

PAMUT PROJEKT ADHD MOBILT UTREDNINGSTEAM SLUTRAPPORT

Projektnummer 2013-264

Anna Simonsson
Lena Lundholm



**KRIM:
VÅRD**

VI BRYTER DEN ONDA CIRKELN



Kriminalvården

Omslag: Kriminalvården
Tryckning: Kriminalvården Digitaltryck 2015

Ytterligare exemplar kan beställas från:
Kriminalvården, 601 80 Norrköping
Beställningsnr: 7126
ISBN: 978-91-86903-56-5
Hemsida: www.kriminalvarden.se/publikationer

INNEHÅLL

FÖRORD	4
FÖRKORTNINGAR/FÖRKLARINGAR	5
SAMMANFATTNING	7
1. BAKGRUND OCH BASFAKTA	8
1.1 UPPDRAGSGIVARE OCH UPPDRAGSTAGARE	8
1.3 RAPPORTENS OLIKA DELAR	13
2. PROJEKTÅL OCH MÅLGRUPP	13
2.1 PROJEKTÅL	13
2.2 MÅLGRUPP	13
3. UTVÄRDERINGSMETODER	14
3.1 DATAINSAMLING OCH UTVÄRDERINGSMETODER	14
3.2 JÄMFÖRT MED VAD?	14
3.3 ETISKA ASPEKTER	14
4. GENOMFÖRANDE OCH PROJEKTFÖRLOPP	15
4.1 GENOMFÖRANDE	15
4.2 PROJEKTFÖRLOPP OCH FÖRÄNDRINGAR I PROJEKTPLANEN	17
5. RESULTAT PROJEKTET	19
5.1 SAMMANFATTNING	19
5.2 MÅLGRUPP	19
5.3 UTREDDNINGENS ÅRENDEN ADHD	21
5.4 UTREDDNINGARNA – KVALITET OCH KVANTITET	24
5.5 TIDSÅTGÅNG	25
5.6 KOSTNAD	27
6. ÖVRIGA UTREDDNINGAR AV ADHD INOM KRIMINALVÅRDEN	29
6.1 SAMMANFATTNING	29
6.2 ÖVRIG UTREDDNINGSVERKSAMHET INOM KRIMINALVÅRDEN	29
6.3 TVILLINGANSTALTER	29
7. KVALITATIV UTVÄRDERING	32
7.1 SAMMANFATTNING KVALITATIVA RESULTAT	32
7.2 PROJEKT ADHD MOBILT UTREDDNINGSTEAM	32
7.3 TVILLINGANSTALTER	33
8. ERFARENHETER OCH REKOMMENDATIONER	36
8.1 MÅLGRUPP OCH SCREENING	36
8.2 DIAGNOS ADHD	36
8.3 UTREDDNINGSRUTIN	38
8.4 VAD HÅNDER EFTER UTREDDNING?	40
REFERENSER	42

FÖRORD

Under senare år har kunskapen om funktionsnedsättningen Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet (ADHD) vuxit både inom Kriminalvården och i det övriga samhället. Studier visar att förekomsten av ADHD är ca 10 gånger högre bland intagna i Kriminalvården än bland vuxna generellt. Behandling i Kriminalvård har visat goda effekter när det gäller möjligheten att delta i återfallsförebyggande program, studier och arbetsdrift samt minskade återfall i missbruk. Trots det är det fortfarande en liten del av de klienter som uppskattas ha ADHD som också får en diagnos och adekvat behandling under sin verkställighet. Projekt ADHD Mobilt Utredningsteam (PAMUT) har syftat till att öka andelen utredda klienter genom ett effektivt organiserande av resurser.

Projektet har genomförts under ledning av Anna Simonsson. Det har möjliggjorts genom insatser av medarbetare inom olika delar av Kriminalvården: samordnare Lina Annebjörk, utredare Elisabeth Norden och Charlotte Jakobsson (FoU) och handläggare Hans Sjöberg (Region väst) och engagerade medarbetare på involverade anstalter.

Ann Cederberg
Chef, Enheten för forskning och utvärdering

FÖRKORTNINGAR/FÖRKLARINGAR

ADHD	Eng: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, på svenska: Uppmärksamhetsstörning/ hyperaktivitetsstörning. Definieras enligt DSM-5 (American Psychiatric Association, APA, 2013) och beskriver signifikant lidande eller funktionsnedsättning med störd uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet och impulsivitet inom minst två livsområden, med debut i barndomen och där problemen inte förklaras bättre av något annat tillstånd.
ASRS	Adult ADHD Self-Report Scale. Världshälsoorganisationens (WHO) symptomchecklista för självskattning av kriterier på 18 symptom på aktuell ADHD; störd uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet och impulsivitet enligt DSM.
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri.
DIVA 2.0	Diagnostisk intervju för ADHD hos vuxna. Strukturerad klinisk intervju baserad på diagnoskriterierna för ADHD enligt DSM. Frågor ställs om aktuella symptom, symptom i barndomen och symptomrelaterad funktionsnedsättning inom olika områden.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnosmanual för psykiatriska tillstånd utgiven av American Psychiatric Association (APA).
HK	Huvudkontoret. Kriminalvårdens huvudkontor i Norrköping.
ITOK NPF	Integrerat team för opiatberoende klienter/neuropsykiatriska funktionshinder. Samarbete mellan Kriminalvården och Beroendecentrum Stockholm gällande utredning och behandling av klienter med missbruk och neuropsykiatriska funktionshinder.
KBT	Kognitiv Beteendeterapi. Psykoterapeutisk behandling som innefattar kognitiva (tankemässiga) och beteendeinriktade metoder. I KBT fokuseras samspelet mellan individ och omgivning här och nu. Man tar hänsyn till individens uppfattningar om händelser, kroppsliga reaktioner, känslor och specifika handlingar som påverkar individen själv och dennes omgivning. Arbetet inriktas bl.a. på att utforska vilka strategier och antaganden som ligger till grund för ett oönskat beteende eller fungerande.
Metylfenidat	Ett centralstimulerande medel som i läkemedelsform är den vanligaste medicinska behandlingen vid ADHD, bl.a. läkemedlen Concerta och Ritalin.
MINI 6.0	Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju är en kort strukturerad psykiatrisk diagnostisk intervju för psykiatriska störningar enligt DSM-IV-TR och ICD-10. Intervjun ger underlag för diagnos av bl.a. depression, bipolär störning, substansrelaterad störning (alkohol/drogmissbruk), och psykos.
NICE	National Institute for Health and Care Excellence; brittiska nationella riktlinjer för Hälso- och sjukvården.
NPF	Neuropsykiatriska funktionshinder. Inkluderar vanligen ADHD, autism, lindrig utvecklingsstörning.
PMO	Profdoc Medical Office. Kriminalvårdens journalföringssystem.

