USA. Terapiformen, som är utvärderad, har visat sig fungera väl för familjer med asociala ungdomar mellan 11 och 18 år. Terapin kan användas i familjens hemmiljö, på kliniker och på ungdomsinstitutioner. FFT är en teknik för hur man arbetar med omotiverade föräldrar. En tredjedel av Alexanders familjer i USA har blivit dömda till familjeterapi.

Alexander startade med att undersöka skillnaden i kommunikation mellan familjer med asociala barn och "vanliga" familjer. Familjer med asociala barn har en mer försvarsinställd kommunikation än "normala" familjer. Den försvarsinställda kommunikationen väcker försvar och motstånd hos mottagaren och tyder på fientlighet och fördömande från den som sänder ut meddelandet. I den behandlingsmodell Alexander utvecklat försöker han ändra familjens sätt att kommunicera till att bli mer stödjande. I Alexanders terapimodell skall terapeuten:

- Göra positiva omformuleringar
- Störa negativa processer
- Fokusera på familjeproblemet snarare än på det kriminella problemet.

Terapeuten har en central roll i samtalet. Alexander räknar upp attityder och beteenden hos terapeuten som är nödvändiga: Terapeuten måste vara *örädd*, kunna visa *empati*, vara *aktiv* och *strukturerande* samt ha en *tilltro* till att kunna se något positivt i problemet. Vanligen behandlas familjen mellan åtta och tolv terapitimmars. Mer än 26 timmar behöver inte användas för familjer med de allra svåraste problemen.

Alexander har i ett flertal studier visat att funktionell familjeterapi har en klar effekt även vid uppföljningar efter ett par år. Det har också visat sig att även syskonen till det barn som är anledningen till terapin förbättras.

Förslag på lämplig litteratur:

- Alexander, JF & Barton, C. *Functional Family Therapy*. Monterey, Brooks. *Blueprints for violence prevention and reduction, The identification and documentation of successful programs*, Center of study and prevention of violence, University of Colorado, 1996. *forts.*
- Hansson, K. Familjebehandling vis ungdomsasocialitet, i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm.
- Stickler, A. FFT fokuserar på familjesystemet, *SiStone 1:12-14, 1998*.
- Robertson, J. Vad är funktionell familjeterapi?, *Svensk Familjeterapi, nr 3-4, 1997*.

3.3 Multisystemisk terapi

I *multisystemisk terapi* inleds behandlingen med en utredning för att förstå hur problemen verkar i ett bredare systemiskt sammanhang. Terapin syftar till att åstadkomma förändring genom att stärka positiva sociala band och förändra problematiska interpersonella relationer. Interventionerna är aktiva, inriktade på här- och nusituationen och målstyrda. Det är viktigt att interventionerna är utvecklingspsykologiskt adekvata. För yngre barn handlar det ofta om att utveckla föräldrarnas färdigheter i uppfostran, medan det för äldre tonåringar handlar om att stärka deras oberoende. Interventionerna utvärderas kontinuerligt utifrån multipla perspektiv. Återkopplingen håller terapeuten och familjen medvetna om hur effektiva insatserna är och på det sättet behöver man inte ägna onödigt mycket tid och energi åt improduktiva lösningar. Interventionerna skall vara upplagda på så sätt att generaliseringar underlättas och de terapeutiska framstegen vidmakthålls. Insatserna skall koncentreras på att utveckla färdigheter som kan användas i den naturliga miljön. Terapeuten skall hjälpa familjen att förändra sin egen situation och innan behandlingen avslutas skall den unge och familjen ha den motivation som krävs för att fortsätta på den positiva väg de letts in på.

Förslag på lämplig litteratur:

- Hengeler, S. W., Melton, G. F. B. & Smith, L. A. *Family Preservation using multisystemic therapy, an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders*, 1992.

3.4 Lösningsfokuserad korttidsterapi

Den *lösningsfokuserade terapin* grundades av Steve de Shazer på en klinik, Brief Family Therapy Center (BFTC) i USA, där han tillsammans med sin arbetsgrupp började utveckla ett korttidsterapeutiskt tillvägagångssätt. Terapin prioriterar lösningarna i stället för problemen. Man tar fasta på klientens positiva sidor, resurser och kompetens och det som fungerar i livet. Klienten formulerar sina egna mål och terapeuten uppgift är att hjälpa klienten att finna realistiska delmål. Ansvaret och sammanhangen markeras tydligt. Undantagen, d.v.s. de tider när problemen inte existerat analyseras och klienterna uppmanas att använda de lösningar de redan kommit på.

Terapimetodens grundregler är: Om det fungerar – Laga det inte! När Du vet vad som fungerar – Gör mer av det! När det inte fungerar – Gör något annorlunda!

Förslag på lämplig litteratur:

- De Shazer, S. *Keys to solution in Brief Therapy*. Norton, New York, 1985.
- Furman & Ahola, *Lösningssnack. Inbjudningar till terapeutiska samtal*. Mareld 1992.

3.5 Kriminalvårdsprojektets erfarenheter av lösningsfokuserad terapi med fängelsedömda ungdomar

Kriminalvårdsprojektet har arbetat med häktade och fängelsedömda ungdomar i Stockholmsregionen sedan 1995. Projektet är ett samverkansprojekt mellan socialtjänsten i Stockholm, Maria ungdom och kriminalvården. Projektet

har studerat 110 ungdomar med avseende på deras problematik, tidigare kriminalitet, socialtjänstens insatser m.m. Ungdomarna var mycket kriminella och hade varit föremål för en mängd insatser från socialtjänsten innan de dömdes till fängelse. Missbruket hos ungdomarna har varit omfattande.

