

Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsning 2002-2007

Slutredovisning 2008-03-15

KRIMINALVÅRDENS
SÄRSKILDA NARKOTIKA-
SATSNING 2002-2007

SLUTREDOVISNING 2008-03-15

Birgitta Göransson

Layout: Tina Ehsleben, Kriminalvården, Utvecklingsenheten, 2008
Tryckning: Kriminalvården, Reprocentralen, 2008

Ytterligare exemplar kan beställas från:
Kriminalvårdens huvudkontor, Förlaget, 601 80 Norrköping. Fax nr: 011-496 35 17

Hemsida: www.kriminalvarden.se

Beställn.nr: 4969

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
MÅLGRUPPEN NARKOTIKAMISSBRUKARE.....	4
KRIMINALVÅRDENS NARKOTIKAHANDLINGSPLAN	5
IMPLEMENTERINGSSTRATEGI.....	8
”What Works”.....	8
ORGANISATION.....	8
STRATEGIOMRÅDE - IDENTIFIERING OCH KARTLÄGGNING AV MISSBRUKARNAS PROBLEM OCH VÅRDBEHOV	9
Uppsökande verksamhet.....	9
Kartläggning med ASI (Addiction Severity Index)	10
ASI/PU.....	11
STRATEGIOMRÅDE - DIFFERENTIERING AV NARKOTIKAPLATSER	11
Utgångspunkten för samtliga platser	12
Utvecklingen av narkotikaplatserna.....	12
STRATEGIOMRÅDE - MOTIVATION OCH BEHANDLING	13
Motivation	13
Programverksamhet	13
Läkemedelsassisterad behandling m.m.	15
HIV information	16
Vårdvinstelser.....	16
Kontraktsvård.....	17
Vaccinationsprogram	18
STRATEGIOMRÅDE - KONTROLL OCH SÄKERHET	19
Forskningsinsatser	20
BRÅ:s utvärdering.....	20
Andra studier initierade av Kriminalvården	21
SAMMANFATTANDE RESULTAT OCH LÄRDOMAR AV DEN SÄRSKILDA NARKOTIKASATSNINGEN..	22
Syfte och mål	22
Underlättande faktorer.....	23
Begränsande faktorer.....	24
SAMMANFATTANDE SLUTSATSER.....	25
LITTERATURFÖRTECKNING	26
BILAGA	27
PROGRAMBESKRIVNINGAR	27

INLEDNING

Regeringen tillsatte år 1998 en narkotikakommission. Kommissionens uppdrag var att utvärdera samhällets narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet och föreslå möjliga effektiviseringar (SOU 2000:126). Kommissionen konstaterade att omfattande nedskärningar och nedprioriteringar under 1990-talet hade skapat stora brister inom det förebyggande arbetet och inom den vård och behandling som erbjöds missbrukare. Man pekade på kriminalvården som en viktig plattform för insatser i narkotikabekämpningen. Regeringen presenterade en narkotikapolitisk handlingsplan för åren 2002-2005 som betonade att förebyggande arbete, brottsbekämpning och behandling är lika viktiga. Regeringen avsatte 325 mnkr under åren 2002 till 2004 varav 100 mnkr under tre år reserverats för en särskild narkotikasatsning inom kriminalvården.

Den särskilda narkotikasatsningen fortsatte även under 2005. I regleringsbrevet för 2006 och 2007 fick Kriminalvården i uppdrag att fortsätta satsningen för att bekämpa narkotikamissbruket bland kriminalvårdens klienter i enlighet med vad som angavs i propositionen Nationella alkohol- och narkotikahandlingsplaner (prop 2005/06:30). I syfte att förbättra samverkan mellan Kriminalvården, kommunerna och andra aktörer skulle Kriminalvården upprätta samverkansavtal med kommunerna avseende förfarandet vid kontraktsvård och § 34, utveckla lokalt utformade baskontrakt för olika klientgrupper samt verka för att samverkan med andra aktörer på området utvecklas. 30 mnkr reserverades 2005, 40 mnkr år 2006 och 50 mnkr 2007. Medlen täckte del av kostnader för programledare vid behandlingsavdelningar, uppsökare och hundförare.

Kriminalvården avsätter mycket stora resurser för narkotikabekämpning. Behandlingsinsatser under tiden i anstalt i form av programledare, uppsökare och tjänster för kartläggning kostar ca 80 mnkr/år, behandling i form av kontraktsvård ca 200 mnkr och vårdvistelse under del av fängelsestraffet (f d § 34) ca 100 mnkr. Till detta kommer utbildningsinsatser i kartläggningsmetoder, program, läkemedelsassisterad behandling, handledning för vårdpersonal etc. På säkerhetssidan har insatser för att försvåra införsel av narkotika krävt mycket resurser alltifrån att öka anstaltsområdet för att försvåra inkast, till kameror, hundar och ökade visitationer.

MÅLGRUPPEN NARKOTIKAMISSBRUKARE

I kriminalvårdens häkten, anstalter och i frivården befinner sig varje dag uppskattningsvis mellan 9-10 tusen klienter, som har mer eller mindre uttalade problem med narkotika. Den 1 oktober 2006 var andelen narkotikamissbrukare inskrivna i anstalt 55 procent. Nästan 40 procent av dem som togs in i anstalt 2006 var dömda för brott mot narkotikastrafflagen. År 1997 var andelen 28 procent. Den grupp av narkotikamissbrukare som skattas som grava narkotikamissbrukare har ökat under senare år, särskilt inom gruppen som dömts till korta fängelsestraff. Inom frivården bedöms 47 procent av alla som står under övervakning vara narkotikamissbrukare. Det är en ökning med 11 procent jämfört med tio år tidigare (KROD, 2007).

Den vanligaste utdömda strafftiden för fängelse var år 2006 mellan två och sex månader, 15 procent av de lagförda var kvinnor. Lagföringar i åldersgruppen 30 -39 år är den grupp som ökat mest från 2005 till 2006 (BRÅ, 2007:24). Siffrorna kan sägas utgöra en spegel av polisens arbetssätt med ett större antal gripanden av tunga missbrukare.

I en studie av narkomanernas levnadsförhållanden (Ekbohm, 2006) konstateras att narkotikamissbrukare är en speciellt utsatt grupp. När arbetslösheten ökar drabbas dessa människor först och mest. Under 1990-talet har gruppen narkotikamissbrukare i allt högre utsträckning drabbats av sjuklighet, dödlighet, fattigdom, arbetslöshet och bostadslöshet. Av undersökningen dras slutsatsen att vi har en allt mer marginaliserad narkomanpopulation som har svårare att återvända till ett mer ordnat liv. Andelen narkomaner med en ansamling av problem har under perioden ökat från 3 till 8 procent. Flest lagföringar hade amfetaminmissbrukare. Mer fakta om kriminalvårdens narkotikamissbrukare redovisas nedan i avsnittet om ASI

KRIMINALVÅRDENS NARKOTIKAHANDLINGSPLAN

Målsättningen med kriminalvårdens narkotikasatsning var att

- samtliga narkotikamissbrukare som kommer i kontakt med kriminalvården skall identifieras, bl.a. genom uppsökande verksamhet på häkten, och utredas avseende problem och behov och erbjudas adekvat vård,
- missbrukarnas problematik, behov och önskemål skall beaktas vid anstaltsplacering,
- intagna som inte vill komma i kontakt med narkotika skall erbjudas en narkotikafri verkställighet,
- de missbruksrelaterade programmen skall utvecklas och utvärderas,
- fler narkotikamissbrukare skall genomgå de missbruksrelaterade programmen,
- kraftigt minska införsel av narkotika på anstalter och häkten,
- utveckla samverkan inom och mellan lokala kriminalvårdsmyndigheter samt med andra myndigheter,
- personalen skall ha kunskaper som är relevanta för arbete med bl.a. motivation av missbrukare.

En arbetsgrupp fick i uppdrag att lämna förslag på åtgärder inom kriminalvården. Arbetsgruppens medlemmar var särskilt sakkunniga inom drogområdet med olika expertkunskap inom medicinsk- och psykosocial behandling, programverksamhet, forskning och säkerhet. Den fick namnet Centrala beredningsgruppen för drogfrågor (CDG).

Den centrala beredningsgruppen (CDG) baserade sin handlingsplan på den internationella och svenska forskning som fanns tillgänglig 2000 och skrev ett förslag till handlingsplan i rapporten. "Insatser mot narkotika, Forskningsbaserad narkomanvård" daterad januari 2002.

Olika strategiområden identifierades där åtgärder behövde vidtas. Områdena var:

- Identifiering och kartläggning av missbrukarnas problem och vårdbehov genom uppsökande verksamhet och införande av en kartläggningsmetod, Addiction Severity Index (ASI).
- Differentiering av anstaltsplatser genom att öronmärka särskilda avdelningar för narkotikamissbrukare.

- Motivation och behandling genom att utveckla motiverande samtal och förhållningssätt och införa evidensbaserade påverkansprogram. Läkemedels-assisterad behandling skulle prövas.
- Säkerhet och kontroll genom att förhindra införsel av narkotika, öka visitationer och kontroll i olika avseenden.
- Samverkan genom att utveckla samarbete mellan socialtjänst och kriminalvård och mellan häkte, anstalt och frivård.
- Kompetensutveckling genom utbildning i motiverande samtal, kartläggningsmetoder och nationella program.

Det var nödvändigt att sätta in åtgärder inom samtliga strategiområden samlat eftersom de kompletterade varandra och var varandras förutsättning. Planen måste också omsättas snabbt. Regeringen krävde tydliga resultat genom krav på återrapporteringar. Brottsförbyggande Rådet (BRÅ) fick även i uppdrag att genomföra en utvärdering av narkotikasatsningen med en första återrapportering redan år 2003. I princip hade narkotikasatsningen endast startat och pågått ett år vid det tillfället. Resultaten redovisas senare i kapitlet. Häkte och anstalt kom att prioriteras under de första åren och från och med år 2004 omfattades även frivården av satsningen.

Den samhällsutveckling som beskrevs av Narkotikakommissionen med bibehållen kontrollpolitik men nedskärningar av behandlingsåtgärder präglade också kriminalvårdens verksamhet. 85 procent av extramedlen kom därför att öronmärkas till rehabiliterande insatser. Resurser fördelades i form av tjänster till de olika enheter som fick myndighetsuppdrag inom narkotikasatsningen. Det fanns extra medel motsvarande 100 tjänster som fördelades på uppsökande tjänster vid häkten, programledartjänster, ASI-utredare och tjänster för stöd och utveckling av Motivational Interviewing (MI). Antalet tjänster till de olika enheterna var få men blev ändå på grund av sin öronmärkning och specialisering en källa till inspiration och motivationshöjande engagemang hos all personal.