FÖRKORTNINGAR/FÖRKLARINGAR

Psykoedukation	Psykoedukation/psykopedagogik avser riktad information i olika former till personer med psykisk ohälsa, ofta i grupp. Det ingår också träning enligt beteendeterapeutiska principer i att hantera vardagliga situationer på ett konstruktivt sätt.
Qb-test	Datoriserat test som mäter uppmärksamhet, impulsivitet och motorisk aktivitet. Används som underlag vid bedömning av ADHD i samtliga utredningsrutiner inom Kriminalvården.
R&R2ADHD	15 sessioner lång KBT-intervention i grupp som utvecklades 2007, för unga och vuxna med ADHD och antisocial problematik.
SBU	Statens Beredning för medicinsk Utvärdering. Myndighet som har till uppdrag att utvärdera metoder som används inom vården.
SiS	Statens Institutionsstyrelse.
Uppförandestörning	Diagnos enligt DSM som kännetecknas av ett upprepat och varaktigt beteende som kränker andras rättigheter, t.ex. aggressivitet mot djur och människor, skadegörelse och allvarliga normbrytande beteenden. Ingår också som diagnoskriterium i Antisocial personlighetsstörning.
VSP	Verkställighetsplan. En åtgärdsplan som omfattar varje klients hela verkställighet.
WAIS-IV	Wechsler Adult Intelligence Scale. Begåvningsstest.
WURS	Wender Utah Rating Scale. Retrospektivt självskattningsformulär med frågor om ADHD-symptom i barndomen. Används för att säkerställa barndomsanamnes (innan 12 års ålder) på ADHD hos vuxna.

SAMMANFATTNING

Projekt ADHD mobilt utredningsteam genomfördes i region väst mellan 1 mars och 31 december 2014. Projektet finansierades av regeringsuppdragen Unga och Våldsamma klienter. Anstalterna Brinkeberg, Halmstad, Högsbo, Johannesberg, Rödjan, Sagsjön och Skogome ingick i försöket. Projektidén var att systematisk ADHD-screening på anstalt och vidare utredning av ett mobilt team skulle bidra till Kriminalvårdens målsättning att öka antalet klienter med ADHD som får diagnos och behandling under sin verkställighet. Ett andra projektmål var att skapa en utredningsrutin som håller en tillräckligt god kvalitet. För den systematiska screeningen utbildades så kallade ADHD-ambassadörer på varje anstalt, som hade i uppdrag att identifiera klienter i målgruppen och erbjuda screening. Utredningarna genomfördes av ett mobilt team bestående av psykologer som reste till anstalterna och genomförde neuropsykiatriska utredningar med ADHD-frågeställning tillsammans med psykiatern och sjuksköterskan på plats. Målgruppen för försöket var unga klienter och klienter med en våldsbrottsdom, med minst tre månaders verkställighet.

För utvärderingen av projektet samlades kvantitativa data in gällande målgruppen, bortfall, screening- och utredningsresultat. Det gjordes en sammanställning av ADHD-utredningsrutiner på matchade tvillinganstalter, samt av omfattningen på Kriminalvårdens övriga utredningsverksamhet. Utlåtandena efter utredning inom projektet skattades utifrån en framtagen checklista. Kvalitativa intervjuer genomfördes med personalen inom projektet och på tvillinganstalterna.

Resultaten av den systematiska screeningen är att av totalt 361 klienter i målgruppen screenades 45

procent. Ungefär en fjärdedel av klienterna i målgruppen tackade nej till att delta, och bortfallet på grund av språkhinder eller att klienten redan var utredd var högre än förväntat. Framförallt gruppen unga klienter var redan utredda tidigare i livet. Ca 60 procent av klienterna som screenades hade ett positivt utfall, och utreddes således vidare av det mobila teamet. Ungefär hälften av de 84 utredningar som genomfördes under projektperioden ledde fram till en ADHD-diagnos. I nästan samtliga ärenden sattes även andra diagnoser, oavsett om klienten hade en ADHD-diagnos eller ej. Missbruk/beroende var den vanligaste både samsjukligheten och differentialdiagnostiken. Det fanns skillnader mellan anstalterna avseende hur många av klienterna som önskade delta, hur många som screenade positivt och hur många som efter utredning fick en ADHD-diagnos. Försöket har lett till ett ökat antal utredningar inom Kriminalvården jämfört med ordinarie organisation och de håller en god kvalitet. Medarbetare i projektet har upplevt att de omhändertar en viktig problematik bättre, men vill göra mer framförallt när det gäller omhändertagande efter ADHD-diagnos. I en kartläggning av andra utredningsrutiner på tvillinganstalter inom Kriminalvården framkom stor spridning på utredningsförfaranden och tidsåtgång.

Några av rekommendationerna som ges är att behålla en lokal ADHD-samordnare på varje anstalt, men att rikta den systematiska screeningen till de anstalter som har högst utfall. Mer stationära utredningsteam kan då placeras på dessa anstalter, och fortsätta göra mobila uppdrag på de anstalter som har färre utredningsärenden. Vidare finns det ett behov av att förtydliga sjukvårdens uppdrag och rutiner inom Kriminalvården, samt förbättra återkopplingen till den övriga verksamheten.