Samtliga ungdomar mellan 15 och 21 år som var häktade vid Huddinge häktet alternativt avtjänade fängelsestraff på KVA Asptuna eller KVA Täby erbjöds samtal med två terapeuter från KVP. Terapeuterna, som arbetar utifrån den lösningsfokuserade samtalsmetodiken, kom således utifrån, men vanligen deltog även anstaltens kontaktman vid samtalen. Vid det första samtalet diskuterades den intagnes mål och det första steget för att nå detta mål och vilka personer som skulle kunna vara behjälpliga. Den unge erbjöds därefter fortsatt kontakt med de två terapeuterna. De kommande samtalen med den unge och hans familj och nätverk fokuserade dels på den aktuella situationen och dels på situationen vid frigivningen. Kriminalvårdsprojektet arbetar med tydliga mål och små steg på väg mot målet och ger mycket förstärkning när den unge tar ett steg i rätt riktning. I vissa fall har KVP arbetat direkt med föräldrarna för att vända deras negativa förväntningar – en automatisk följd av att den unge befinner sig på häkte eller i fängelse - och hjälpa dem att se de positiva framstegen deras barn gör. Kriminalvårdsprojektets arbete har rönt stor uppskattning av personalen på häktet och anstalterna. De intagnas intresse har varit mycket stort och ytterst få har tackat nej till samtalen.

Förslag på lämplig litteratur:

- 110 kriminella pojkar. Redogörelse och utvärdering 1995–96 av kriminalvårdsprojektet. Rapporten kan beställas direkt från Kriminalvårdsprojektet, tel. 08-30 80 88.

3.6 Familjerådslag

Familjerådslaget kommer ursprungligen från Nya Zeeland, där det utvecklades för att möta maoribefolkningens behov av att få inflytande över beslut som gällde deras barn. Man ville undvika att barn och ungdomar ställdes inför rätta och straffades av rättssystemet. Antalet domstolsärenden minskade drastiskt genom användandet av familjerådslaget. Modellen har spridit sig och praktiserats i Storbritannien, Kanada, USA, Sydafrika och Sverige. Att erbjuda familjerådslag är ett sätt att engagera och hjälpa familjer att ta ansvar för sina barn och ungdomar när omsorgen om dem ifrågasätts. Detta innebär att familjens och släktens egen kraft erkänns och mobiliseras. En från socialtjänsten fristående samordnare har till uppgift att hjälpa familjen att ordna familjerådslaget. Vid rådslaget presenterar socialtjänsten sin utredning och problemen. I nästa steg har familjen en privat överläggning för att finna en lösning och en handlingsplan som presenteras för socialtjänsten. Samordnaren ser till att familjen är enig om planen, som i princip skall godkännas av socialtjänsten. Familjerådslagets handlingsplan utgör grunden för arbetet med att förändra den unges situation.

Svenska Kommunförbundet har under en tvåårstid drivit ett projekt med familjerådslag i tio kommuner. En utvärdering av projektverksamheten bekostas av Socialstyrelsen och skall presenteras hösten 1998.

Samtidigt som utvärderingen pågår har ett försöksprojekt med familjerådslag för unga brottslingar påbörjats. Projektverksamheten finansieras av Kommittén för brottsförebyggande arbete och startade i oktober 1997. Vid familjerådslaget möts den utvidgade familjen och gör en plan för hur den unge skall komma tillrätta i livet. Till rådslaget bjuds även brottsoffret in. Den unge uppmanas att ta ansvar för sitt beteende genom att be brottsoffret om ursäkt och erbjuda gottgörelse. Den unge skall också delta i diskussionen och besluten om sin framtid vid familjens enskilda överläggning, som leder fram till en handlingsplan för den unges framtid. Medling eller brottsofferkonfrontation utgör således en del av familjerådslaget.

Polisens förundersökning, socialtjänstens utredning, avtalet om gottgörelse och handlingsplanen från familjerådslaget går till åklagaren som tar ställning till om åtal skall väckas eller inte. Han skall också delta i diskussionen och besluten om sin framtid. I projektet med unga lagöverträdare har man närmat sig den Nya Zeeländska arbetsmodellen.

Familjerådslaget kan således se olika ut och användas i olika situationer. Familjerådslaget innebär dock alltid att socialtjänsten överlämnar ansvaret för den unges framtid till den utvidgade familjen som vid överläggningar skall komma fram till en plan för den unges framtid.

Hur kan familjerådslaget användas inom ramen för SiS institutioner? Ett familjerådslag innebär att socialtjänsten överlämnar ansvaret för den unge till familjen. När den unge är omhändertagen enligt LVU eller dömd till sluten ungdomsvård är ansvaret överflyttat från familjen till socialtjänsten och ungdomshemmet och ramarna för vad familjen kan göra är mycket begränsade.

I ett utslussningsskede, då den unge skall lämna institutionen kan personalen initiera ett familjerådslag hos socialtjänsten. Rådslaget kan behandla frågor som: Hur skall familjens kontakt med den unge se ut? Vad skall familjen göra om den unge missköter sig? Var skall han bo under sina ledigheter och vad skall han syssla med under dagtid och på sin fritid? Vem ansvarar för vad?

Förslag på lämplig litteratur:

- Andersson, A-S., Carlsson, L. & Garplid, K. *Implementering av familjerådslag i Sverige*. Skriftserie utgiven av Centrum för forskning och utveckling. Hälsohögskolan väst i Vänersborg;1,1998.
- Lilja, I., *Familjerådslag: den svenska versionen av "Family Group Conference", en nyzeeländsk modell för socialt arbete*, Svenska Kommunförbundet, Stockholm, 1996.
- Lilja, I., *Familjerådslag i Sverige: rapport från projektet Familjerådslag i Sverige 1995–1997*. Kan beställas från Svenska Kommunförbundet tel. 08-772 43 20.

3.7 Föräldragrupper i samband med missbruk hos ungdomar

Det primära målet med grupperna är att förbättra familjefunktionen. En bred definition bör ges familjebegreppet. För ungdomar utan identifierbar familj eller där familjemedlemmarna avböjer att delta bör man sträva efter att hitta någon person som kan betraktas som familjemedlem eller någon annan som den unge litar på och som kan hjälpa personalen att vägleda den unge genom behandlingen.

Ett huvudproblem vid behandling av missbrukande ungdomar är att de ofta inte är motiverade att bli drogfria. De uppfattar inte själva att de har svåra problem. De har ännu inte upplevt riktigt allvarliga konsekvenser av missbruket. Därför måste familjen ofta stå för motivationen till en början. Familjemedlemmar behöver precis som ungdomar information, gruppterapi, undervisning men även individuella möten och familjeterapi kan förekomma.

3.8 Föräldrautbildning (Parent management training)

Metoden riktar sig till föräldrarna och terapeuten träffar i regel inte barnen.