Kriminalvårdens eget bidrag för att genomföra narkotikasatsningen var stort både lokalt och centralt, uppskattningsvis 400 mnkr per år genom programutbildning, köpta vårdplatser, kontraktsvård i öppen och slutna form, urinprovstestning m.m. På alla narkotikaenheter lämnas urinprov kontinuerligt. Kontraktsvård är en frivårdspåföljd som innebär att en missbrukare kan gå direkt från häkte till en öppen eller slutna vård. Kriminalvården betalar en vårdgivare för den vårdtid den dömda skulle vistats i fängelse. Om vården inte fullföljs verkställs i stället påföljden.

Medlen för den särskilda narkotikasatsningen överfördes till kriminalvården hösten 2002. Då planerades de insatser som beskrevs i handlingsplanen 2002 till 2005. Insatserna inom de olika strategiområdena måste prioriteras och kriminalvården valde då att koncentrerade insatser verksamhetsgrenarna häkten och anstalter. Handlingsplanen 2006 kompletterades med utveckling av frivårdens arbete och handlingsplanen 2007 med utveckling av nya läkemedels-assisterade behandlingsmetoder. Verkligheten med ändrade förutsättningar och nya forskningsrön har förändrat organisation och innehåll men inget strategiområde har övergivits utan alla områden har fortsatt med aktiva insatser.

Narkotikasatsningen år 2006 inom frivården omfattade följande uppdrag:

- Upprätta samverkansavtal med kommunerna om kontraktsvård och 34 § KvaL.

- I samverkan med kommunerna och beroendeenheterna utveckla nya kontraktsvårdsalternativ och öka antalet förslag till kontraktsvård. Frivården ska utveckla samverkan med andra vårdgivare med mål att skapa ett antal baskontrakt med vårdinnehåll och/eller vårdkedjor som kan innefatta såväl institutionsvård som öppenvård beroende på klientgruppens vårdbehov. Särskilda samverkansfora med tydlig ansvarsfördelning ska finnas. Nya kontraktsvårdsalternativ med läkemedelsassisterad behandling ska utvecklas i samverkan med beroendeenheter.
- Skapa förutsättningar för gemensam individuell planering av verkställigheten.
- Öka antalet vårdvistelser.
- Öka annan fortsatt missbruksvård.
- Genomföra ASI/Pu på identifierade missbrukare.
- Öka antalet kontraktsvårdsutredningar.

Uppdraget i frivården gäller också för åren 2007 och 2008.

År 2006 ändrades CDG:s sammansättning till att bestå av representanter från varje region och antalet experter har istället minskat. Från och med år 2008 heter gruppen Nationellt Nätverk för Drogfrågor (NND). Arbetet inom de olika strategiområdena ska fortsätta under året med förstärkt intensitet.

Särskild inriktning 2008:

- Uppsökarna ska använda instrumenten AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) och DUDIT E. Resultatet av denna screening skall följas upp i samtal. De missbrukare som befins ha utvecklat ett beroende skall erbjudas kontakt med beroendeklinik.
- Fortsatt utveckling av behandlingsanstalterna med särskilt stöd till anstalter i enlighet med behov som påvisats i Brå:s utvärdering av intagnas upplevelse av vårdmiljön.
- Arbetsdrift, klientutbildning, friskvård, föräldrautbildning, konstnärliga och kulturella aktiviteter ska utvecklas och på olika sätt stärka effekten av BoM program. Fokus bör läggas på att öka, utveckla och följa upp de olika alternativ till utsluss som är tillgängliga: vårdvistelse, frigång, utökad frigång, och halvvägshus.
- Anstalternas sjukvårdsenheter och frivården skall samverka med beroendeenheter i enlighet med de riktlinjer som kriminalvården arbetat fram för läkemedelsassisterad behandling vid ADHD och heroinmissbruk.
- En för kriminalvården anpassad basmodell för nätverksarbete, ska successivt införas under 2008 i den takt regionerna hinner utbilda personal med uppdrag inom narkotikasatsningen och ungdomssatsningen.
- Samarbetet och informationsutbytet mellan säkerhetsorganisation och behandlingsorganisation ska göras tydligare, struktureras och öka på alla nivåer.

- Frivården skall samverka med uppsökare när det gäller att skapa kontakt med beroendekliniker för intagna i häkte samt tillsammans med öppen narkomanvård och socialtjänst stödja utveckling av nätverksarbete. Frivården skall sträva efter gemensamma mottagningar där klienter med samsjuklighet och föreskrifter kan tas om hand på ett effektivt sätt.
- Ett förslag på fortbildning för personal inom narkotikasatsningen utreds för att genomföras under 2008 i samråd med regionkontoren.

IMPLEMENTERINGSSTRATEGI

”WHAT WORKS”

Kriminalvårdens narkotikasatsning utgår från de principer som gäller för ”What Works”. Begreppet innefattar att alla insatser för att påverka återfall i brott och missbruk måste utgå från bedömningar av den dömdes risk för återfall i brott och behov av insatser. Kartläggningar av olika slag måste genomföras. Insatserna i sig måste vara evidensbaserade vilket betyder att de i utvärderingar visat sig ha effekt på återfall i brott och missbruk. Programledarna måste vara utvalda utifrån lämplighet och förmåga till engagemang och ”vårdmiljön” på enheten måste stödja insatserna. Dessutom tillkommer kvalificerade frigivningsförberedelser, eftervård på behandlingshem eller i öppenvård.

ORGANISATION

Implementeringen av narkotikasatsningen inom kriminalvården genomfördes genom den ordinarie operativa ledningsorganisationen. Syftet var att skapa en intensifiering av kriminalvårdens totala insatser för att bekämpa narkotikamissbruk och minska återfall i narkotikabrott och inte att i projektform pröva ett visst arbetssätt. En kostsam och parallell projektorganisation skulle inte byggas upp utan personal i verksamheten skulle genomföra insatserna. Regioncheferna analyserade i dialoger med varje myndighet förutsättningar och möjligheter att genomföra de särskilda narkotikainsatserna. Enheterna fick därefter i uppdrag att inrätta olika typer av platser, uppsökare på häkten, hundförare, programverksamhet m.m. Insatserna har följts upp i den regionala ordinarie tillsynsorganisationen. Regioncheferna redovisar en gång per år alla uppdrag till generaldirektören och enhetschefer vid huvudkontoret.

Den centrala beredningsgruppen för drogfrågor (CDG) har genom kompletterande uppföljning hjälpt de regionala och lokala myndigheterna att tolka uppdragen, undanröja hinder och stödja genomförandet av olika insatser. Arbetssättet har omfattat följande:

- att samla personal inom de olika strategiområdena för information när satsningen startade,
- sammanfatta uppdragsbeskrivningar i punktform
- ge information till myndighetschefer vid chefsmöten,
- samla personal från olika delar av landet med samma uppdrag för att samordna och skapa en plattform för erfarenhetsutbyte exempelvis alla uppsökare eller kvinnoanstalter,
- besöka enheter som fått uppdrag för att fånga upp hinder och goda exempel på lösningar,
- ordna möten med berörda där samarbetsproblem uppstått,

- återkoppla till myndighets- och regionchefer efter besök samt varje år beskriva strategiska frågor inför nästkommande år,
- samla CDG ledamöter regelbundet sex gånger per år för att stämma av utvecklingen med hänsyn till ny kunskap, problem, regional samordning m.m.,
- följa nationell och internationell behandlingsforskning och utvecklingen inom missbruks- och beroendevården.

STRATEGIOMRÅDE - IDENTIFIERING OCH KARTLÄGGNING AV MISSBRUKARNAS PROBLEM OCH VÅRDBEHOV

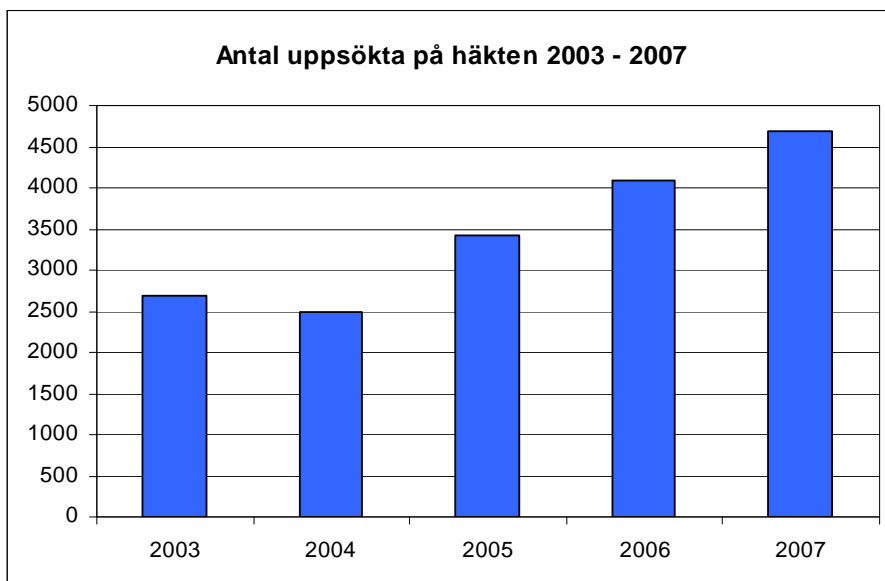
UPPSÖKANDE VERKSAMHET

Häktet är en strategisk mötesplats för att starta en förändringsprocess. Narkotikamissbrukaren är avgiftad, ensam utan grupstryck och får möta en engagerad uppsökare som kan skapa hopp om förändring och visa på alternativ till missbruk. Uppsökarna mottas mycket positivt av narkotikamissbrukarna på häktet som till ca 80 procent vill ha fortsatt kontakt. Uppsökarna arbetar med evidensbaserade samtalsmetoder och häktade får även information från ideella organisationer som kan stödja ett drogfritt liv efter frigivning.

Under 2003 inrättades 25 hel- eller halvtidstjänster. Successivt har antalet tjänster utökats och år 2007 fanns 39 uppsökare på 25 häkten. Under åren 2003 till och med 2007 har minst 17 400 personer sökts upp och i genomsnitt fått 3-5 personliga motivationssamtal.

Uppsökarna arbetar med information, kartläggning, rådgivning, motiverande samtal, samverkan med frivård, socialtjänst, behandlingshem för att påbörja planering m.m. De initierar kontraktsvård. En genomarbetad uppdragsbeskrivning med definition av målgrupp, metoder, dokumentation, yttranden och samverkan med frivården, socialtjänst och beroendevård finns utarbetad och upptryckt 2007 (Uppdragsbeskrivning Kriminalvården 2007). Uppsökarna skriver yttrande till den centrala placeringsenheten som fattar beslut om anstaltsplacering. Information om HIV/Aids genomförs företrädesvis av sjuksköterskor på häktena men uppsökarna följer upp vid behov.

Under 2008 börjar uppsökarna använda de instrument som rekommenderas av Socialstyrelsen när det gäller att identifiera beroendeproblematik nämligen AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) för alkohol och DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) för narkotikamissbrukare. ASI kartläggningar har även börjat genomföras på häktet inför kontraktvårdsutredningar. På en del häkten finns uppsökare från socialtjänsten som arbetar tillsammans med kriminalvårdens uppsökare.