1. BAKGRUND OCH BASFAKTA

1.1 UPDRAGSGIVARE OCH UPDRAGSTAGARE

Projektbeställare: Åsa Wallengren, projektledare för regeringsuppdraget Unga och Våldsamma klienter
Projektägare: Lena Lundholm, dåvarande chef för FoU-gruppen i Göteborg
Utförare och resursägare: Region väst
Projektledare: Anna Simonsson, FoU-enheten

1.2 BAKGRUND

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, på svenska Uppmärksamhetsstörning/Hyperaktivitet) är en diagnos som innebär signifikanta problem med störd uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet inom minst två livsområden, med debut i barndomen innan tolv års ålder, och där problemen inte förklaras bättre av något annat tillstånd. Det har de senaste åren varit fokus på att förbättra omhändertagandet av klienter med denna diagnos inom Kriminalvården. I sammanfattningsrapporten ADHD i Kriminalvården som publicerades 2014 beskrivs hur kunskapsläget har förbättrats, både när det gäller förekomst av ADHD bland kriminella, ADHD som en riskfaktor för kriminalitetsutveckling, och behandling av ADHD.

Ett antal beslut har tagits inom myndigheten för att kunna identifiera och utreda fler klienter med en eventuell ADHD-problematik under anstaltstiden, men utredningsrutiner och kapacitet har sett olika ut i olika regioner.

1.2.1 ADHD

De symptom som ryms i diagnosen ADHD har beskrivits långt tillbaka i historien, men i olika sammanställningar och med skilda förklaringsmodeller. Under lång tid beskrevs symptombilden som något som endast kunde finnas hos barn. År 1966 kom den nya termen Minimal Brain Damage (MBD) som beskrev kärnsymptomen hyperaktivitet, specifika inlärnings-svårigheter, motorisk hyperaktivitet, impulsivitet och uppmärksamhetssvårigheter. Hyperaktivitet ansågs länge vara det främsta symptomet, men forskning kunde senare visa att det fanns fler kärnsymptom och att hyperaktiviteten även kunde vara helt frånvarande. Under 70- och 80-talet började det även alltmer utmanas att det bara skulle vara barn som drabbas. Den nuvarande termen ADHD används sedan 1987, då den reviderade diagnostiska manualen DSM III-R

Tabell 1. ADHD diagnoskriterier enligt DSM-5

A. Ett varaktigt mönster av bristande uppmärksamhet och/eller hyperaktivitet-impulsivitet som inverkar negativt på funktionsförmåga eller utveckling, vilket visar sig i (1) och/eller (2):

1. **Ouppmärksamhet:** Minst sex av följande symptom har förelegat i minst 6 månader till en grad som är oförenlig med utvecklingsnivån. Symptomen har en direkt negativ inverkan på sociala aktiviteter och aktiviteter inom studie/arbete.

Obs: Symptomen utgör inte enbart manifestationer av oppositionellt beteende, trots, fiendlighet eller bristande förmåga att förstå uppgifter eller instruktioner. För äldre tonåringar och vuxna (17 år eller äldre) krävs minst fem av symptomen.

a) Är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, arbetslivet eller andra aktiviteter (t.ex. förbiser eller missar helt detaljer, slarvigt genomförda arbetsuppgifter).

b) Har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter eller lekar (t.ex. har svårt att bibehålla fokus under lektioner, samtal eller under längre stunder av läsning).

c) Verkar sällan lyssna på direkt tilltal (t.ex. ter sig frånvarande även utan någon uppenbar källa till distraktion).

d) Följer sällan givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (t.ex. påbörjar uppgifter, men tappar genast fokus och låter sig lätt distraheras).

e) Har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter (t.ex. har svårt att klara av uppgifter i flera led; har svårt att hålla ordning på utensilier, redskap och tillhörigheter; arbetar rörigt och oorganiserat; har svårt att tidsplanera; kan inte hålla tidsramar).

f) Undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor; för äldre tonåringar och vuxna: t.ex. sammanställa rapporter, fylla i formulär, läsa längre artiklar).

g) Tappar ofta bort saker som är nödvändiga för uppgifter eller aktiviteter (t.ex. skolmateriel, pennor, böcker, verktyg, plånböcker, nycklar, anteckningar, glasögon, mobiltelefoner).

h) Är ofta lätt distraherad av yttre stimuli (för äldre tonåringar och vuxna kan det inkludera ovidkommande tankar).

i) Är ofta glömsk i det dagliga livet (t.ex. göra hemsysslor, gå ärenden; för äldre tonåringar och vuxna: t.ex. följa upp telefonmeddelanden, betala räkningar, komma till avtalade möten).

2. Hyperaktivitet och impulsivitet: Minst sex av följande symptom har förelegat i minst 6 månader till en grad som är oförenlig med utvecklingsnivån. Symptomen har en direkt negativ inverkan på sociala aktiviteter och aktiviteter inom studie/arbete.

OBS: Symptomen utgör inte enbart manifestationer av oppositionellt beteende, trots, fientlighet eller bristande förmåga att förstå uppgifter eller instruktioner. För äldre tonåringar och vuxna (17 år eller äldre) krävs minst fem av symptomen.

a) Har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still på stolen.

b) Lämnar ofta sin plats i situationer då man förväntas sitta kvar en längre stund (t.ex. lämnar sin plats i klassrummet, på kontoret eller andra arbetsplatser, eller i andra situationer där det krävs att man sitter kvar).

c) Springer ofta omkring, klänger eller klättrar i situationer där det inte kan anses lämpligt. (Obs: hos ungdomar eller vuxna kan detta vara begränsat till en känsla av rastlöshet).

d) Klarar sällan av att leka eller förströ sig lugnt och stilla.

e) Är ofta "på språng", agerar "på högvarv" (t.ex. är oförmögen eller obekvämd med att vara stilla en längre stund vid exempelvis restaurangbesök eller på möten; kan uppfattas av omgivningen som rastlös eller ha ett sådant tempo att andra har svårt att hänga med).

f) Pratar ofta överdrivet mycket.

g) Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren är färdig (t.ex. fyller i och avslutar andras meningar; oförmögen att vänta på sin tur i ett samtal).

h) Har ofta svårt att vänta på sin tur (t.ex. när man står i kö).

i) Avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal, lekar eller aktiviteter; använder andras saker utan att be om lov eller få tillåtelse; för ungdomar och vuxna: t.ex. inkräktar i eller tar över andras aktiviteter).