Behandlingen bygger på att föräldrarna aktivt tillämpar behandlingsprinciper i konkreta uppfostringssituationer i hemmet. Föräldrarna tränas i att identifiera och värdera problembeteende på ett nytt sätt. Behandlingen styrs av principer för social inlärning och använder tekniker som t.ex. positiv förstärkning, mild bestraffning, förhandling och kontraktsskrivning. Terapitiden används till att gå igenom och via bl.a. rollspel öva hur olika tekniker ska användas. Behandlingens syfte är att öka föräldrarnas kompetens i uppfostringssituationer som t.ex. gränssättning. Inledningsvis börjar man med lättare problem för att senare gå över till mer svårbenätrade. Metoden har visat sig framgångsrik i några studier både med missbrukande ungdomar och ungdomar med kriminalitet.

Förslag på lämplig litteratur:

- Fransson & Armelius, *Psykotterapi för ungdomar med beteendestörningar – en forskningsöversikt*, 1996.
- Friedman, *Family therapy or parentgroups. Effects on adolescent drug abusers*, 1989.

3.9 Nätverksterapi

Inom ramen för svensk barn- och ungdomspsykiatrisk vård har en modell för behandling av ungdomar med olika psykotiska tillstånd utarbetats. Behandlingen bygger på nätverksterapi i kombination med psyko-pedagogiska metoder där den unge och nätverket samlas för att lära sig att förstå mer kring vad psykosen är och vad de konkret kan göra för att stödja den unge och varandra och för att göra det okända och ibland skrämmande psykotiska beteendet känt, hanterbart och välbekant.

Förslag på lämplig litteratur:

- Brendler-Lindqvist, M. & Svaling, J. Kan ingen hjälpa Sanna? En beskrivning av nätverksterapins möjligheter i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm.
- Svedhem, L. Red. *Nätverksterapi – teori och praktik*. Stockholm: Carlssons bokförlag, 1985.
- Svedhem, L. *Socialt nätverk och beteendeproblem i skolan hos 11–13-åringar*. Stockholm: Carlssons bokförlag, 1991.

4. Institutionsprogram för ungdomar med uttalade missbruksproblem – enligt Hasselapedagogik

De viktigaste målsättningarna är utbildning och fostran samt att ungdomarnas identitet ska utvecklas och förändras. Detta innebär att lära sig bygga upp nya relationer och förändra gamla, utveckla ett realistiskt självförtroende samt goda kunskaper såväl praktiskt som teoretiskt. Metodiken kan beskrivas enligt följande;

Utbildning – skolundervisning på kollektivet eller behandlingshemmet under ett års tid varefter studierna fullföljs på folkhögskola under ett år. Under det uppföljande året hålls kontakt med tidigare elevgrupper eller personalen på behandlingskollektivet.

Medlevarskap – en påverkansprocess som utgörs av den pågående kontakten mellan personal och ungdomar under både arbete och fritid. I ett inledningsskede är man mer försiktig med att ställa krav men efterhand skärps dessa och därigenom skapas medvetet en rollkonflikt där den unge missbrukaren tvingas ifrågasätta tidigare värderingar och identitet. Konfrontationer används för att peka på dessa konfliktsituationer. Den nära samvaron med de identifikationerna det skapar ökar möjligheten att den unge stannar kvar och också börjar ändra sin livsstil.

Social träning bedrivs enbart i naturliga miljöer. Att lära ungdomarna stå ut med rutiner och hårt arbete är viktiga element men också att lära sig umgås med människor i vardagsituationer.

Närhet och gemenskap ges genom kollektivets vardagsaktiviteter där den unge kan få stöd och uppmuntran för positivt beteende. Respekt för andra betonas, t.ex. tillåts inte sexuella relationer mellan pojkar och flickor.

Träning av fritidsaktiviteter. Ungdomarna får lära sig vedertagna umgängesformer, dans och hobbyverksamheter och intresset för sociala kontakter uppmuntras i syfte att förbereda dem för ett liv utanför missbrukartillvaron.

Fjällmarsch och utlandsresa ingår också i programmet. Liksom i andra sammanhang utgör de vuxna i personalgruppen viktiga identifikationsobjekt och rollförebilder.

Förslag på lämplig litteratur:

- Fridell, M., *Institutionella behandlingsformer vid missbruk*, Natur & Kultur 1996.
- Stenström, N. & Söderholm Carpelan, K. Vård och behandling av unga alkohol- och narkotikamissbrukare, i Armelius et al (1996), *Vård av ungdomar med sociala problem*, Liber och SiS, Stockholm. *forts.*

- Söderholm Carpelan, K. *Unga narkotikamissbrukare i en vårdkedja – en studie av 208 ungdomar vid Maria ungdomsenhet i Stockholm*. Rapport i Socialt arbete nr 59, s. 31–33. Stockholms universitet, Socialhögskolan, 1992.

5. Allmänt om kognitiv terapi

Kognitiv terapi omfattar såväl psykologiska och pedagogiska inslag som element av social färdighetsträning. Den lägger tonvikten vid utveckling av förmågan att tänka realistiskt och analyserande. Syftet är att öka klientens handlingsmöjligheter och höja upplevelsernas emotionella kvalitet.

I kognitiv terapi används en rad tekniker som alla syftar till att hjälpa klienten att analysera de händelser som framkallar problem, obehag eller symptom. I terapin klarläggs vilka dysfunktionella tankar som automatiskt inställer sig i de problemutlösande situationerna. Vidare utreds vilka alternativa tankar och därmed handlingar och känslor som klienten kan förfoga över. Medan man i psykoanalytiskt orienterade behandlingsformer försöker finna omedvetna impulsladdade motiv, arbetar man i kognitiv terapi med aktuella förvrängningar och kvardröjande effekter av tidigare livshistoria.

Vid terapins början gör terapeut och klient en probleminventering och formulerar därefter mål för behandlingen. Terapeuten arbetar sedan med såväl olika beteendetechniker som tekniker för att medvetandegöra och förändra dysfunktionellt tänkande. Varje terapisaftal följer så långt som möjligt en speciell dagordning. Terapeuten kontrollerar hela tiden att han förstått klienten rätt genom ofta återkommande sammanfattningar.