(I årsredovisningen anges annan siffra och att antalet uppsökta sjunkit 2007, vilket visat sig bero på att statistiken förts på olika sätt. År 2004 är siffran också en underskattning p.g.a. statistikomläggning.)

KARTLÄGGNING MED ASI (ADDICTION SEVERITY INDEX)

ASI (Addiction Severity Index) är ett intervjuinstrument som används för att dokumentera och systematisera viktiga klientuppgifter. Kriminalvården hade redan före narkotikasatsningen beslutat att använda detta instrument som senare har rekommenderats i Socialstyrelsens riktlinjer för beroendevård (Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, Socialstyrelsen 2007). Under ASI-intervjun kartlägger utredaren klientens behov av rehabilitering och behandling utifrån sju viktiga livsområden; fysisk och psykisk hälsa, arbete/försörjning, alkohol, narkotika, kriminalitet, och familj/umgänge. Klienterna brukar reagera positivt på denna intervjuform, då de känner att någon intresserar sig för hela deras livssituation och inte bara för deras brottslighet och missbruk. Efter intervjun görs en återkoppling till klienten, där utredaren sammanfattar samtalet kring klientens behov.

Av ASI-sammanställningen framgår att flertalet av kriminalvårdens narkotikamissbrukare har en allvarlig missbruksproblematik med injektionsmissbruk, fysisk sjukdom, psykiska och sociala problem.

Narkotikamissbruket är mest utbrett bland intagna dömda till fängelse mellan två månader och två år. Den vanligaste drogen är amfetamin, på andra plats kommer blandmissbruk av olika droger. 70 procent har någon gång injicerat narkotika. Av dem som injicerat debuterade cirka elva procent före 15 års ålder. Kvinnornas missbruksproblem är allvarligare än männens. De har en mer komplex problematik kopplad till missbruket. Både den fysiska och psykiska ohälsan är stor bland kriminalvårdens narkotikamissbrukare som framgår av tabellen nedan. Över 80 procent av de ASI-utredda missbrukarna upplever ett måttligt till stort behov av hjälp med sitt narkotikamissbruk och 67 procent är dessutom i behov av att få hjälp med sin brottslighet. Kriminalvården har vid årsskiftet 2007/2008 i sin databas cirka 11 500 genomförda ASI-kartläggningar. Cirka 2 300 kartläggningar genomförs varje år.

Kriminalvårdens narkotikamissbrukare (Underlag: 6250 ASI-utredda narkotikamissbrukare april 2003-aug 2007)

Fysisk och psykisk sjuklighet			
	Män	Kvinnor	Totalt
Kroppsliga skador/sjukdomar som påverkar livsföringen	47%	60%	48%
Utsatt för fysisk misshandel	45%	74%	48%
Utsatt för psykisk misshandel	39%	72%	42%
Utsatt för sexuell misshandel	4%	41%	8%
Allvarliga självmordstankar	35%	46%	36%

Upplevt hjälpbehov (måttligt till mycket stort)			
	Män	Kvinnor	Totalt
Fysisk hälsa	38%	40%	38%
Psykiska problem	43%	50%	44%
Narkotikamissbruk	83%	80%	83%
Kriminalitet	67%	65%	67%

ASI/PU

Personutredning baserad på ASI syftar till att korta handläggningstiden vid kontraktsvårdsutredningar och åstadkomma fler domar till skyddstillsyn med föreskrift om kontraktsvård. Uppdraget för 2006 och 2007 har varit att alla verksamhetsställen inom frivården ska inleda med att göra personutredningar med hjälp av ASI i samband med personutredning där kriminalvårdspåföljd bedöms bli aktuell med undantag av villkorlig dom med samhällstjänstföreskrift. Kontraktsvårdsfall och narkotikamissbrukare prioriteras inledningsvis.

ASI/PU är värdefull då den ger lika struktur på informationen och tillräcklig information om den misstänktes personliga omständigheter till domstolen inför påföljdsval. Samtidigt har socialtjänst och kriminalvård ett gemensamt bedömningsinstrument för att bedöma den åtalades vårdbehov.

STRATEGIOMRÅDE - DIFFERENTIERING AV NARKOTIKAPLATSER

Narkotikaplatserna delades initialt in i motivationsplatser, behandlingsplatser och särskilda motivationsplatser. Uppdelningen speglade narkotikamissbrukarnas olika grad av motivation. Alla narkotikamissbrukare skulle kunna placeras på motivationsavdelning oavsett uttalad motivation. Personalen skulle där kartlägga vårdbehov och motivera till vård och behandling. På behandlingsavdelning skulle redan motiverade missbrukare placeras, kartläggas och erbjudas påverkansprogram. Behandlingsavdelningarna skulle utvecklas till miljöterapeutiska samhällen. De särskilda motivationsavdelningarna skulle vara vikta för de helt omotiverade och dem som återfallit. Där skulle insatser för att påverka deras motivation intensifieras så att de kunde flytta till motivations- eller behandlingsavdelning.

Av flera anledningar valdes inte några enskilda anstalter ut till narkotikaanstalter. Narkotikamissbrukarna finns på landets alla häkten och anstalter. Det var viktigt att sprida uppdraget över hela landet eftersom narkotikamissbrukare behöver mycket stöd från samverkande myndigheter på hemorten inför frigivningen. Kontakt med anhöriga och barn är också en av de viktigaste motivationsfaktorerna när det gäller lyckade behandlingsresultat. För att underlätta denna kontakt spreds avdelningarna över hela Sverige. Om möjligt skulle alla typer av avdelningar inrättas på samma anstalt eftersom avdelningarna skulle fungera som komplement till varandra. Platsbristen var ett annat skäl till att hela anstalter inte kunde öronmärkas

för narkotikauppdraget och ytterligare ett skäl var det krav på skyndsamhet i genomförande som regeringen ställde. I några fall inrättades dock hela anstalter (sex stycken) med motivations- och behandlingsplatser. Övriga 22 anstalter med narkotikauppdrag inrättade avdelningar för narkotikamissbrukare inom ordinarie anstaltsstruktur. Enligt regelverket måste intagna på behandlingsavdelningarna hållas helt avskilda från andra intagna för att undvika risk för narkotikasmuggling och negativ påverkan.

UTGÅNGSPUNKTEN FÖR SAMTLIGA PLATSER

På samtliga narkotikaavdelningar skulle skapas en miljö som stödjer förändring. Avdelningarna skulle ha ett tydligt och strukturerat innehåll med nationella evidensbaserade program och kartläggningsmetoder. Intagna skulle lätt kunna flytta mellan avdelningarna. Avdelningarna måste ha en beredskap att ändra målgrupp om klienttillströmningen ändrades. Kontinuitet i behandlingskedjan skulle råda med minsta möjliga förflyttning mellan olika anstalter. En garanterad drogfrihet skulle upprätthållas genom olika kontrollmetoder. Samarbete med externa vårdgivare skulle utvecklas.

UTVECKLINGEN AV NARKOTIKAPLATSERNA

Vid början av år 2003 hade 690 motivationsplatser inrättats på 28 anstalter, 524 behandlingsplatser inrättats på 20 anstalter och 167 platser inrättats på avdelningar för svårmotiverade på 8 anstalter.

På grund av platsbristen fanns ett uttalat krav att narkotikaplatserna måste beläggas till 100 procent, vilket var svårt att uppnå då intagna måste förflyttas efter exempelvis återfall i missbruk. Enstaka tomma platser har således funnits på många behandlingsplatser och på några anstalter med många narkotikaplats har det funnits många lediga platser. Problemet har visat sig bl.a. bero på att anstalter ibland själva skapat hinder för intagning genom att ställa egna krav på behandlingstider eller motivation för att ta emot en intagen. Andra förklaringar har varit att det på de anslutande motivationsavdelningar har utvecklats en stark kriminell subkultur som förhindrat intagna att söka till behandlingsavdelning. Särskilt tydligt blev detta efter det att man på grund av platsbrist måste dubbelbelägga på motivationsavdelningarna. Allteftersom hinder för att fylla platserna identifierats har de undanröjts. De utgångspunkter som specificerats ovan kunde således inte uppfyllas.

En koncentration av narkotikaplatserna sågs som lösningen där behandlingsavdelningar och goda motivationsavdelningar skulle behållas och andra avdelningar läggas ner. I BRÅ:s utvärdering (2005:3) föreslogs också denna lösning som ett alternativ till att tillföra motivationsavdelningarna mer resurser för behandlingsinsatser.

Successivt har antalet narkotikaplats koncentrerats, dock med bibehållen spridning över landet. År 2006 inrättades behandlingsanstalter, en i varje region, där man löste upp den fasta uppdelningen i motivations- och behandlingsplatser. Anstalterna skulle i stället forma en mottagningsavdelning och därefter ha ett flexibelt antal platser med olika grad av motivations- och behandlingsinnehåll alltefter målgruppens behov. Fem behandlingsanstalter för män och två för kvinnor inrättades. Från år 2007 upplöstes begreppet motivationsavdelning och de övergick till att bli normalavdelningar. Alla normalavdelningar skulle dock bedriva motivationsarbete.

STRATEGIOMRÅDE - MOTIVATION OCH BEHANDLING

MOTIVATION

Motivation används ofta i betydelsen vilja till förändring. Motivation är inget statiskt tillstånd och ingen egenskap hos klienten utan måste alltid ses i ett sammanhang och i relation till någon eller något. Motivation kan växla snabbt och influeras av tillfälliga känslomässiga svängningar. Genom sitt sätt att uppträda och kommunicera kan vårdare och behandlare förstärka viljan till förändring (men dessvärre också försvaga den). Relationen till klienten måste bygga på empati, aktivt lyssnande, att stödja klientens självkänsla och att utforska klientens egen syn på nuläge och önskeläge.

Motivational Interviewing (MI), utarbetad av Bill Miller och Stephen Rollnick, är en samtalsmetod som stärker motivationen. Den bygger på Carl Rogers (1967) klientcentrerade psykoterapimetod som utgår från att behandlaren själv måste kunna visa empati, värme och äkthet för att skapa en trygg och stödjande samtalsmiljö där klienten öppet kan utforska sina erfarenheter.

Detta respektfulla bemötande är viktigt att lära personal som arbetar i en repressiv verksamhet som verkställer straff. Som representanter för samhällets straffande system får kriminalvårdens personal möta många negativa attityder och beteenden från dömda. MI hjälper personalen att inte bemöta de dömda på samma sätt och motverkar utveckling av negativa, moraliserande och fördömande attityder. Förhållningssättet är en viktig del i allt kriminalvårdsarbete då personalen möter dömda, anhöriga eller samarbetspartner.