B. Ett flertal symptom på ouppmärksamhet eller hyperaktivitet-impulsivitet förelåg före 12 års ålder.

C. Ett flertal symptom på ouppmärksamhet eller hyperaktivitet-impulsivitet föreligger inom minst två olika områden (t.ex. i hemmet, i skolan eller på arbetet; i samvaron med vänner eller närstående; vid andra aktiviteter).

D. Det finns klara belegg för att symptomen stör eller försämrar kvaliteten i funktionsförmågan socialt, i studier eller i arbete.

E. Symptomen förekommer inte enbart i samband med schizofreni eller någon annan psykosjukdom och förklaras inte bättre med någon annan form av psykisk ohälsa (t.ex. förstämningssyndrom, ångestsyndrom, dissociativt syndrom, personlighetssyndrom, substansintoxikation eller substansabstinens).

Specifikationer:

Tre former av ADHD:

Kombinerad form: både kriterium A1 (ouppmärksamhet) och A2 (hyperaktivitet-impulsivitet) är uppfyllda under de senaste 6 månaderna).

Huvudsakligen ouppmärksam form: kriterium A1 (ouppmärksamhet) är uppfyllt under de senaste 6 månaderna, men inte kriterium A2 (hyperaktivitet-impulsivitet).

Huvudsakligen hyperaktiv-impulsiv form: kriterium A2 (hyperaktivitet-impulsivitet) är uppfyllt under de senaste 6 månaderna, men inte kriterium A1 (ouppmärksamhet).

Tre svårighetsgrader: lindrig, medelsvår eller svår.



1. BAKGRUND OCH BASFAKTA

kom. I DSM-IV definierades diagnosen vidare och symptomen delades in i tre kategorier: Ouppmärksam, Hyperaktiv/Impulsiv och Kombinerad. Den senaste versionen, DSM-5 som gavs ut 2013 och nu finns översatt till svenska, listar följande diagnoskriterier:

ADHD är en av de psykiatriska diagnoser som det har forskats mest om. Studier har visat att det finns en hög ärftlighet, och risken att själv ha ADHD är fyra till tio gånger högre för förstagrads släktingar till barn med ADHD. Tvillingstudier i olika länder har visat att ADHD till hög grad beror på genetik (Faraone, 2005). Enligt de senaste genomgångarna av aktuella studier är förekomsten av ADHD hos barn och ungdomar 3,4 procent (Polanczyk, 2015) och hos vuxna ca 2,5 procent (Simon, 2009). Hos vuxna är det vanligt att de hyperaktiva symptomen blir färre medan de ouppmärksamma symptomen består. ADHD hos vuxna innebär i de flesta fall även att olika former av tilläggsproblematik har utvecklats, och majoriteten har en eller flera ytterligare psykiatriska diagnoser, s.k. samsjuklighet.

Den vanligaste behandlingen vid ADHD är medicinering med metylfenidat, och ca 70 procent som får läkemedelsbehandling upplever minskade besvär (Volkow, 2013). Både svenska och internationella riktlinjer (SBU; NICE)¹ rekommenderar multimodala insatser vid behandling av ADHD, det vill säga både farmakologisk behandling, tillgång till hjälpmedel och stöd samt psykoedukativa insatser.

1.2.2 ADHD och kriminalitet

Olika studier visar att förekomsten av ADHD i fångelsepopulationer är mellan fem till tio gånger högre än genomsnittet i befolkningen. En färsk metaanalys av 42 studier från olika länder visar att om man bara baserar sin uppskattning på screening (frågeformulär, räcker ej för diagnos) är den ca 40 procent men vid en hel utredning är förekomsten 25 procent. Endast screening överskattar alltså förekomsten (Young, 2015b).

Det finns en undergrupp av personer med ADHD som under uppväxten även hade en Uppförandestörning och som har en allvarligare utveckling med fler antisociala beteenden och en ökad risk för missbruk (von Polier, 2012; Langley, 2010). Som för hos alla vuxna

med ADHD är samsjukligheten för kriminalvårdsklienter med ADHD hög. Vanlig samsjuklighet är olika förstämningssyndrom², ångesttillstånd, missbruk (Young, 2015) och antisocial personlighetsstörning (Ginsberg 2012ab).

Obehandlad ADHD är en trolig kausal, alltså direkt orsakande, riskfaktor för kriminalitet, såväl som för skolvårigheter, arbetsmarknadsproblem, relationsvårigheter, missbruk och för tidig död (Klein, 2012), och leder på anstalt till en högre grad av misskötsamhet (Young, 2011; Gordon, 2012). Behandlad ADHD har i en svensk studie genomförd på anstalten Norrtälje lett till minskade ADHD-symptom under anstaltstiden samt en ökad mottaglighet för exempelvis påverkansprogram och utbildning (Ginsberg, 2012ab). Medicinering vid ADHD ökar inte risken för att utveckla eller öka på ett missbruk, utan har snarare en skyddande effekt (Chang, 2014). I Sverige har en studie visat att farmakologisk behandling av klienter med amfetaminberoende och ADHD som påbörjade behandling på anstalt, och sedan fortsatt inom beroendevården efter frigivning, hade färre återfall i missbruk än kontroller (Konstenius, 2013). Vidare visade en registerstudie av vuxna personer med ADHD att det var 32-41 procents lägre brottslighet för både män och kvinnor under de perioder de medicinerade, jämfört med när de inte gjorde det (Lichtenstein, 2012). Det behövs dock mer forskning för att fastställa om behandlad ADHD leder till minskat återfall i brott.