Behandlingen av ungdomar vid de särskilda ungdomshemmen ställer ofta speciella krav vid både planering och genomförande. Många ungdomar uppvisar personlighetsstörningar av olika slag med utagerande beteende, svag behandlingsmotivation och rädsla för förändring. Den kognitiva terapiprocessen är mycket lämplig bl.a. för dessa ungdomar. Det går att fritt välja utgångspunkt för de terapeutiska samtalen och ändå få en långsiktig och strukturerad terapi.

Förslag på lämplig litteratur:

- Freeman, A., Pretzer, J., m.fl. *Kognitiv terapi i klinisk tillämpning*. Pilgrim Press, Danderyd, 1994.
- Palm, A. *Kognitivt förhållningssätt*. Natur & Kultur, Stockholm 1994.
- Perris, C. *Kognitiv terapi i teori och praktik*, Natur & Kultur, Stockholm 1986.

6. Allmänt om kognitiv beteendeterapi

Beteendeterapi växte fram som ett resultat av den kritik som lades fram i slutet av fyrtioalet om att den kliniska psykologin och den akademiska psykologin levde sina egna liv oberoende av varandra. Den vetenskapliga teori som först kom att översättas till klinisk verksamhet var teorin om klassisk betingning. Framgångsrika resultat nåddes bl.a. i behandlingen av specifika fobier. Den operanta inlärningsteorin kom snart att få minst lika stor betydelse och man nådde framgång med att höja livskvaliteten för patienter intagna på slutna psykiatriska avdelningar och för utvecklingsstörda. I början av sextioalet var redan Aron Beck och Albert Ellis i full verksamhet med sina kognitiva terapiformer. I linje med det vetenskapliga förhållningssättet kom alltfler terapeuter att börja tala om kognitiv beteendeterapi (KBT) som ett samlingsnamn för de terapier som hade som fokus att hjälpa klienterna att utveckla och tillämpa mer funktionella sätt att handla och tänka.

Ett särskiljande drag för KBT är att man förlitar sig på metoder som är konkret beskrivna och som har prövats i vetenskapliga studier. Detta innebär att metoderna och det kliniska arbetet förändras i takt med nya forskningsrön. Ett funktionellt synsätt på kliniska problem innebär också att behandlingen kommer att se väldigt olika ut beroende på vad man vill hjälpa klienten att förändra. Framgångsrika metoder för patienter som lider av panikångest, tvångssyndrom, kronisk smärta respektive borderline personlighetsstörning ser alltså väldigt olika ut även om de har många viktiga drag som är gemensamma för KBT-behandling.

Oavsett problemområde så inleds behandlingen med en beteendeanalys som syftar till att förstå vilken funktion individens handlingar spelat för hur problemet uppstod och vidmakthålls. Behandlingsmetoder skräddarsys efter klientens problem och beteendeanalysen styr valet av åtgärder. Begreppet beteende avser allt som en människa gör, säger, tänker och känner. Detta kan illustreras med "dead man's test" – allt som skiljer en död människa från en levande är beteenden. Arbetsättet är mycket aktivt, strukturerat och systematiskt och målen för behandlingen är tydliga och specifika. Behandlingsmål och metoder bestäms i samförstånd med klienten. Mellan sessionerna utför klienten olika träningsuppgifter. Varje behandling utvärderas sedan både muntligt och via standardiserade formulär eller andra mätinstrument.

KBT för antisociala problem (missbruk, kriminalitet etc.) inriktar sig dels på att förändra kriminella attityder och tankemönster, missbruk och våldsbeteenden och dels på att lära in nya färdigheter som är bristfälliga i deras beteendepertoar. Vanliga brister föreligger i förmåga att lösa problem, sociala färdigheter, färdigheter i självkontroll och i moraliskt resonerande. Man lägger ned stor energi på att lära klienterna hantera och stå emot svårigheter i livet och påverkan från antisociala kamrater. Detta innebär att man försöker utveckla de tillgångar eller resurser som finns inom och runt om individen, som t.ex. talanger, intressen och viktiga personer i individens nätverk.

Förslag på lämplig litteratur:

- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D. (Ed.), (1989). *Cognitive behaviour Therapy for Psychiatric Problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Hollin C.R. & Howells, K. (Ed.), (1996). *Clinical Approaches To Working With Young Offenders*. Chichester: Wiley.
- Jansson, L. (1986). *Kognitiv terapi vid depression*. Lund. Natur & Kultur.
- Öst, L-G (red.) (1987). *Beteendeterapi inom psykiatrin*. Lund. Natur & Kultur.

6.1 ART, ett program som utgår från kognitiv beteendeterapi

Det finns ett flertal korttidsprogram för kriminella ungdomar beskrivna i litteraturen. Faktum är att de flesta väl utprovade behandlingsprogram inte har behandlingstider som överskrider sex månader. Vid en korttidsvistelse på en sluten avdelning på ungdomshem borde den unge erbjudas någon strukturerad intervention. Det finns två framgångsrika vägar att gå enligt forskningslitteraturen – familjeterapier och färdighetsträningsprogram. De förstnämnda beskrivs under avsnittet om familje- och nätverksarbete.

Färdighetsträning syftar till att förbättra individens "coping-färdigheter" för att han skall vara bättre rustad för att möta andra människor. De flesta program är multi-modala, d.v.s. de innehåller olika delkomponenter som fokuserar på olika aspekter av fenomenet social funktion. Framgångsrika program är exempelvis *Reasoning & Rehabilitation* och *Aggression Replacement Training (ART)*. Det förstnämnda programmet innehåller bl.a. komponenter som problemlösning, kreativt tänkande och sociala färdigheter. Programmet bygger i sin ursprungsform på 36 träffar à två timmar.

Social färdighetsträning innebär att klienten lär sig att tänka och handla i en stegvis sekvens. Varje färdighet är således indelad i olika steg och individen lär sig exempelvis att ge beröm, att ta emot kritik på ett positivt sätt och att hantera grupstryck utifrån dessa steg. Metoden är anpassad för en grupp på sex till åtta personer. Metoden innefattar 50 färdigheter och man kan från fall till fall komma överens om vilka färdigheter man vill använda. När man lärt sig metoden kan man dessutom konstruera egna färdigheter enligt samma stegvisa metod.