En av kriminalvårdens programexperter, Åke Farbring, även ledamot i CDG, har implementerat MI i kriminalvården. Millers och Rollnicks bok i metoden (Miller och Rollnick, 2002) översattes till svenska av Farbring och har spridits inom och utom kriminalvården. Flera tusen medarbetare med klientnära arbete (vårdare, frivårdare, programledare) utbildades 2001-2003. Alla nyanställda utbildas numera i metoden. Kriminalvården har även genom Åke Farbring utbildat ett drygt hundratal MI-tränare/utbildare.

Ur MI har Åke Farbring utarbetat en strukturerad manualbaserad samtalsserie benämnd BSF, Beteende, Samtal, Förändring (2003). Tillsammans med Stephen Rollnick och medarbetare på Högsboanstalten har Åke Farbring även skapat ett samtalsverktyg för vårdare benämnt "Vardagssamtal". Vardagssamtal innehåller en manual för hur man kan genomföra vardagsamtal med intagna vid exempelvis visitationer, avslag på besök eller permission utan att skapa konflikter. All personal på behandlingsanstalter och behandlingsavdelningar har utbildats i MI, BSF och Vardagssamtal.

BSF är det strukturerade program som har störst spridning. År 2003 till 2007 genomfördes och avslutades 3 030 programserier. 79 procent av påbörjade program avslutades. En del avbrott sker på grund av förflyttningar, andra genom att klienten avbryter.

Att fånga och arbeta med motivationsprocessen är särskilt viktigt i kriminalvården. Klienterna verkställer straff och är inte i kriminalvården för att de sökt vård. Majoriteten av kriminalvårdens klienter med beroendeproblematik har personlighetstörningar eller andra psykiatriska diagnoser. De har en inlärd misstänksamhet och saknar tillit i relationer. Denna ambivalens och misstänksamhet måste personalen kunna överbrygga.

PROGRAMVERKSAMHET

I Kanada, USA och England har kriminalvården prövat och utvärderat påverkansprogram under många år. Kriminalvården har valt att införliva ett flertal av dessa vetenskapligt utvärderade program som visat sig ha effekt genom minskade återfall i missbruk och brott. Denna

programutveckling ligger inom ramen för kriminalvårdens utveckling av nationella program och har till största delen genomförts och finansierats utanför den särskilda narkotikasatsningen.

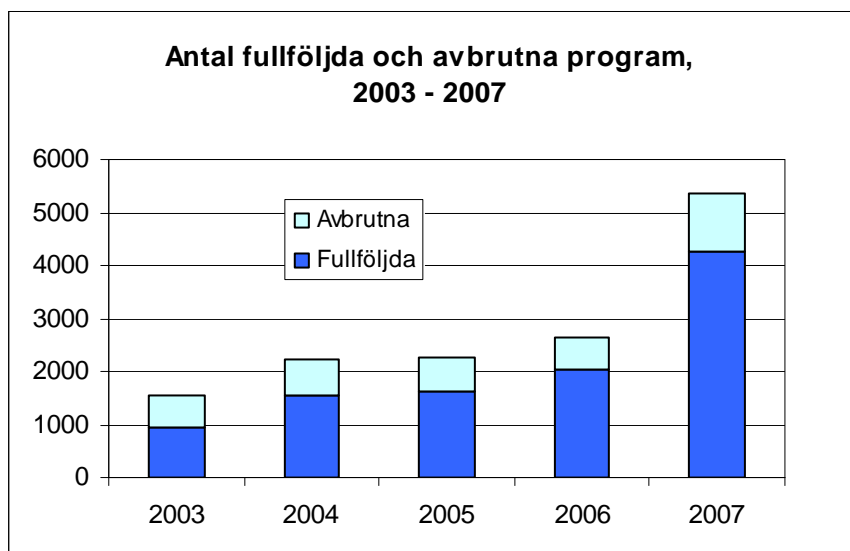
För att veta om ett program även har återfallsförebyggande effekt när det används i Sverige måste teorimanual, genomförande och uppföljning kvalitetssäkras. Efter prövning har de nationella programmen också granskats av en ackrediteringspanel med utomstående forskare, som tillsatts av kriminalvården. Under tiden som narkotikasatsningen pågått har fler och fler program ackrediterats och programledare utbildats. Under 2007 avsattes särskilda medel inom kriminalvårdens budget för att öka antalet program. Att delta i program är frivilligt men kriminalvårdens personal lyckas motivera många att delta och på vissa enheter står intagna i kö för att få genomgå program.

På behandlingsavdelningar och behandlingsanstalter genomförs många olika kognitiva program som är motivationshöjande och riktade för att motverka klienternas impulsstyrning, utagerande i våld, återfall i missbruk och brott. Program finns både för grupp- och individuell behandling. Även på normalavdelningar genomförs program men inte i lika intensiv omfattning. Programledarna är specialiserade på att arbeta med ett eller ett par program och är ofta organiserade i programteam, där de stödjer varandra i genomförandet. Alla programledare har gått igenom en lämplighetsprövning och utbildning i programmet. I utbildningen ingår att de granskas genom videoinspelningar när de genomför program.

I frivården finns på större enheter specialiserade handläggare som arbetar med narkotikamissbrukare. De arbetar med ASI kartläggningar, programverksamhet, nätverk, kontraktsvårdsutredningar, samverkan med behandlingshem och beroendekliniker. Under de senaste åren har frivården utarbetat avtal med kommuner om fortsatt vård för intagna som söker vård i slutet av sitt straff. Frivården är den enhet som skall följa klienten genom systemet och skapa kontinuitet från personundersökning till frigivning från fängelse och övervakning.

Programvolymerna i frivården har ökat väsentligt från 2006 till 2007 (från 582 till 1 693). Varje verksamhetsställe har uppdrag på hur många klienter som skall fullfölja program under året. Den största ökningen står programmen BSF och PFL (Prime For Life) för.

Antalet genomförda program har ökat för varje år. Även andelen fullföljda program har ökat; i genomsnitt från 60 till 79 procent under tiden 2003 till 2006. Under 2007 har ökningen fortsatt än mer genom större resurstilldelning. Under 2007 har 5 074 personer påbörjat brotts- och missbruksrelaterade program på anstalt varav 1 767 deltagit i 12-stepsprogram. Totalt har cirka 5 000 personer deltagit i programverksamhet inom frivård och anstalt under 2007. Här ingår också programverksamhet som riktar sig till andra än missbrukare. I bilaga redovisas de olika program som används på behandlingsavdelningar och i frivård riktade mot narkotikamissbrukare.



LÄKEMEDELSASSISTERAD BEHANDLING M.M.

I handlingsplanen angavs att läkemedelsassisterad behandling skulle prövas. Genom en ändring i Socialstyrelsens regelverk har detta blivit möjligt. Tidigare avbröts all behandling med t.ex. metadon när någon gjort ett brott. Ändringen av riktlinjerna från Socialstyrelsen medförde att medicineringen kunde behållas under påföljden eller sättas in i samband med frigivning. Det blev också möjligt för kriminalvården att pröva läkemedelsassisterad behandling av intagna med ADHD-diagnos.

Kriminalvården har skrivit riktlinjer för hur läkemedelsbehandling skall genomföras. Dessa innebär att eftersom det kan vara en livslång behandling måste behandlingsansvar och bedömning av behovet ligga hos respektive ansvarig beroendeklinik i den dömdes hemort. Socialstyrelsen har riktlinjer för vilka kriterier som skall vara uppfyllda för att få medicinering. Försöksverksamhet har under 2006 genomförts tillsammans med Beroendekliniken och socialtjänsten i Stockholm och ett kontraktsvårdsalternativ har utvecklats. Det innebär att en heroinmissbrukare om han bedöms lämplig för medicinering är garanterad bostad genom socialtjänsten, skall gå igenom kognitiva program i frivården och medicineras av Beroendekliniken. Projektet är avslutat med goda resultat och en ny samverkansmodell har utvecklats för opiatbehandling i Stockholm, Integrerat Team för Opiatberoende Kriminalvårdsklienter (ITOK). Samarbetet har ytterligare förstärkts genom att man arbetar i ett gemensamt team.

Ett behandlingsteam för missbrukare med samsjuklighet, tidigare benämnt dubbeldiagnoser, har startat i Göteborg under 2007. På en gemensam mottagning, ”Järntorgsmottagningen”, arbetar personal från Beroendekliniken, socialtjänsten, frivården och psykiatri. I lokalen finns också mödrahälsovården, vilket medför att man kan samarbeta kring problematiken med narkotikamissbrukande mödrar som dömts till kriminalvård. Liknande utvecklingsarbeten planeras i Malmö och Västmanland.

I Malmö utvecklas sedan 2007 en samverkan mellan Beroendekliniken och en avdelning på anstalten Fosie som skall ta emot intagna med heroinmissbruk som har bedömts behöva subutex eller metadonbehandling före frigivning. På en mindre avdelning skall de utredas och ställas in på medicinering i god tid före frigivning. Behandlingen övertas av den beroendeklinik där den intagne är hemmavarande.

Den rättspsykiatriska öppenvårdsmottagningen i Huddinge (RPÖV) innebär ett samarbete mellan rättspsykiatri, beroendevården och kriminalvården, representerad av frivården i

Stockholm. Mottagningen tog under 2007 emot 766 klienter/patienter varav 85 % av remisserna kom från frivården.

På anstalterna Håga och Norrrtälje i Stockholmsregionen pågår sedan 2007 försöksverksamhet med medicinering för intagna med ADHD-problematik. Försöken utvärderas i jämförelse med kontrollgrupper som har samma diagnos men inte får behandling förrän senare. Läkemedelsbehandlingen kombineras med olika former av programverksamhet.

Dessa nya samverkansformer är till stort gagn för narkotikamissbrukaren som tidigare ofta inte fick kontakt med alla olika myndigheter på grund av olika regelverk och kösystem. Läkemedelsassisterad behandling är starkt brottsförebyggande. Många heroinmissbrukare finansierar sitt missbruk genom egendomsbrott och bedrägerier. Övriga ägnar sig åt narkotikalangning.