Trots denna kunskap om förekomst och positiva effekter av behandling är det bara ca 10 procent av klienterna inom Kriminalvården som har en diagnos, enligt Klientkartläggningen 2013.

1.2.3 Bakgrunden till projektet

Det har sedan 2010 funnits en handlingsplan för behandling av ADHD inom Kriminalvården, som har uppdaterats årligen. Det har framförallt satsats på ungdomsavdelningar och SRI-avdelningar (särskilt resurskrävande intagna), men det senaste året har även anstalter med andra inriktningar fått medel att starta upp utredningsverksamheter. Det finns också vissa samarbeten med landstinget som har utfört utredningar på anstalt. Det har dock fortsatt vara ett begränsat antal klienter som har fått ta del av utredningsverksamheten inom Kriminalvården.

¹ SBU: Statens Beredning för medicinsk Utvärdering. NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

² I DSM-5 uppdelat i depressionssyndrom (depressive disorders) respektive bipolära syndrom, alltså två skilda diagnostiska huvudgrupper.

Samtidigt ser det väldigt olika ut i olika landsting runtom i Sverige i vilken utsträckning som klienter tas emot för utredning och behandling. Kriminalvårdens internrevision konstaterade i en granskning av ADHD-verksamheten inom Kriminalvården hösten 2013 att ansvaret var otydligt, och gav förslag på åtgärder. Ett av förslagen var att Kriminalvården i högre utsträckning skulle erbjuda ADHD-screening och vidare utredning på anstalt. Gällande utredningsrutin och -innehåll så har även detta sett olika ut på olika anstalter. Enligt Riktlinjer för Kriminalvårdsmedicin³ ska utredningen innehålla en diagnostisk intervju med DIVA⁴ (strukturerad intervju som går igenom alla kriterier i ADHD-diagnosen), Qb-test (datoriserat test som mäter uppmärksamhet, impulsivitet och motorisk aktivitet), självskattningar med WURS (symptom i barndomen) och ASRS (aktuella symptom), anhörigintervju med 5-15 (barns beteenden mellan 5-15 år) och rekviderande av adekvata journaler. Provtagning och somatisk undersökning ska göras, och psykiater sätter diagnos. Endast vid indikation på låg begåvning och/eller autismspektrumstörning ska det göras en kompletterande psykologutredning. En ny gemensam rutin för hela Kriminalvården är under beredning.

Enligt rekommendationer från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2013) räcker det inte med screening och diagnostiska instrument för att bedöma eventuell ADHD, utan de ska sammanvägas med övriga utredningsresultat i en konsensusdiagnos mellan kliniker, såsom psykolog och psykiater. Det rekommenderas även att det görs en funktionsbedömning och/eller en neuropsykologisk bedömning där den intellektuella funktionsnivån undersöks. De flesta landsting runtom i landet har regionala riktlinjer för sina neuropsykiatriska utredningar med ADHD-frågeställning som i stort följer SBU:s rekommendationer. Vissa anstalter inom Kriminalvården har valt att utöka utredningsrutinen till att även omfatta psykologiska test.

Sammanfattningsvis så framkommer det ett behov av att identifiera fler klienter med utredningsbehov inom Kriminalvården, samt att utarbeta ett arbetssätt som i hög grad följer de rekommendationer som landstinget och SBU ger, för patientsäkerhet och underlättande i vårddedjan.

1.2.4 Regeringsuppdraget Unga och Våldsamma klienter

Kriminalvården har mellan 2013 och 2016 fått i uppdrag av regeringen att intensifiera och utveckla det återfallsförebyggande arbetet med grupperna unga och våldsamma klienter.⁵ Det aktuella försöket, projekt ADHD mobilt utredningsteam (PAMUT) har genomförts och finansierats inom ramen för dessa regeringsuppdrag.

Under hösten 2014 startades ett systerprojekt upp inom samma regeringsuppdrag; ett försök med systematisk screening på häkte och utredning på anstalt av två stationära team i region Stockholm. Projektet pågår fram till december 2015 och resultaten presenteras i en slutrapport under våren 2016. Utvärderingen av de två projekten möjliggör en jämförelse mellan olika modeller för utredningsförfaranden inom Kriminalvården, vilket kommer att presenteras i en kort sammanfattningsrapport under 2016.

1.2.5 Projekt PAMUT

Arbetsrutinen att ha en mobil utredningsresurs hade redan införts i mindre skala i region väst sedan några år tillbaka. En psykolog som arbetade på en av anstalterna i regionen började genomföra neuropsykiatriska utredningar tillsammans med ordinarie läkare på olika anstalter efter förfrågan. Region väst var redan innan projektet sjuvärdades en av de regioner som genomförde flest utredningar av ADHD inom Kriminalvården, genom denna och andra utredningsrutiner. Man ville dock öka omfattningen och utvärdera rutinen. Inom ramen för regeringsuppdraget gavs Enheten för forskning och utvärdering (FoU) och dåvarande Klientenheten (nuvarande Avdelningen för anstalt och häkte) tillsammans med region väst i uppdrag att designa och genomföra ett försök med systematisk ADHD-screening på anstalt och, vid positiv screening, neuropsykiatrisk utredning med ADHD-frågeställning av ett mobilt utredningsteam. Utredningsrutinen skulle även inkludera en bedömning av kognitiv funktionsnivå. Region väst var resursägare, regeringsuppdraget finansierade och FoU stod för projektledning och utvärdering av projektet.