Ilskekontrollträning innebär att klienten lär en viss sekvens av beteenden som används för att tidigt upptäcka att han håller på att bli arg för att sedan lära sig att kontrollera sin ilska på ett socialt kompetent sätt. Interventionen är upplagd på sex till tolv gånger beroende på om och hur många sociala färdigheter man vill koppla till ilskekontrollsekvensen. Den kan ges både i grupp och individuellt. Ger man den två gånger i veckan kan man alltså träna in ett effektivt sätt att hantera aggressiva känslor på tre veckor.

Moralutbildning innebär att man genom strukturerade diskussioner eller debatter försöker utveckla moralisktänkande mot mer mogna nivåer. Det finns två väl utprovade modeller att välja emellan: Kohlbergs Moralutbildning som innebär att man håller debatter kring moraliska dilemman med tio till tolv elever och Gibbs modell som innebär att en mindre grupp elever får jobba först individuellt med dilemman för att sedan diskutera dem i grupp.

ART har utprovats som ett tio veckors program där de tre kurserna (social färdighetsträning, ilskekontrollträning och moralutbildning) ges parallellt en gång per vecka. Men i praktiken är det bara ilskekontrollträningen som har ett någorlunda fast antal sessioner. Det går således att skraddarsy ett program för varje ny elev, något man bör sträva efter.

Detta är bara några exempel på vetenskapligt utprovade program. Det finns dessutom program för speciella problem, exempelvis sexualbrott och mordbrand.

Förslag på lämplig litteratur:

- Gibbs, J.C., Potter, G.B. & Goldstein, A.P. (1995). *The EQUIP Program*. Champaign. Research Press.
- *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 60, 953–961.
- Ross, R.R., & Fabiano, E.A. (1985). *Time To Think. A Cognitive Model of Delinquency Prevention and Offender rehabilitation*. Johnson City. Institute of Social Sciences and Arts.

Mer information kan lämnas av Sundbo ungdomshem som även har en manual för ART.

6.2 Vägvalet – ett program för kriminella ungdomar

Gunnar Bergström har i boken "Kriminalitet som livsstil" beskrivit en teoretisk modell om kriminalitet. Modellen grundar sig på Walters teori om "the criminal lifestyle", som Bergström kompletterat bland annat med utgångspunkt från sitt arbete med kriminella ungdomar och vuxna: avskärmning, utvaldhet, makt-kontrollbehov, sentimentalitet, superoptimism, intellektuell lättja samt osammanhängande tankar. Eftersom Bergström ser det kriminella beteendet som en funktion av de attityder och tankar som en person har om en situation måste den kriminelle först ändra sitt sätt att tänka innan han kan ändra sitt beteende.

Bergström har med utgångspunkt från teorin om kriminalitet som en livsstil skapat särskilda behandlingsprogram. Ett program "Vägvalet" riktar sig till unga kriminella medan "Utmaningen" riktar sig vuxna. De klienter som är lämpliga för dessa program är personer som har en kriminell livsstil eller som är i farozonen för att hamna där. En särskild intagningsrutin säkerställer att klienten får en riktig behandling. Den personal som skall arbeta med programmet måste först genomgå en särskild utbildningsinsats om 40 timmar.

Programmen omfattar i sin helhet cirka 30 gruppträffar och programtäteten bör vara minst två gånger per vecka.

Gruppbehandlingen bör dock i vissa fall kompletteras med individuella behandlingsinsatser.

Behandlingsprogrammet är indelat i tre faser:

1. Upptäcktsfasen där man arbetar med föredrag, lektioner och gruppdiskussioner för att få den kriminelle att se drivkrafter och mönster i kriminaliteten.

2. Kognitivt inriktade insatser för att utmana de kriminella tankemönstren och finna bättre sätt att tänka på.
3. Arbete med skuldfrågan och "rätt och fel". Arbetet i denna fas är influerat av den s.k. Minnesotamodellen.

Förslag på lämplig litteratur:

- Gunnar Bergström, *Kriminalitet som livsval*, Égalité och Johansson & Skyttmo Förlag 1997.

Närmare information om manual och arbetsmaterial kan lämnas av Gunnar Bergström, Firma Pedagogkonsulten.

7. Kriminalvårdens arbete med ungdomar

7.1 Metodutveckling inom kriminalvården

Kriminalvården har under de senare åren försökt utveckla metoder i arbetet med att på ett effektivt sätt angripa unga lagöverträdarens kriminalitet såväl på kriminalvårdsanstalterna som inom frivården. Det är därför intressant att studera kriminalvårdens arbetsmetodik närmare.

7.2 Kriminalvårdsanstalten Norrköping

KVA Norrköping tar emot ungdomar upp till 25 år. Ungdomarnas gemensamma nämnare är att samtliga begått mycket grova och råa gärningar. Strafftiden är mer än fem år och medelstrafftiden tio år. Målgruppen benämns som personlighetsstörda med udda syndrom. De ungdomar som placeras på Norrköpingsanstalten skall helst vara tidigare ostraffade. När de inte kan fängelsesystemet är det lättare att få dem att fungera på de små avdelningarna nära personalen.

På Norrköpingsanstalten finns tre små avdelningar med fem platser på varje som är särskilt avsedda för ungdomarna. Anstalten använder sig av "den lilla gruppens princip" och ungdomarna får inte träffa andra intagna på anstalten. Inskrivningsproceduren är speciell. Den intagne tas emot av personalen som förbereder för livet på avdelningen och talar om behovet av och den intagnes vilja att förändra sitt liv. Personalen har sedan regelbundna utvecklingssamtal med de intagna. Anstaltsvistelsen bryts ner i perioder om sex till åtta månader, vilket ger hopp för de intagna.

Personaltätheten är hög. Normalt sett är det tre personal på fem intagna under dagtid. Om nätterna är de intagna inlåsta i sina rum. Personalen följer de intagna i alla former av aktiviteter. Sysselsättningen består huvudsakligen av studier. Avdelningarna har också tillgång till en stor slöjdsal.

Ett viktigt inslag är de kulturella aktiviteterna – skrivarcirkel, konstcirkel och drama. I dessa verksamheter kan de intagna bearbeta sin aggressivitet. Särskilt verksam är dramacirkeln, där man arbetar mycket med att lära de intagna att tåla kränkningar. Aggressiviteten bearbetas också i individuella psykodynamiskt inriktade psykologsamtal och i ett särskilt program, "Cage your Rage", skrivet av en psykolog Murray Cullen. I programmet diskuteras våldet ur olika synvinklar tillsammans med kontaktmannen och psykologen. Samtalen om brotten och våldet har bidragit till att sänka spänningarna på anstalten.