HIV INFORMATION

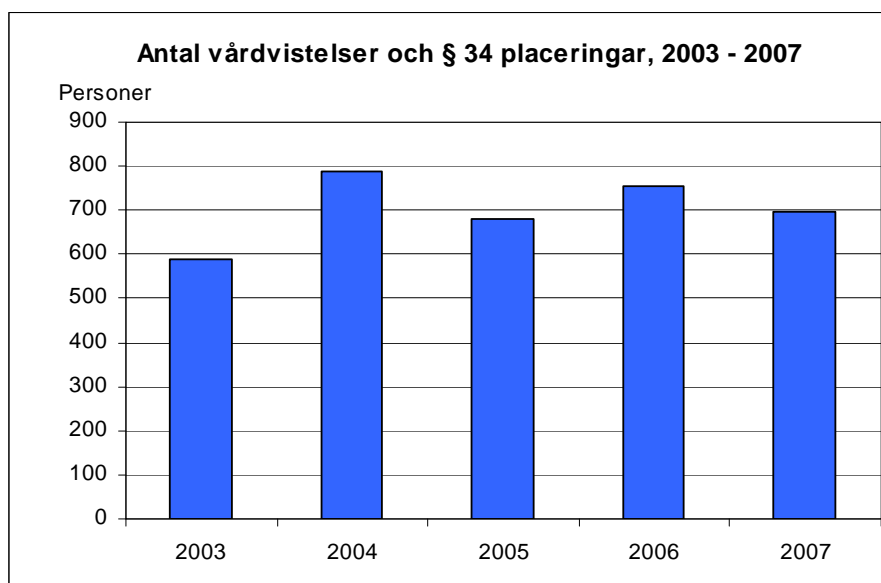
Intagna skall informeras om HIV, smittspridning och riskbeteende. HIV-information ges av sjuksköterskor vid inskrivning på häkten och anstalter. På häktena i Stockholm och Göteborg finns representanter som har specialiserade tjänster för HIV-information och testning genom ett "Socialmedicinskt Häktesprojekt". Häktade testar sig gärna och man beräknar att 90 procent av injektionsmissbrukarna är testade. Andelen HIV-smittade narkomaner i Sverige är låg i jämförelse med andra europeiska länder. Den svenska modellen med uppsökande verksamhet med individuell information, hög testfrekvens och smittspårning har visat sig effektiv. I andra länder i Europa är lösningen ofta att dela ut rena sprutor så att narkotikamissbrukare slipper dela spruta.

VÅRDVISTELSER

Kriminalvården skall också enligt handlingsplanen arbeta för att öka antalet vårdvistelser utanför kriminalvården. En ny kriminalvårdslag antogs år 2007. Tidigare kallades vårdvistelsen för vård enligt 34 § KvaL. Intagna i fängelse kan i slutet av strafftiden överföras till vård på behandlingshem eller familjevård. Många av kriminalvårdens narkotikamissbrukare behöver en längre vårdperiod på en behandlingsinstitution. Kortare vårdperioder än tre månader har dålig effekt enligt forskningen. Oftast behövs institutionsvård motsvarande minst 6 månader (Fridell och Hesse 2005). Kriminalvårdens problem är att socialtjänsten, som har huvudansvaret för behandling av narkotikamissbrukare, inte samverkar i tillräckligt hög grad. Kommunerna kan ibland ha tagit principbeslut om vårdtider och vårdmetoder som står i skarp motsättning till vetenskap och beprövad erfarenhet. I vissa fall vägrar kommuner att ge vård till kriminella missbrukare över huvudtaget.

Kriminalvården tecknar ramavtal med för närvarande 282 vårdgivare över hela landet. Tydligare kravspecifikation och bättre uppföljning av vårdinsatsen har utvecklats successivt. Antalet vårdgivare har minskat med anledning av ökade kvalitetskrav. Utbudet av behandlingshem som arbetar med de evidensbaserade metoder som Socialstyrelsen rekommenderar (Socialstyrelsen 2007) är begränsat. Det finns en övervikt av vård enligt 12-stegsmodellen som ger korta och mindre kostsamma vårdinsatser, vilket dock är en behandling som bara passar en del av kriminalvårdens klienter. Kriminalvården behöver fler alternativ till 12-stegsbehandling.

Varje år betalar kriminalvården vårdvistelser motsvarande 100 mnkr. Antalet placerade har varierat mellan 600-700 under de senaste åren. Under 2007 har antalet vårdvistelser minskat med 66 ärenden jämfört med 2007, dels på grund av noggrannare riskbedömningar och bedömning av vårdbehov, dels på grund av att ytterligare utslussningsalternativ enligt nya lagstiftningen samtidigt ska övervägas. Det finns också möjlighet att genom frigång ta del av öppenvård eller att delta i kriminalvårdens egen programverksamhet.



KONTRAKTSVÅRD

En stor mängd vårdformer och programverksamhet både inom kriminalvården och externt används som kontraktsvård. Den största svårigheten är att få tillräcklig tid för att göra kontraktsvårdsutredning när missbrukaren är häktad. Det förekommer att socialtjänsten har så långa väntetider för beslut att domstolen måste avkunna dom, utan att ha möjlighet att välja kontraktsvårdsalternativet. Det händer också att kommunen villkorar avtalet eller anger att ny bedömning ska göras när kriminalvårdens kostnadsansvar upphör. Detta leder ibland till att domstolen inte dömer till kontraktsvård. Olika initiativ har tagits för att öka antalet kontraktsvårdsdömda enligt uppdragen i narkotikasatsningen.

Via medel från MOB har ett nationellt projekt arbetat under sex månader 2005/2006 för att stärka möjligheterna till fler kontraktsvårdsdomar. Ett ambitiöst informationsmaterial och praktiska verktyg för utredning och kommunikation med kommuner, domare, advokater m.fl. har arbetats fram av olika frivårdsenheter, tryckts och spridits på Kriminalvårdens intranät. Erfarenheter och goda exempel av projektarbetet förväntas ytterligare utveckla samarbetet med kommuner och andra aktörer och därmed öka antalet domar till kontraktsvård.

Domstolarna har fått ökad information om påföljden och domare har utbildats om kontraktsvårdsalternativet och beroendeproblematik.

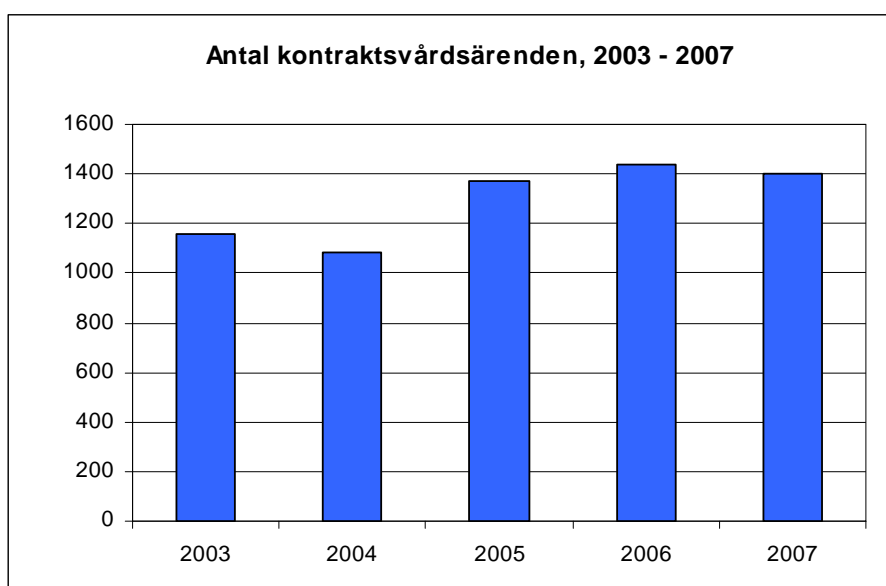
Samverkansavtal eller gemensam rutinbeskrivning finns med följande kommuner avseende förfarandet vid vårdvistelse och kontraktsvård: Stockholm och vissa av Stockholms kranskommuner, Göteborgs stad, Malmö, Eskilstuna, Uppsala, Helsingborg, Linköping och Umeå. Samarbete har inletts för att åstadkomma överenskommelser i övriga av Stockholms kranskommuner, övriga verksamhetsområden inom region Väst, Gävle, Sundsvall, Luleå, Karlskrona, Jönköping samt några kommuner i Norrland.

De ekonomiska avtalen med kommunerna har givit arbetet mer struktur. Häktenas uppsökare har också bidragit till fler kontraktsvårdsutredningar och möjligen också fler domar. Samverkan har blivit enklare, säkerligen beroende på ett mer professionellt arbete inom frivården och en mer spridd kunskap om vad frivården kan erbjuda i t.ex. form av programverksamhet. Frivårdscheferna har blivit mer naturliga aktörer i samverkan, t.ex. har frivården blivit inbjudna att delta i revideringen av missbrukspolicyn i Stockholms län.

Lokalt utformade baskontrakt förekommer bland annat i form av Kontraktsvård i samverkan (ett samverkansprojekt mellan Kriminalvården i Stockholm, socialtjänsten och beroendevården kring heroinmissbrukare), rattfylleriprogrammet i Stockholm, ett pappaprojekt i Botkyrka, IDAP för relationsvåld samt för ett antal behandlingshem och öppenvårdsalternativ i Stockholm. Karlskrona har fått uppdrag att utveckla läkemedelsassisterad kontraktsvård i hela Blekinge.

I övrigt följs de baskontrakt som togs fram av det nationella kontraktsvårdsteamet och diskussioner pågår mellan socialtjänst och kriminalvård om insatser för bland annat målgruppen missbrukare. Även diskussioner om unga med invandrarbakgrund pågår i samarbete med KRIS. Åtta kommuner har avtal angående kontraktsvård för relationsvåldsdömda. Även Rattfällan förekommer som kontraktsvård. Eskilstuna håller på att skapa baskontrakt för samtliga klientkategorier.

Antalet kontraktsvårdsdomar har ökat under narkotikasatsningen, förutom 2007 då det minskat något. Kriminalvården betalar varje år cirka 200 mnkr för den köpta kontraktsvården.



VACCINATIONSPROGRAM

I kriminalvårdens insatser mot narkotika planerades även att försöka få tillstånd för att genomföra ett vaccinationsprogram mot hepatit. Hepatit är globalt en mycket vanlig sjukdom. Årligen insjuknar många miljoner i någon av hepatitformerna A, B eller C. Sjuklighet och dödlighet i hepatit ökar drastiskt då en akut hepatit drabbar en person som redan har en kronisk hepatit. Det är därför angeläget att minska risken för insjuknande i de hepatitformer som går att förebygga genom vaccination. Narkotikamissbrukare är en riskgrupp. Missbrukarna står för hälften av alla anmälda fall av hepatit B. Hepatit B smittar genom sprutor men även vid sexuella kontakter. Smittan riskerar att spridas även till icke-missbrukare.

Under 2003 utarbetades vaccinationsprogram och rutiner mellan kriminalvården och smittskyddsenheter på storstadshäktena. De infördes 2004 på åtta häkten och tio anstalter. Därefter har de ökat kraftigt och genomförs numera på minst 37 olika verksamhetsställen i landet. Narkotikamissbrukarna är mycket positivt inställda till att bli vaccinerade och få det skydd det innebär. Totala antalet vaccinationer har ökat från 557 år 2004 till 1 497 år 2006. De tre första kvartalen 2007 gjordes 1 450 vaccinationer jämfört med 1 072 under samma period år 2006.

STRATEGIOMRÅDE - KONTROLL OCH SÄKERHET

Ett av strategiområdena rörde kontroll och säkerhet. Kriminalvården hade när narkotikasatsningen inleddes på varje myndighet en säkerhetsinspektör som höll ihop säkerhetsfrågorna och utarbetade lokala strategier. Efter fritagningar på flera av de mest slutna anstalterna 2004 skapades en heltäckande och omfattande säkerhetsorganisation med lokala, regionala och centrala säkerhetsgrupper. Samtidigt byggdes underrättelseverksamheten ut och samverkan med polisen förbättrades. Anstaltsområden utvidgades, stängsel förstärktes och murar byggdes. Inpasseringskontroller med metallbåge infördes. Hela säkerhetsarbetet professionaliserades och intensifierades. En säkerhetshandbok utarbetad som stöd för säkerhetsarbetet reviderades.