Försöket PAMUT, Projekt ADHD Mobilt Utredningsteam, startades upp i mars 2014 och pågick inom ordinarie projekttid fram till den 31 december 2014. En

³ Kriminalvårdens Handlingsplan för behandling av ADHD (2010-2012).

⁴ DIVA 2.0: Strukturerad klinisk intervju baserad på diagnoskriterierna för ADHD enligt DSM-IV. Frågor ställs om aktuella symptom, symptom i barndomen, och om symptomrelaterad funktionsnedsättning inom olika områden.

⁵ Unga i kriminalvård och Våldsamma klienter, se www.kriminalvardens.se.

1. BAKGRUND OCH BASFAKTA

delrapport presenterades i september 2014, och en slutrapport var planerad till våren 2015. Utvärderingen ska innefatta rekommendationer inför en eventuell permanentning och implementering i övriga regioner.

Projektet har blivit förlängt under hela 2015 i väntan på utvärderingen och inför beslutet om ett eventuellt permanentande.

Detta är slutrapporten för projektet.

1.3 RAPPORTENS OLIKA DELAR

Slutrapporten inleds med en redovisning av projektets organisation, projektmål och utvärderingsmetoder. Därefter görs en beskrivning av projektets innehåll och utveckling under projektperioden.

Varje avsnitt i den efterföljande resultatdelen inleds med en kort sammanfattning. Den första delen av resultatredovisningen går igenom screening- och ut-

redningsresultaten för projektet. I nästa del redovisas de resultat som har samlats in från Kriminalvårdens övriga verksamhet. Tvillinganstalterna, de sex anstalter som matchades som jämförbara med projektets anstalter avseende inriktning och storlek, går igenom för en jämförelse av olika utredningsrutiner inom Kriminalvården.

Därefter redovisas resultaten från de kvalitativa intervjuer som har gjorts med samtliga anstalter inom projektet, projektgruppen samt tvillinganstalterna. Syftet är att få en beskrivning av för- och nackdelar med olika utredningsrutiner.

I den sista delen sammanfattas och diskuteras resultaten utifrån effekt- och projektmålen, och rekommendationer inför ett eventuellt permanentande ges.

2. PROJEKTMÅL OCH MÅLGRUPP

2.1 PROJEKTMÅL

Som beskrivet ovan finns det ett övergripande effektmål om att skapa ett bättre omhändertagande för klienter med ADHD inom Kriminalvården, både avseende utredning och behandling. Projektidén för det aktuella försöket i region väst var att systematisk ADHD-screening på anstalt och vidare neuropsykiatrisk utredning av ett mobilt team bidrar till att öka antalet klienter som får en utredning under sin verkställighet.

Projektmålen är att 1, identifiera fler klienter med ADHD på de anstalter som ingår i projektet genom att systematiskt erbjuda ADHD-screening, och vid behov vidare utredning av ett mobilt team, och 2, att utredningarna håller en tillräckligt hög kvalitet jämfört med ordinarie utredningsorganisation. Projektet ska utvärderas utifrån kvantitet, kvalitet och kostnad. Projektmålen delas således upp i följande delmål:

- Att ha erbjudit alla klienter i målgruppen ADHD-screening och vid positivt resultat vidare utredning av ett mobilt team, som även inkluderar en bedömning av kognitiv funktionsnivå.
- Att utlåtandena efter den neuropsykiatriska utredningen håller en tillräckligt hög kvalitet (se avsnitt 3, Utvärderingsmetoder, för definition).
- Ett ökat antal utredningar. Tio utredningar per månad sattes upp som ett mål för att kunna beräkna projektets budget. Hur många utredningar som reellt skulle hinnas med kvarstod dock som en frågeställning då denna organisation inte hade provats tidigare.
- Kostnad per utredning.
- Behandlingsinsatser efter diagnos kartläggs.

2.2 MÅLGRUPP

2.2.1 Anstalterna i projektet

De anstalter som har ingått i försöket är Brinkeberg, Johannesberg, Halmstad, Högsbo, Sagsjön och Skogome i region väst. Brinkeberg är en anstalt i närheten av Vänersborg med 98 platser i säkerhetsklass 2, där klienterna ofta har kortare verkställigheter. Johannesberg är en anstalt utanför Mariestad med 70

platser i säkerhetsklass 2, inriktad på relationsvåld. Halmstad är en anstalt med 74 platser i säkerhetsklass 2 och sex platser i säkerhetsklass 3. Högsbo är en behandlingsanstalt för missbruk med 83 platser i säkerhetsklass 2. Sagsjön är en behandlingsanstalt för kvinnor med 14 platser i säkerhetsklass 2 och 21 platser i säkerhetsklass 3. Skogome är en anstalt med 169 platser i säkerhetsklass 2 och 20 platser i säkerhetsklass 3 inriktad på sexualbrott. Ungefär en månad in i projektet inkluderades även anstalten Rödjan, se nedan under avsnitt 4.2.1. Rödjan har 60 platser i säkerhetsklass 3 och ligger utanför Mariestad, med Kriminalvårdens största jordbruk. Vissa av anstalterna hade tidigare erfarenhet av att screena och utreda ADHD, medan det för andra var en helt ny verksamhet. Det utfördes parallellt utredningar av ADHD enligt ordinarie rutin utanför satsningen på flera andra anstalter inom regionen.

2.2.2 Målgrupp och förväntat antal deltagare

Målgruppen för försöket var dels unga klienter, definierat som klienter som var upp till 21 år vid verkställighetens början, samt klienter dömda för våldsbrott⁶ på de anstalter som ingick i försöket, med ankomst tidigast den 1 januari 2014, och minst tre månaders kvarvarande vistelsetid. En åldersgräns på 40 år sattes initialt, utifrån beräkningarna på förväntat antal klienter och tillgängliga resurser. Enligt kalkyler baserade på statistik från 2012 skulle det leda till totalt ca 380 klienter i målgruppen under hela året. Baserat på information från ett tidigare utredningsprojekt i Kriminalvården uppskattades att ca en tredjedel av klienterna skulle tacka nej, och enligt tillgänglig statistik skulle ca 10 procent redan vara utredda. Det fanns inga uppgifter att tillgå om förväntat antal klienter med språkhinder. Sammantaget var förväntningen att ca 200 klienter skulle screenas under projektperiodens tio månader. Hur många av dessa som skulle screena positivt och därmed erbjudas vidare utredning av det mobila teamet var osäkert då en systematisk screening inte testats tidigare; förloppet skulle följas noga av projektledare och styrgruppen för eventuella åtgärder under projekttiden.