Efter ungefär ett år på den lilla avdelningen har den intagne delvis fått möjlighet att bearbeta sin aggressivitet. Han kan då sakta föras över till de andra avdelningarna med fler intagna och lägre personaltäthet. Utslussningen från fängelset kan ske från fängelsets frigångsavdelning alternativt via andra vårdgivare. Nyckeln till anstaltens framgångar är den lilla gruppen, där den intagne "vaccineras" för framtiden. Den långa fängelsetiden utgör ett incitament för den intagne att förändra sitt liv.Handledningen av personalen är viktig. Var 14:e dag har personalen möte. Vid detta tillfälle har man ofta utbildningsinsatser för personalen.

7.3 Programverksamheten inom kriminalvården

Kriminalvården har satsat på programverksamhet inom såväl anstaltssystemet som inom frivården. Olika typer av programverksamheter vänder sig till rattfyllerister, narkotikamissbrukare och personer med upprepade kriminalitet. *Cognitive Skills* är ett undervisningsprogram, som tar sikte på att utveckla deltagarnas kognitiva förmåga, deras sätt att tänka. Deltagarna tränas bl.a. i att "i förväg" inse och överväga konsekvenserna av sina handlingar i syfte att avstå från olika destruktiva handlingar. I *lösningfokuserade program* utgår arbetssättet från att klienten har egna resurser och idéer till hur hans/hennes problem skall lösas. Vägen till lösningen går via små, successiva steg, i vilket klientens nätverk deltar och där klienten har ett stort eget ansvar. *Slagugglan* är ett program som vänder sig till våldsbrottslingar och *Drognyckeln* är ett pedagogiskt program för missbrukare. *Rånarprogrammet*, som använts för ungdomar med långa strafftider på KVA Mariefred, vänder sig till ungdomar som begått allvarliga rån. Kriminalvården använder sig också av *Vägvalet* ett program som beskrivs mera utförligt under avsnittet korttidsprogram.

8. Medling

Medling utgår från teorier där man försöker finna en lösning som ger brottsoffret upprättelse samtidigt som gärningsmannen tillrättavisas och får insikter i konsekvenserna av sitt brott. Dessa teorier bygger på att den sociala kontrollen i samhället skall stärkas och att rättviseskippinget skall tas ned på individnivå. Andra begrepp för medling är förlikning, som det kallas i Finland och brottsofferkonfrontation eller konfliktrådsbehandling som det kallas i Norge.

Medlingsprogram finns på flera håll i USA, övriga Europa och i Sverige. Det första medlingsprogrammet i modern tid startade i Ohio år 1971 som ett alternativ till domstolsförandet för att undvika de förseningar, utgifter och obehag som var förenade med dessa. Internationellt sett fungerar medling som ett alternativ till vanlig rättegång medan medlingsverksamheten fortfarande är i sin linda i Sverige.

Medling är den situation där brottsoffer och gärningsman möts i närvaro av en medlare för att diskutera brottet och i de flesta fall konstruera ett avtal som skall gottgöra brottsoffret. Det finns olika syften med medlingsprogrammen bland annat med avseende på om de ses som ett alternativ för gärningsmannen eller som stöd för brottsoffret. Vissa medlingsprogram koncentrerar sig på mötet mellan gärningsman och offer, medan andra syftar till att en gottgörelse skall komma till stånd.

Utvärderingar visar att medlarens roll är viktig och att parterna är väl förberedda innan de möts. Båda parter måste känna sig trygga med medlaren innan de möts. Medlaren bör dels vara en person som är lämpad, men också särskilt utbildad för att klara sin uppgift. Gärningsmannen bör vara motiverad att träffa offret och han måste erkänna brottet för att mötet skall vara verkningsfullt. Vissa medlingsprojekt anser att gärningsmannens föräldrar bör vara med vid mötet medan andra anser att medlingsprocessen försvåras eller blir mindre verkningsfull om så är fallet. Mottagningsavdelningarna respektive akut- och utredningsavdelningarna bör med fördel kunna använda sig av medling för unga lagöverträdare. Detta kräver dock särskild kompetens. Samarbete kan byggas upp med socialtjänsten i kommuner som arbetar med medling för få tillgång till de medlare socialtjänsten utbildat åtminstone i ett inledningsskede. Medling kan lämpligen ingå som en naturlig del i program som arbetar särskilt med den unges kriminalitet.

Förslag på lämplig litteratur:

- Nehlin, C, Lindström, P & Svanberg, K, *Medling vid brott*, Kommentus förlag, 1998.

9. Professionellt institutionsprogram för unga missbrukare

Målet är att öka ungdomarnas förmåga att klara av sina liv på ett bra sätt. Det innebär att minska deras missbruk och kriminella beteende och öka deras engagemang i utbildning och arbete.

Programmet baseras på social inlärningsteori, en transteoretisk modell för förändring samt en social-stressmodell.

Programmet har ett holistisk ansats, d.v.s. det riktar sig till alla områden i den unges liv, där behov av förändring finns. Om inte alla behoven kan tillgodoses inom programmet får man söka lösningar utanför institutionen.

Programmet ska omfatta utredning och bedömning av behandlingsbehov, det ska kunna möta ungdomarnas omedelbara behov, ge utbildning om droger och deras konsekvenser både i grupp och enskilt.

Vidare krävs motivationsintervjuer som syftar till att ungdomarna ska börja överväga att förändra sitt missbruksbeteende. Ungdomarna behöver också utveckla sina personliga färdigheter vad gäller att hantera t.ex. negativt tänkande, humörsvingningar, beslutsfattande. Det kan ske individuellt eller i grupp. De behöver också utveckla sin sociala kompetens som t.ex. förmågan att kommunicera med andra. För att öka den psykosociala mognaden och insikten om de egna problemen kan psykoterapeutisk behandling i grupp eller individuellt behövas. Att träna sig i att motstå kamrattryck och att hålla fast vid egna beslut är en annan ingrediens i programmet liksom att få erfarenheter av sociala aktiviteter i drogfria miljöer.