Droger kommer in i anstalten på olika sätt. De vanligaste sätten är genom obevakade besök, i samband med permissioner och utevistelser, genom inkast över murar och staket samt genom utomstående eller personal.

För var och en av dessa vägar finns strategier utarbetade för att förhindra införsel av narkotika. Bland de åtgärder man använder ingår:

- besökskontroll,
- bevakade besök,
- visitation av intagen och besökare,
- användande av narkotikahund,
- visitation efter permissioner och utevistelser,
- visitation av bostadsrum, allmänna lokaler och anstaltsområde,
- brevkontroll,
- aktiv underrättelseverksamhet och samarbete med polis,
- visitation av personal och andra kategorier av utomstående.

Kontrollinsatserna mot insmuggling av narkotika har ökat. Ny teknik har prövats för att hitta narkotika i anstalts- och häktesmiljöer. Möjlighet att visitera besökande på anstalter och häkten har ökat. Genom en ny och förstärkt kameraövervakning och sedan det nya perimeter-skyddet kommit på plats har inkasten väsentligen upphört på Kumla, Hall och Tidaholm. Inpasseringskontrollen har haft stor betydelse för att förhindra införsel.

Antalet narkotikahundar har ökat från 2 år 2002 till 19 år 2007. De nya hundarna har tagits på valpstadiet och är under uppväxt hos våra hundförare. Vi är i fasen att ersätta utgående hundar och har problem med att få tag i hundämnena.

Antalet och mängden av beslagtagna narkotika ökade fram till 2004 och har sedan minskat efter det att fler hundekipage kommit på plats. Varje år tas mellan 80 000 och 100 000 urinprov som analyseras för narkotikakontroll. Under 2005 togs 96 348 urinprov varav 6 283 (6,5 %) var positiva. Antalet tagna prover 2006 var 99 379 av dessa var 5 313 positiva (5,3%) Urinprovskontroller görs av olika skäl: vid ankomst, som stickprov och vid misstanke om missbruk. Andelen positiva prov har minskat oavsett av vilken anledning de tagits.

Färre anstalter rapporterar problem med förekomst av narkotika inne på anstalterna. Vid senaste mätningen i slutet av 2006 uppgav över 75 procent av anstalterna att narkotika sällan eller aldrig förekommit. Anstalterna rapporterar minskad förekomst av de narkotiska preparaten cannabis, amfetamin, opiater och narkotikaklassade läkemedel. Trots att antalet narkotikamissbrukare i fängelser ökat liksom antalet urinprov har problemen med narkotika i anstalt minskat (KROD, 2007).

Säkerhetsarbetet måste bedrivas konsekvent, genomtänkt och kontinuerligt och ske i samklang med hela den övriga narkotikasatsningen. Kontrollåtgärderna måste harmoniera med rehabiliteringsåtgärderna och bilda en helhet. I de fall klientgruppen är homogen kan ett positivt behandlingsklimat i sig själv utgöra ett säkerhetssystem. Genom att upprätthålla förtroendefulla och positiva relationer till intagna skapas en dynamisk säkerhet. Ett exempel är att intagna själva tar avstånd från att smuggla in droger på anstalt och upprätthåller den normen på hela avdelningen. Samtidigt är ett effektivt säkerhetsarbete som skyddar mot införsel av narkotika en förutsättning för ett framgångsrikt påverkansarbete.

FORSKNINGSINSATSER

Inom narkotikasatsningen har arbetet bedrivits enligt principerna för en lärande organisation. Goda idéer och erfarenheter har spridits mellan olika regioner, anstalter och frivård. Aktuell forskning har följts i olika nätverk och samarbetsgrupper utan för kriminalvården. Kunskaper som förvärvats har påverkat inriktning, utveckling och genomförande av narkotikasatsningen. Kriminalvården har själv initierat en del studier som rör implementering av programverksamhet och vårdklimat. Dessutom har Brottsförebyggande rådet haft regeringens uppdrag att utvärdera narkotikasatsningen. CDG har konsekvent försökt beakta ny kunskap och fört kunskapen vidare till den operativa ledningen för att påverka den fortsatta inriktningen av narkotikasatsningen.

BRÅ:S UTVÄRDERING

Brottsförebyggande rådet fick tidigt regeringens uppdrag att utvärdera kriminalvårdens narkotikasatsning. En första delrapport skulle skickas redan efter ett år i december 2003 och slutrapport skulle redovisas i februari 2005 (BRÅ Rapport 2005:3). Detta innebar att rapporten enbart kunde fånga arbetet inom narkotikasatsningen 2003 och 2004 d.v.s. under uppstart och utveckling.

I rapporterna påpekades en del tillkortakommanden i kriminalvårdens satsning. CDG noterade självt efterhand saker som inte fungerade, annat har synliggjorts genom studien. Ett exempel var att programmen var för långa för den stora andelen korttidsdömda narkomaner. Kortprogram har därefter utvecklats inom kriminalvården exempelvis det tidigare redovisade BSF. BRÅ noterade också att uppsökarna behövde mer enhetliga riktlinjer. Riktlinjerna har successivt förbättrats och finns sedan 2007 upptryckta (Uppdragsbeskrivning Kriminalvården 2007). En annan reflektion som BRÅ gör är att satsningens platser enbart räcker till hälften av kriminalvårdens missbrukare. Samtidigt noterar man att regeringens mål är mycket högt ställda när det gäller kriminalvårdens narkotikasatsning och måhända därför inte realistiska.

Sammanfattningsvis konstaterar BRÅ att narkotikasatsningen på majoriteten av anstalterna har lett till ökad samverkan mellan olika myndigheter och att behandlingstanken har fått större plats på dagordningen. BRÅ:s samlade bedömning är att kriminalvården under satsningens första år på ett mycket ambitiöst sätt arbetat för att förverkliga dess intentioner. Detta har skett samtidigt som man brottats med en svår platssituation med till bristningsgränsen fulla fängelser och en besvärlig budgetsituation. De intervjuer BRÅ gjort visar många tecken på ett stort engagemang för satsningens förändringsarbete bland dem som arbetar med frågorna. En fråga som dock ännu ej besvarats är om dessa ansträngningar gjort an-

staltstiden mer meningsfull för missbrukarna och bidragit till en minskning i återfall i brott och missbruk.

De resultat och brister som BRÅ påvisade i den senare studien som publicerades våren 2005 har påverkat den fortsatta inriktningen och arbetet inom narkotikasatsningen. Man rekommenderade då en koncentration av narkotikaplatserna och att motivationsavdelningarna skulle läggas ner eller kraftigt förstärkas. Behandlingsresistenta klienter borde inte blandas med svagt motiverade klienter. Intagna på motivationsavdelningar var missnöjda, saknade sysselsättning, fritidsaktiviteter, program och positiv personal.

BRÅ fann att intagna på behandlingsavdelningarna gav en ganska positiv bild av vistelsen och att detta berodde på följande faktorer: avskildhet, programverksamhet, självförvaltning och kontrakt. Någon effekt på återfall i brott kunde inte identifieras vid frigivning 2004.

ANDRA STUDIER INITIERADE AV KRIMINALVÅRDEN

Andra forskaranalyser har pekat på vikten av att inrätta terapeutiska samhällen inom fängelsens ram för att uppnå bättre behandlingseffekt (Fridell och Hesse, 2005). I denna översikt konstateras att ”what works”- insatser för kriminella har små effekter på återfall i brott och små men robusta effekter på återfall i missbruk. Man pekar på att resultaten i kriminalvården rimligen inte kan vara annat än ringa beroende på det konkurrerande kriminella normsystem som råder i fängelser. Narkotikasatsningen har varit alltför ambitiös i den bemärkelsen att man erbjudit behandling till alla oavsett motivation. En möjlighet att förbättra resultaten är att, dels koncentrera insatserna till redan motiverade missbrukare, dels att öka terapeutkompetensen hos programledarna. Regeringen gav dock Kriminalvården i uppdrag att arbeta med alla narkotikamissbrukare vilket därför var narkotikasatsningen utgångspunkt.

Holmberg och Fridell (2006) har genomfört en studie över implementering av två behandlingsprogram i Kriminalvården. Den pekar på vikten av att nya interventioner stöds av ledningen och medarbetare till de programledare som skall genomföra interventionen. Resultaten av studien har redovisats för kriminalvårdens chefer.

Brå påvisade att det fanns ett dåligt vårdklimat, som motverkar rehabilitering på en del av avdelningarna. Kriminalvården beslutade därför att göra en anstaltsklimatstudie hösten 2005 på alla narkotikaenheter. Studien omfattade både intagnas upplevelse av anstaltsklimatet och personalens syn på sitt behandlingsarbete och sin arbetsmiljö. Studien genomfördes för att få ett underlag för fortsatt utveckling eller avveckling av enheter med narkotikauppdrag. 925 klienter på 22 enheter besvarade enkäten. Resultaten pekade på ett gott anstaltsklimat på de flesta behandlingsavdelningar och på vissa motivationsavdelningar. Resultaten redovisades under 2006 för alla enheter som ett arbetsmaterial för att skapa åtgärder som kunde förbättra anstaltsklimatet. En del enheter fick förändrat uppdrag med anledning av resultaten. Det var både motivationsavdelningar som uppgraderades till behandlingsavdelningar eftersom de arbetade som en behandlingsavdelning och behandlingsavdelningar som inte fick behålla sitt uppdrag då de inte lyckats skapa ett gott anstaltsklimat.

Kriminalvårdens första mätning av återfallsbrottslighet visade att de klienter som genomgått behandlingsprogrammet Våga Välja har en klart minskad risk för återfall i brott. I undersökningen, som omfattar åren 2002 till 2006, ingick en kontrollgrupp på 4 965 personer. Av dessa var det 55 procent som återföll i brott. I studien ingick även 660 Våga Välja-klienter och av dessa återföll 48 procent, 318 personer. Resultaten visar att det är 13 procentenheter lägre relativ risk att återfalla till kriminalvårdspåföljd i Våga Välja-gruppen än i kontrollgruppen.

Undersökningen visar också att skillnader i återfallsrisk inte beror på andra faktorer som kön, ålder, tidigare brottslighet, medborgarskap, utvisning, år i anstalt, antal tidigare brott eller drogmissbrukets svårighetsgrad.