⁶ Som definierat i regeringsuppdragen.

3. UTVÄRDERINGSMETODER

3.1 DATAINSAMLING OCH UTVÄRDERINGSMETODER

Detta är en processutvärdering där både kvantitativa och kvalitativa metoder har använts för att kartlägga och evaluera olika aspekter av försöket. Följande data har samlats in, och analyserats utifrån nedanstående metoder:

Målgrupp/screening

- Klienter i målgruppen; grunddata (kön, ålder), bortfallsorsaker samt antal screenade klienter inrapporterades från enheterna i projektet till projektledaren varje månad för sammanställning. Data har analyserats med programmet SPSS version 22.

Neuropsykiatriska utredningar - ADHD

- Antal genomförda utredningar under tidsperioden 2014-03-01 till 2014-12-31 samlades in för utvärderingen. Innehållet i utredningarna kartlades. Data har analyserats med SPSS version 22.
- Kvalitetsnivå på utlåtandena skattades genom en särskilt framtagen checklista som bedömer att alla diagnoskriterier har tagits hänsyn till under utredningen, att differentialdiagnostik och samsjuklighet är bedömd. Se Checklista utlåtanden i Appendix, bilaga 1.

Kvalitativa intervjuer

- Semistrukturerade kvalitativa intervjuer utförda av en utomstående intervjuare har genomförts på samtliga anstalter som deltog i projektet samt med projektgruppen.
- I analysen användes tematisk analys (Brown, 2006), som följde de teman som togs upp i intervjuguiden: för- och nackdelar med screening- och utredningsrutinen, frågor runt effektivitet och kvalitet, samt erbjuden behandling. Data analyserades av två bedömare för att öka tillförlitligheten. Se Intervjuguide i Appendix, bilaga 2.

Kostnad

- Kostnad per utredning. En uppskattning av kostnad per utredning görs utifrån budgetutfallet.

3.2 JÄMFÖRT MED VAD?

Det är problematiskt att jämföra resultat som har tagits fram genom en riktad satsning med ordinarie verksamhet i Kriminalvården. Samtidigt är det svårt att värdera resultat som inte sätts i ett sammanhang,

och därför har det gjorts en ansats att även sammanställa information om den övriga utredningsverksamheten inom Kriminalvården.

För att utvärdera det första projektmålet; att öka antalet klienter som får utreda misstänkt ADHD inom Kriminalvården, görs en sammanställning av antal ADHD-utredningar på anstalter utanför projektet i samtliga regioner. Syftet med sammanställningen är inte att jämföra prestationer, utan att göra en uppskattning av "nyttan" med projektet genom att redovisa en baslinje; utredningsverksamheten under motsvarande period i verksamheter där satsningen inte görs.

För att utvärdera det andra projektmålet; att utredningarna håller en tillräckligt hög kvalitet jämfört med ordinarie utredningsorganisation, har för- och nackdelar med olika utredningsrutiner inom Kriminalvården kartlagts. Sex anstalter runt om i landet valdes ut som tvillinganstalter, matchade med anstalterna inom projektet utifrån storlek och inriktning på verksamheten. Anstalterna Nyköping, Västervik, Karlskoga, Gävle, Färingsö och Kristianstad var mest jämförbara; där kartlades utredningsrutinerna och kvalitativa intervjuer genomfördes med berörd personal.

Jämförande analyser med systerprojektet i region Stockholm (se avsnitt 1.2.4) kommer att göras efter att det projektet har avslutats, och presenteras i en sammanfattande rapport under 2016.

3.3 ETISKA ASPEKTER

I samband med att klienterna i målgruppen tillfrågades om projektet informerades de om att deltagande är frivilligt och att man kan välja att avbryta sin medverkan när som helst under processen. Om klienten tackade ja till att delta fick denne även skriva under ett skriftligt samtycke, se Appendix, bilaga 3. I detta informerades om att vid en eventuell utredning så kommer det efterföljande utlåtandet att bedömas av en utvärderare med tystnadsplikt. Även de klienter på tvillinganstalterna vars utlåtanden samlades in för utvärderingen fick skriva under ett skriftligt samtycke.

Allt utvärderingsmaterial har förvarats i ett låst arkivskåp, och destrueras efter sammanställningen av resultaten. Resultaten presenteras på gruppnivå, och på ett sådant vis att ingen enskild deltagare går att identifiera.