Familjeprogram som omfattar familjeterapi, utveckling av föräldrarnas färdigheter och stödgrupper för föräldrar behövs för att utveckla och förbättra familjefunktionen. Det är också viktigt att ingjuta framtidstro hos ungdomarna genom att de får stöd från personalen och möjlighet till egna positiva upplevelser. I programmet ingår också träning för ett självständigt liv som t.ex. matlagning, ekonomi, hygien, hälsofrågor och förmåga att fungera i samhället gentemot myndigheter och andra serviceorganisationer. Undersökning av den unges status vad gäller fysisk och psykisk hälsa samt skolkunskaper ingår alltid samt en plan för att komma tillrätta med de huvudsakliga bristerna i dessa avseenden.

Återfallsprevention som syftar till att kunna upprätthålla ett nyktert och drogfritt liv efter behandlingen är en viktig del av behandlingsprogrammet. Likaså är det väsentligt med en planerad utslussning där den unge hänvisas till de fortsatta stödsatser som han eller familjen behöver. Här ingår även olika former av stödgrupper m.m.

Förslag på lämplig litteratur:

- Spooner, C., Mattick, R. & Howard, J. (1996), *The nature and treatment of adolescent substance abuse*, National Drug and Alcohol Research Centre, Monograph nr 26, University of New South Wales.

10. Allmänt om psykodynamiskt inriktad behandling

Under senare decennier har den inriktning inom psykologin som kallas psykodynamisk psykologi varit tämligen dominerande bland terapeuter vid de särskilda ungdomshemmen. Den är starkt präglad av psykoanalytisk tradition med dess noggranna studium av de psykiska krafter som verkar inom och mellan människor. Dessa krafter antas till stor del vara av omedveten natur och måste förstås i ljuset av individens tidigare utvecklingshistoria och ofta den allra tidigaste. Klienten har mer eller mindre fullständigt bortträngt minnet av ångestgenerande upplevelser och har själv ingen uppfattning om deras patogena egenskaper. Människans handlingar och reaktioner – även de som kallas psykiska symptom – vill man inom den dynamiska psykologin se som i princip meningsfulla och förståeliga. Insikt i psykologisk mening innebär att klienten genom samtal med terapeuten återfår ett medvetet minne vad gäller de traumatiska händelserna och får klart för sig sambandet mellan dessa händelser och den aktuella psykiska störningen. Klienten kan få tillfälligt stegrad ångest under terapin när bortträngda upplevelser och mindre fördelaktiga personlighetsdrag kommer fram i behandlingen.

Terapier som utgår från psykodynamisk teori

- *Insiktsterapi*

Psykodynamisk terapi utgår från det väsentliga i den terapeutiska relationen mellan terapeut och klient. Klientens problem ses som symptom på omedvetna konflikter.

Stor vikt i det terapeutiska arbetet läggs vid klientens tankar, föreställningar och drömmar och deras betydelse i utvecklingen av symptom.

Syftet med terapin är att få klienten att öka sin insikt om sig själv och sina relationer till andra. Tidigare relationsbrister medvetandegörs och de omedvetna konflikterna minskar. En bearbetande terapeutisk behandling kräver en klient som är motiverad under lång tid. Klienten måste också ha möjligheter att kunna hantera ångest som genereras under behandlingen.

I psykodynamisk korttidsterapi (ca 5–15 samtal) liksom i långtidsterapi (ca 40–100 samtal) arbetar man med omedvetna föreställningar, vilka tolkas och bearbetas. Terapeuten är dock mer aktiv, djärvare och snabbare i korttidsterapi, vilket ger en tidsvinst till priset av sämre precision i tolkningarna.

- *Stödterapi*

Stödterapi är troligtvis den vanligaste terapiformen vid de särskilda ungdomshemmen. Fokus läggs vid symptom och manifesterade beteenden. Terapin syftar till att förbättra klientens relationsförmåga och sociala beteende, självkänsla och förmåga att klara psykisk belastning. Terapeuten bearbetar inte den grundläggande personligheten eller omedvetna konflikter utan identifierar de problem som finns idag och söker efter effektivare strategier. Den djupare meningen i beteendet eller dess historiska rötter är inte viktiga i stödterapi. Delmål är att upptäcka och stärka de goda jagfunktionerna och minska ångest, vidare att hjälpa klienten till god realitetsprövning, inte minst vad gäller förmågor och brister.

Vissa terapier börjar som rena stödterapi men utvecklas successivt i bearbetande riktning. Klienternas jagstyrka förbättras ibland så att mer inslag av tolkning och grundläggande personlighetsutveckling kan införas.

- *Miljöterapi*

Den miljöterapeutiska grundsynen har utarbetats för att tillgodose de speciella behoven vid institutionsbehandling och kan ses som en speciell skola inom psykodynamisk teori. I arbetet på ungdomsinstitutioner har relationsfrågorna en ovanligt stor, ofta avgörande betydelse och arbetet sker därför utifrån en grundsyn som i särskilt hög grad betonar just dessa.

Att utveckla en stabil och trovärdig social struktur på institutionen blir en överordnad uppgift i miljöarbetet. Fokus sätts på miljöns materiella/fysiska, sociala och psykologiska sidor med målen att utveckla eleverna. Den miljöterapeutiska strukturen skall kunna ses som en illustration till omvärlden där vissa väsentliga betingelser är under kontroll. Grundtanken är att institutionen med dess medarbetare och elever, utnyttjar den dynamik som uppstår till att utveckla och förändra elevernas mönster. Elevers organisation av egna erfarenheter (den inre strukturen) påverkas av och påverkar institutionsmiljön (den yttre strukturen). Miljöarbetet, d.v.s. det dagliga arbetet på institutionen organiseras och struktureras på ett sådant sätt att eleven kan uppfatta den yttre strukturen och relationerna till de vuxna som trovärdiga.

För att utveckla och upprätthålla en stabil och utvecklande social yttre struktur på institutionen förutsätts att kontinuitet i relationerna mellan personal och elev förekommer på institutionen i syfte att relationerna skall bli pålitliga och utvecklande. Personalen på institutionen måste kunna ta emot elevens sorg och ilska utan att förlora sin psykiska balans. Eleven skall vara aktiv i sin egen problemlösning. Detta motverkar passivisering och institutionalisering. Inom ramen för miljöterapeutiska program kan såväl psykodynamisk som kognitiv terapi användas.