SAMMANFATTANDE RESULTAT OCH LÄRDOMAR AV DEN SÄRSKILDA NARKOTIKASATSNINGEN

SYFTE OCH MÅL

Målsättningen med narkotikasatsningen att narkotikamissbrukare som kommer i kontakt med kriminalvården skall identifieras, kartläggas och motiveras till behandling har i stort sett uppfyllts. Det kan inte garanteras att samtliga, även dolda, narkotikamissbrukare identifierats men på de flesta häkten besöker man alla häktade. Eftersom den uppsökande verksamheten inte är bemannad dygnet runt hinner en del passera på häkten med stor genomströmning. Kriminalvården kan däremot garantera att alla som vill ha hjälp kan erbjudas någon form av insats. Samtliga intagna i häkte informeras vid inskrivning om möjligheten att få kontakt med uppsökare. Informationen finns på en del häkten även i alla celler eller ges via intern TV. Uppsökarna har utvecklat samverkan med sjukvården, NAV-präster och Röda Korset på häktena så narkotikamissbrukare med behandlingsbehov identifieras även därigenom. I fri-vården kartläggs narkotikamissbrukare i personutredningar. På alla anstalter med direktintagning bedöms den intagnes eventuella narkotikamissbruk. Mer än 17 000 häktade har fått i genomsnitt tre personliga motivationsamtal under åren 2003 till 2007.

Många narkotikamissbrukare utreds genom kartläggningsmetoden ASI, den metod som Socialstyrelsen nu rekommenderar i sina nya riktlinjer. Kriminalvården har den enskilt största databanken med ASI-kartläggningar i landet; 11 500 vid årsskiftet 2007/2008.

Enligt målsättningen skulle fler narkotikamissbrukare genomgå de missbruksrelaterade programmen. Från åren 2003 till 2007 har antalet dömda som gått igenom missbruksrelaterade program ökat från cirka 900 till 4 000. På narkotikaenheter arbetar man dels med program fokuserade på missbruket dels med program som förändrar beteenden som ökar benägenheten att återfalla i missbruk. Program som riktas till andra målgrupper exempelvis dömda för sexualbrott eller relationsvåld är inte inräknade.

De missbruksrelaterade programmen skulle också utvärderas. Ett uppdrag som har krävt flera års förarbete eftersom slutsatser inte kan dras om en insats som inte är kvalitetssäkrad. Andra faktorer skall inte kunna förklara förändringen. Program som internationellt visat sig har effekt har översatts och manualbaserats. Programledare har utbildats. Programmen har prövats och bedömts av en vetenskaplig ackrediteringspanel. Därefter har de kunnat rullas ut i ordinarie verksamhet. Allt fler program har ackrediterats under tiden narkotikasatsningen pågått. Utvärderingar har initierats och genomförts men inte avslutats exempelvis av BSF och MI. I början av 2008 presenterades utvärderingen av programmet Våga Välja med goda resultat. Återfallsprocenten hade minskat med 13 procentenheter på grund av programmet. Andra förklaringsfaktorer kunde inte bevisat ha påverkat att färre återföll. De typer av program som kriminalvården valt att utveckla har senare rekommenderats i Socialstyrelsens riktlinjer för behandling av missbrukare. Program efter program kommer fortsättningsvis att utvärderas.

Ett annat mål var att kraftigt minska införsel av narkotika på anstalter och häkten och att erbjuda en narkotikafri verkställighet. En mängd säkerhetshöjande insatser har genomförts under narkotikasatsningen både vad gäller organisation, skalskydd, visitationer, kontroll av besökare, utökning av antalet hundar m. m. Genom urinprovskontroller och beslag eller visitationer och hundsök vet vi att införseln kraftigt minskat. Trots fler narkotikamissbrukare i anstalt har andelen positiva prov sjunkit och beslag av narkotika minskat troligen på grund

av ökat antal visitationer och narkotikahundar. En klar majoritet av anstalterna rapporterar att de inte har problem med narkotika.

Syftet med narkotikasatsningen var också att öka samverkan inom kriminalvården och med andra myndigheter. För varje år utvecklas allt bättre samverkan med socialtjänst, beroendevård och psykiatri. Ett ökat antal samarbetsavtal har undertecknats med socialtjänsten i olika kommuner. Standardiserade kontraktsvårdalternativ har utvecklats mellan beroendevård, socialtjänst och kriminalvård. Den senaste tidens samverkan har lett till gemensamma mottagningar där de olika huvudmännen arbetar i vårdlag tillsammans med missbrukaren. Missbrukare med samsjuklighet och psykiatrisk problematik tas också om hand i särskilda samverkansprojekt. En mängd lokala problem kan uppstå i denna samverkan. Den tar därför lång tid att utveckla och framsynta beroendekliniker blir vägledande för andra.

En ökad kunskap hos personalen var ytterligare ett mål. Specialutbildningar har genomförts i motivationshöjande samtal för all personal som har klientrelaterat arbete. Utbildningarna är inlagda i den ordinarie personalutbildningen liksom utbildning i ASI-metodiken. Särskilda programledarutbildningar i alla olika program genomförs kontinuerligt varje år. Utbildning i hjärnans beroendemekanismer och läkemedelsassisterad behandling har genomförts under 2007 och fortsätter framgent.Handledning för all personal inom narkotikasatsningen pågår i stort sett på alla enheter. Under 2008 kommer nätverksutbildning att genomföras där personal inom narkotikasatsningen lär sig integrera samarbete med anhöriga och andra för missbrukaren viktiga personer. Kunskap om droger och drogers verkningar ingick i början av narkotikasatsningen och kommer ånyo att förstärkas från och med 2008.

UNDERLÄTTANDE FAKTORER

Narkotikasatsningen i kriminalvården har haft stor nytta av det politiska tryck, intresse och krav som ställts. Den har inte kunnat prioriteras bort i besparingstider eller när andra påfrestningar drabbat organisationen som t.ex. brist på häktes- och anstaltsplatser.

Möjligheten att införa förändringar inom en stor organisation spridd över hela landet med 8 000 medarbetare är beroende av om uppdragen och styrningen mot målen blir tydliga. Kriminalvårdens narkotikasatsning var ett mycket tydligt uppdrag från regeringen synliggjort för varje medarbetare genom uppdrag från generaldirektören till övrig ledning i kriminalvården. En förutsättning är att den högsta ledningen ställer tydliga krav och att regionchefer och övrig ledning är lojala med uppdraget. En förutsättning som uppfyllts. Men uppdragen måste ändå kommuniceras på alla nivåer och innehållet måste förtydligas, diskuteras och lokalt anpassas till varje genomförande enhet. En del hinder kunde undanröjas genom att CDG kunde arbeta konkret med genomförandet och på lokal nivå följa implementeringen, lyssna på första linjens chefer och medarbetare på "golvet". Problem och hinder kunde förmedlas till ledning och stab.

Narkotikasatsningen bygger på att lyfta hela organisationen när det gäller förmåga och kompetens att arbeta med kriminalvårdens absolut största målgrupp. Var detta en bra prioritering eller skulle man valt att arbeta med förändringsagenter, valt ut enskilda enheter som kunde få alla resurser? Bedömningen blev och är alltså att det var bättre att lyfta hela organisationen eftersom narkotikamissbrukare kommer från hela landet och skall friges till sina hemkommuner. De behöver kunna ha kontakt med sin familj, socialkontor, arbetsförmedling. Tiden i kriminalvården är en del av deras liv. Det är också bättre att skapa ett engagemang hos hela personalkollektivet och ledningen i stället för att skapa elitanstalter. Även om en sådan process går långsammare. Alla blir delaktiga, alla stödjer utvecklingen och utbyter erfarenheter och tillkortakommanden. Hela organisationen blir mer ödmjuk, nyanserad och lärande. Elit-enheter blir lätt självförhärligande och bygger upp motstånd mot förändring och inflytande utifrån.

Narkotikasatsningen ledde även till att hela organisationen fick större motivation att arbeta med förändringsarbete. De påverkansprogram som var under utveckling fick en snabbare prövning och implementering. Narkotikasatsningen har bidragit till att stärka behandlingstanken i kriminalvården, stärka strukturer för genomförande och framför allt bidragit till att många fler klienter än tidigare fått stöd och behandling för sitt förändringsarbete.

BEGRÄNSANDE FAKTORER

Beläggningen

Det allt överskuggande problemet när det gäller att genomföra narkotikasatsningen har varit beläggningssituationen. Det är kriminalvårdens uppgift och skyldighet att ta emot alla som häktas och verkställer straff i fängelse. Under tiden narkotikasatsningen har genomförts har tillgången på platser minskat genom att både korta och långa fängelsepåföljder blev längre. Platser saknades för att differentiera missbrukarna. På de överbelagda avdelningarna fanns inte heller sysselsättning eller tillräckligt med verkstäder, vilket ytterligare försämrade motivationsklimatet.

Delat kostnadsansvar

Svårigheter att få kommuner att bekosta sista delen av kontraktsvården eller vården efter det missbrukaren frigivits från fängelse har varit ett annat hinder i genomförandet av insatserna. Kriminalvårdens personal har i många fall lagt ner ett stort motivationsarbete, påbörjat behandlingen, kartlagt behov av behandling på behandlingshem, besökt hem och skrivit utredning till nämnder. På vissa håll har kommuner kategoriskt sagt nej till all form av vård även om kriminalvården stått för den största delen av vårdkostnaden. Beroendekliniker på vissa håll i landet har vägrat ta emot kriminalvårdens missbrukare i behov av läkemedelsassisterad behandling, då man redan har långa köer av missbrukare i akut behov av hjälp utanför kriminalvården.

Organisation

Kriminalvårdens narkotikasatsning består av många delar som alla måste implementeras samtidigt. Det har ställt stora krav på organisation, ledning och personal. Ibland har inte personalen frigjorts i tillräckligt hög utsträckning från andra arbetsuppgifter för att kunna genomföra program eller kartlägga missbrukare med ASI. I andra fall har utbildningen i de evidensbaserade program som skall användas inte funnits tillgänglig. Personalomsättningen kan ha varit för hög. På en del håll har ett miljöterapeutiskt förhållningssätt inte utvecklats, utan straffande attityder och mästrande skuld- och skamläggande attityder har förhärskat. Men detta har trots allt varit undantag. På det hela taget har majoriteten av kriminalvårdens personal på alla nivåer ansträngt sig till det yttersta för att få narkotikasatsningen att fungera. Ett mycket stort engagemang och energi har lagts ner på att motivera narkotikamissbrukare till behandling och genomföra påverkansprogram. Detta engagemang har också bekräftats av utomstående besökare, forskare och samarbetspartners.

Under tiden som narkotikasatsningen pågått har kriminalvården drabbats av enskilda svåra händelser som t.ex. flera fritagningar med vapen och gisslantagning, vilka påvisat behov av bättre säkerhet. En professionalisering och utökning av säkerhetshöjande åtgärder var nödvändig. Detta ledde till skärpta regler av allehanda slag, vilket påverkade utslaget i vårdklimatstudien.

Under tiden satsningen pågått har kriminalvården genomgått en stor omorganisation. Från att ha varit 36 självständiga myndigheter och en kriminalvårdsstyrelse har det blivit en myndighet med huvudkontor, fler regioner, anstalter med fler säkerhetsnivåer m.m. Samtidigt har kriminalvården haft ekonomiska problem. Att utsätta en implementeringsinsats för både ny organisation och besparingar leder ofta till att förändringsarbetet upphör. Kriminalvården

har klarat fortsatt förändring men i långsammare takt. Möjligheten till förmånssystemet som infördes genom den nya kriminalvårdslagen prövas under 2007/2008. I något fall har systemet inte visat sig samverka med de behandlingsprinciper som gäller inom narkotikasatsningen. Det finns risk att man inom förmånssystemet inte arbetar med reflektion och lärande vid felaktigt beteende som är en utgångspunkt i alla kognitiva påverkansprogram utan utdelar ”bestraffningar” vid felaktigt beteende i enlighet med kollektiva regler i ett fassystem.

SAMMANFATTANDE SLUTSATSER

Vid utvärdering av satsningen som regeringen begärde har det varit svårt att uppnå de önskvärda resultaten med avseende på minskade återfall. Att sluta missbruka narkotika, bryta med en kriminell livsstil, skapa ett liv utan droger och kriminalitet är svårt och tar lång tid. Kriminalvården har hand om mycket tunga missbrukare. Att kräva effekt i form av mätbara återfall direkt när en satsning startat är inte realistiskt. Däremot kan man kräva att kriminalvården initierar rehabilitering och motiverar till fortsatt behandling, vilket satsningen också bidragit till. Att skapa en god förändringsmiljö i ett straffsystem tar också lång tid då många människor är berörda och måste arbeta mot samma mål.

Förutsättningen för att sätta in insatser mot ett beroende inom ett straffsystem är att behandlingen är frivillig och att det samtidigt görs tydligt att insatserna sker inom straffets ram. Viljan till förändring finns hos de flesta av kriminalvårdens klienter men de kan vara ambivalenta. De tror inte de klarar av att förändras och ser inga alternativ till missbruk. Satsningen på motivationshöjande samtalstekniker som MI har därför varit ovärderlig som en bas och plattform att bygga narkotikasatsningen på.

Inom ramen för satsningen har inte tillräcklig uppmärksamhet kunnat riktas till att analysera de dömdas förmåga att ta till sig programmen. I framtiden måste bedömning och diagnostik utvecklas. Fler psykologtjänster behövs för diagnostisering och individuell psykoterapi när det gäller behandling av djupa trauman och svåra våldsbrott som ett komplement till andra insatser.

De grundläggande delarna i allt behandlingsarbete på individnivå är att behandlaren måste kunna skapa en relation. Insatserna måste vara anpassade till varje enskild individs behov och visa på alternativ till missbruk. De måste för en del omfatta hela livssituationen och pågå under lång tid. Olika former av insatser måste vara tillgängliga som medicinsk, social, psykoterapeutisk och kognitiva behandling som komplement och utifrån den enskildes behov.

Behandling inom ett straffsystem kan aldrig ske skilt från behandling inom samhällets vårdorganisationer. Behandling som påbörjas i kriminalvården måste i regel avslutas utanför straffsystemet.

Med insatser inom kriminalvården kan man nå missbrukare som aldrig själva söker vård eller endast söker avgiftning några dagar för att därefter avvika. Häktena fungerar som stora avgiftningskliniker. Den häktade kanske för första gången på årtal är avgiftad och har möjlighet att tänka igenom sin livssituation. Att då möta en engagerad narkomanvårdare som ger hopp om förändring och samtidigt följer missbrukarens egen vilja och syn på vad han eller hon behöver i sin rehabilitering är en ovärderlig start på en förändringsprocess.

LITTERATURFÖRTECKNING

- Ekbom T, Engström G, Göransson B (2006): *Människan Brottet Följderna*. Kriminalitet och kriminalvård i Sverige. Femte utgåvan Natur och Kultur. Stockholm
- Farbring, Å (2003): *Motiverande samtal*. Att hjälpa människor till förändring. Kriminalvårdens förlag Norrköping. Översättning av Miller W, Rollnick S (2002): *Motivational Interviewing*. Guilford Publications, Inc. New York.
- Farbring Å (2003): BSF, Beteende, Samtal, Förändring. Fem semistrukturerade motiverande samtal. Manual. Kriminalvården.
- Fridell M, hesse M (2005): *Psykosociala interventionsmetoder vid kriminalitet och drogmisbruk*. Psykologiska institutionen Lunds Universitet
- Forskningsbaserad narkomanvård*. Handlingsplan och verksamhetsberättelse 2003. Kriminalvårdstyrelsen 2004 Norrköping.
- Insatser mot narkotika. Forskningsbaserad narkomanvård – ett förslag till handlingsplan. Kriminalvårdens centrala beredningsgrupp i drogfrågor. Januari 2002.
- Kriminaliseringen av narkotikabruk – en utvärdering av rättsväsendets insatser. Brå-rapport 2000:21. Brå 2000.
- Kriminalvårdens Redovisning Om Drog situationen (KROD) 2006. Kriminalvården 2007
- Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsning. En utvärdering av arbetet under åren 2002 – 2004. Brå-rapport 2005:3. Brå 2005.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. Second edition. NY: Guilford.
- Narkotikakommissionens slutbetänkande *Vägvalet. Den narkotikapolitiska utmaningen*. SOU 2000:126
- Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Socialstyrelsen 2007
- Rogers C (1967): *On Becoming A Person*. Constable & Company Ltd. London
- Uppdragsbeskrivning för uppsökare av missbrukare på häkten. Kriminalvården 2007. Best nr 4955

BILAGA

PROGRAMBESKRIVNINGAR

12-stepsprogram: Programmet är ett andligt självhjälpsprogram för missbrukare. Det bygger på arbete enskilt och i grupp. 12-stepsprogrammet innehåller 12 vägar till förändrat tänkande och syn på tillvaron, en andlig lösning på ett andligt illamående. Det är många behandlingshem som arbetar utifrån 12-stepsprogrammet eller delar av det. Man har då också ett samarbete med AA, NA, DAA m.fl.

Cognitive Skills: Kognitivt kriminalitetsprogram som genomförs i grupp och är inriktat på att arbeta med sociala färdigheter, problemlösning, värderingar, hantera sina känslor, kreativt och kritiskt tänkande. Genom att lära ett antal ”instrument” kan klienten hantera situationer annorlunda.

Våga Välja: Kognitivt narkotikaprogram som genomförs i grupp. I Våga Välja får klienten lära sig att förändring är möjligt. Detta kan han/hon göra genom att försöka ändra sitt beteende. För att kunna förändra sitt beteende måste klienten genom självobservation lära sig att hitta de situationer som utlöser missbruket och hitta nya alternativ och träna in strategier för att ändra dessa.

ART: Aggression Replacement Training. Ett kognitivt grupprogram med utgångspunkt att våldsbeteende är inlärt och går att förändra. I förändringsarbetet används ofta rollspel för att öva att hantera ilska, social färdighetsträning, att förstå andras känslor, hantera andras ilska m.m.

Brotts-Brytet: Ett kriminalitetsprogram med fokus på varje klients specifika brottsproblematik. Man arbetar med att hitta alternativa lösningar och förhållningssätt. Syftar till att öka klientens kunskaper och insikter och öka förmågan till ett brottsfritt liv. Genomförs både i grupp och enskilt.

BSF: Beteende-Samtal-Förändring. Fem strukturerade samtal som syftar till att stärka klientens motivation och beredskap för att arbeta med ett problembeteende såsom drogmisbruk och kriminalitet. Genomförs individuellt, handledare och klient.

BFS: Brottsförebyggande samtal. Fem strukturerade samtal som syftar till att hjälpa klienten förstå och undvika riskabla situationer där risken för återfall i brott är stor samt peka på alternativa handlingsmöjligheter. Kan utföras enskilt och i grupp.

One-to-One: Ett allmänt kriminalitetsprogram. Kognitivt, beteendebaserat program som bedrivs inom ramen för relationen mellan handledare-klient. Man arbetar med problemlösning och sociala färdigheter samt att man får lära sig ”instrument” för att hantera olika situationer som sedan tillämpas på klientens problemområden.

PRIME for LIFE (PFL): Missbruksprogram för högriskkonsumenter av alkohol. Det innehåller också ett avsnitt om narkotika. Möten sker i grupp med 8-12 deltagare med utbildning, övningar och självbedömningar. Varje deltagare erbjuds att undersöka sin egen biologiska risknivå för att utveckla alkoholproblem och får kunskap om hur man kan välja att dricka för att förebygga problem, så kallat lågriskval. Deltagaren får vidare undersöka vilken risk den egna alkoholkonsumtionen innebär och får lägga upp en personlig riskreduceringsplan.

PRISM: Programme for reducing individual substance misuse ("program för att minska individuellt drogmissbruk"). En-till-en kognitivt-beteendebaserat program för narkotika-tablett- och alkoholmissbruk. Programmet arbetar med att observera sitt missbruk och drogsug, analysera sina utlösare till missbruk och dess konsekvenser, problemlösning och hitta alternativa lösningar till droger och när drogsug uppstår. Genomförs individuellt, handläggare och klient.

ETS (Enhanced Thinking Skills): Påminner om Cognitive Skills men är kortare. Kognitiv grund. Arbetar med att hitta instrument och alternativ för att lösa problemsituationer annorlunda. Genomförs i gruppverksamhet.

HÄPNA: Är ett informationsmaterial som består av videofilmer och studiematerial som kan ligga till grund för gruppdiskussioner. De olika delarna är fristående men kan byggas samman till serier kring olika teman, utifrån klienternas behov. Genomförs i gruppverksamhet.

ÅTERFALLSPREVENTION (ÅP): (Vaccinera mot återfall) är konstruerat utifrån ett väl beprövat behandlingsprogram som syftar till att minska risken för återfall i drogmissbruk. Den version som nu prövas inom svensk kriminalvård är både färdighetsinriktad och motivationshöjande. Programmet fokuserar på klientens förmåga till identifiering och hantering av högrisksituationer samtidigt som övningar baserade på Motiverande Samtal vävts in.

VINN: Kvinnoprogram som ursprungligen kommer från Norge (*vinn* står för *vinna* på norska) och bygger på kognitiv teori och MI. Målet är att hjälpa kvinnor att göra val som ger bättre livskvalitet och minskar risken för kriminalitet och droger. Det lägger extra tyngd på barn, våld, sorg och förlust. VINN har en handbok med tolv teman.

RATTFÄLLAN: Är ett pedagogiskt påverkansprogram som genomförs i grupp. Programmet syftar till att öka insikt i vad droger haft för inverkan på honom samt en inventering av de mål han har i livet och i vilken utsträckning drogerna utgör ett hinder att uppnå dessa mål. Klienten får efter slutfört program en bättre möjlighet att göra ett för honom vinnande val.



Kriminalvården

www.kriminalvarden.se
601 80 Norrköping
Telefon 077-228 08 00
Fax 011-496 36 40