Förslag på lämplig litteratur:

- Cullberg, J. *Dynamisk psykiatri*, Natur & Kultur, Stockholm, 1990
- Malan, D. *Psykotterapi och psykodynamisk vetenskap*, Natur & Kultur, Stockholm, 1981.
- Tähkä, V. *Psykoanalytisk psykotterapi*, Natur & Kultur, Stockholm, 1987.

11. Tolvstegsbehandling

Tolvstegsprogrammet eller den s.k. Minnesotamodellen ser beroendet som en sjukdom. Individen behöver därför inte lasta sig själv för sitt drickande. Tron på en högre makt ger skuldavlastning. Behandlingen är uppbyggd i tolv steg, där det första steget innebär att man erkänner sitt beroende. I en behandling enligt tolvstegsmetoden ges lektioner om kemiskt beroende ur olika synvinklar. Eleverna får kännedom om sjukdomsbegreppet, förnekandet, återfallsprevention m.m. I gruppterapi talar eleverna om konsekvenser av missbruket och hur det påverkar deras liv. Genom identifikation med andra missbrukare får eleven insikt och styrka och kan börja ta ansvar för sitt tillfrisknande.

En viktig del av behandlingen är anhörigveckorna som syftar till att medvetandegöra anhöriga och andra närstående om rollerna i en familj med drogberoende och visa på vägar ut ur problemen med hjälp av självhjälpgrupper. Behandlingen följs av regelbunden medverkan i självhjälpgrupper i AA (Anonyma alkoholister) eller NA (Anonyma narkomaner). Institutioner som arbetar med ungdomar utifrån tolvstegsmetoden har ofta modifierat programmet något för att passa ungdomarnas speciella behov.

Förslag på lämplig litteratur:

- Kinnley & Leaton, *Att släppa taget*, Studentlitteratur 1997.
- Nacken, C. *Jaget och missbrukaren*, Proprius förlag, Stockholm 1996.

12. Undervisningsgrupper för ungdomar med missbruksproblem

Den här typen av gruppverksamhet kan med fördel användas på alla institutioner för ungdomar med missbruksproblem. Grupperna bör ta fasta på att ge kunskap om droger och drogeffekter inklusive dess medicinska konsekvenser. De bör även ta upp vad drogberoende innebär samt vilka effekter missbruk har på familjen liksom drogmissbruk i ett flergenerationsproblem och medberoende. Det övergripande syftet bör vara att den unge bättre ska förstå sitt eget missbruk. Information om olika stödsystem som AA, Al-anon och Alateen bör också förekomma. Andra viktiga frågor som kan behandlas i grupper är frågor om sex och samlevnad och HIV/AIDS och hur man skyddar sig mot den sjukdomen. Även sexuella övergrepp och dess konsekvenser kan behandlas i gruppverksamhet. För de frågor som berörs i detta avsnitt bör man arbeta med separata grupper för flickor och pojkar.

Förslag på lämplig litteratur:

- U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (1994), *Assessing Drug Abuse among Adolescents and Adults*, Clinical Report series, Washington D.C., NIH Publication No. 94-3757.

13. Återfallsprevention

Metoden har utvecklats av Marlatt och Gordon (1980, 1985) och syftar till att upprätthålla ett nyktert beteende. I korthet innebär det att lära sig att identifiera högrisksituationer där ett återfall kan tänkas ske. Det kan ske genom att föra dagbok eller genom att fantisera kring potentiella högrisksituationer. Klienten skall lära sig att känna igen signaler som är associerade med dessa situationer samt öva in vissa färdigheter som syftar till att undvika återfallet. Några allmänna färdigheter som tränas är avslappning och problemlösningsprocedurer. Det gäller också att tänka tillbaka på liknande situationer när man lyckats motstå ett återfall och att påminna sig de negativa effekterna som alkohol och droger har på ens liv. I vissa fall kan klienterna få som hemläxa att utsätta sig för risksituationer för att se om de klarar av att undvika återfall. Detta förväntas stärka deras förmåga i framtiden. Eftersom återfall trots allt är så pass utbrett får man också träna sig i att när dessa inträffar kunna avbryta så snart som möjligt.

Förslag på lämplig litteratur:

- Marlatt, G.A. & Gordon, J. R., (eds) (1985), *Relapse prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviours*, New York, Guilford Press.
- Rönnberg, S. & Sandahl, C. (1988), *Sju steg till minskat alkoholberoende*, Studentlitteratur, Lund

14. Äventyrsbehandling

Äventyrs- och upplevelsebaserade korttidsprogram är ett komplement till institutionsvården. Dessa program utgör ett medel att på ett effektivt sätt närma sig ungdomar, öka deras självkänedom och stärka deras tilltro till sin egen och andras förmåga. Det väsentliga i äventyret är att acceptera en utmaning och klara av en ny och krävande uppgift. Genom äventyr och spänning får ungdomarna uppleva framgång och successivt flytta fram gränserna för sin förmåga. De får också utlopp för sin energi och det behov av spänning och omväxling som är utmärkande för åldersgruppen, men som kan vara svårt att tillgodose inom den slutna institutionsvården.

Äventyrspedagogiska program har internationellt sett fått allt större genomslag. Konklusionen från många studier är att metoderna har mycket positiv effekt på ungdomar med svåra sociala och emotionella problem.

Äventyrsprogram kan användas för att bryta ett invant mönster eller när behandlingen inte går framåt alternativt som en del av utslussningen från institutionen. Programmet kan också användas som en del av institutionernas strukturerade grupp- eller programverksamhet.

Förslag på lämplig litteratur:

- Flavin, M, Kurt Hahn's Scholls and Legacy Published by Middle Atlantic Pr, okt 1996, ISBN, 0912608781.
- Henley, Thom, *Rediscovery – A Guidebook to Outdoor Education*, Western Canada Wilderness Committee, 1996.
- Gass, MA, *Adventure Therapy*, Kendall/hunt publishing 1993, ISBN 0-8403-8272-3
- Eriksson, I. *Första året med Camp Change*, SiS-rapport 1997:7.