4. GENOMFÖRANDE OCH PROJEKTFÖRLOPP

4.1 GENOMFÖRANDE

4.1.1 Projektarbetet

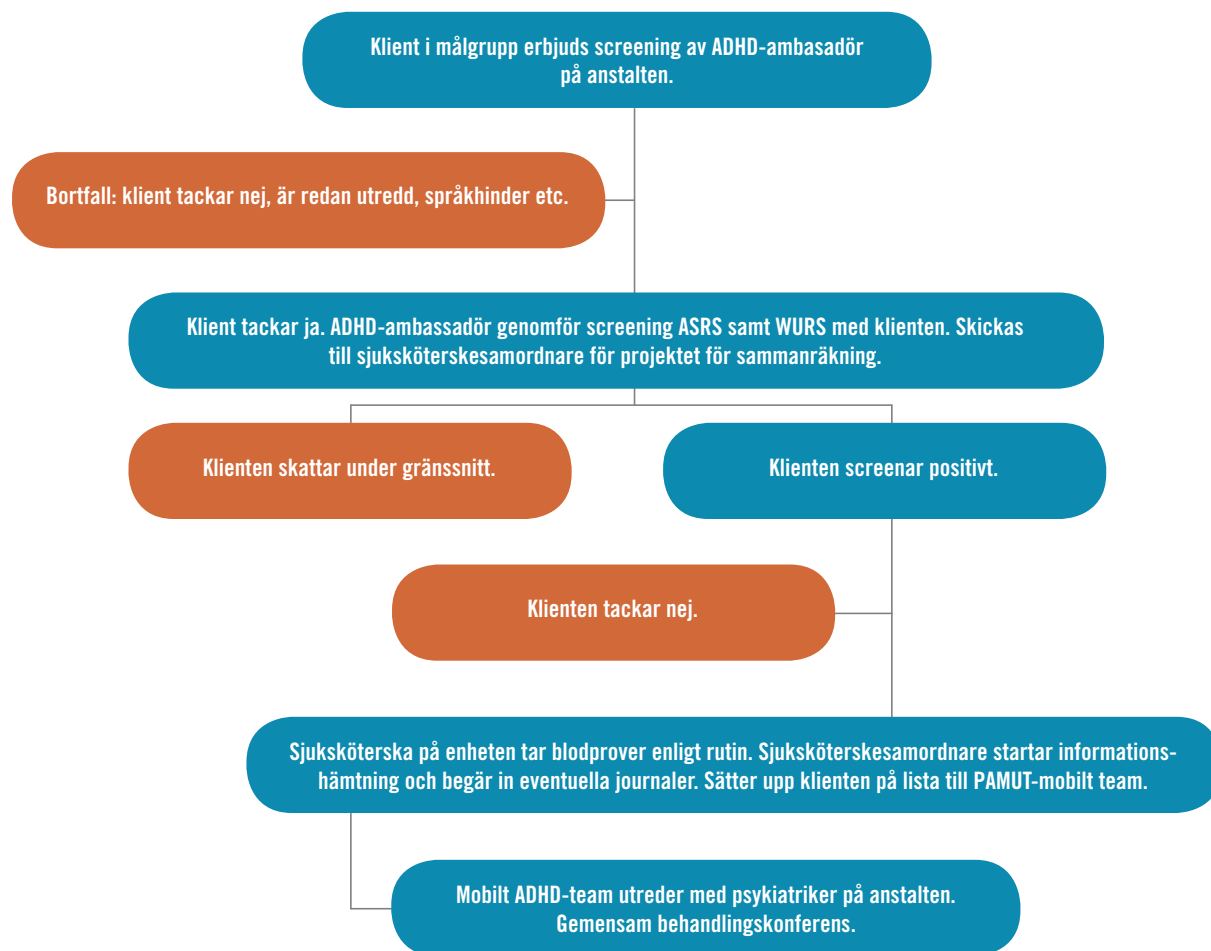
Projektdirektivet utfärdades av projektägaren på Enheten för forskning och utvärdering tillsammans med en regional programexpert och regionens Hälso- och sjukvårdssamordnare. De två utgjorde tillsammans med anstaltscheferna på de anstalter som ingick i försöket projektets referensgrupp. En styrgrupp med representanter från FoU, Avdelningen för anstalt och häkte, regionchefen, medicinskt sakkunnig och en av anstaltscheferna formades. Projektledaren rapporterade till styrgruppen för projektet via månatliga statusrapporter och styrgruppsmöten hölls ca en gång i månaden. En ekonomiassistent från regionkontoret knöts som resurs till projektet. Det var första gången som denna typ av organisation provades i ett

samarbete mellan flera enheter. Innan projektet drog igång hölls ett uppstartsmöte med alla involverade i projektet. Anstalterna erbjöds informationsträffar med övrig personal utanför projektet på anstalterna, och de flesta enheter antog detta. Samtliga anstalter har haft en utsedd kriminalvårdsinspektör som har varit kontaktperson för projektet.

4.1.2 PAMUT utförande

Enligt nedanstående rutin genomfördes screening på anstalt och vidare utredning av det mobila teamet. I projektplanen beskrevs hela rutinen, där tanken var att den skulle gå att använda som en "manual" för utförandet. De förändringar av rutinen som har gjorts

Figur 1. Flödesschema genomförande screening och utredning



4. GENOMFÖRANDE OCH PROJEKTFÖRLOPP

under försökets gång beskrivs kort under beskrivningen av de olika yrkesfunktionernas ansvar inom projektet, och mer utförligt i avsnitt 4.2.

4.1.3 ADHD-ambassadör

Sammantaget under hela projektperioden har 15 ADHD-ambassadörer utbildats på anstalterna, och de har sedan arbetat i varierande omfattning med att tillfråga klienter i målgruppen och screena de klienter som tackar ja till att delta. Screeningformulären som har använts är ASRS A-delen, som skattar aktuella symptom de senaste sex månaderna, och WURS, som skattar symptom under barndomen.⁷ Klienten måste screena positivt, alltså över gränssnittet, på båda screeningar för att bli utredningsaktuell. På de flesta anstalter har en ADHD-ambassadör haft huvudansvar för att registrera klienter i målgruppen och sköta de administrativa uppgifterna runt projektet, medan funktionen på några anstalter har delats mellan två personal. ADHD-ambassadören ansvarar dessutom för dokumentation i VSP (verkställighetsplanering) samt har fyllt en viktig funktion i att hålla klienten informerad under utredningsgången.

Projektledaren höll i utbildningen i screeningsformulären, och under året hölls tre uppföljande ADHD-ambassadörsträffar för att följa upp projektarbetet.

4.1.4 Sjuksköterska anstalt

Enligt projektplan ansvarade sjuksköterskan på respektive anstalt för att sammanräkna screeningarna och meddela klienten resultatet. Sjuksköterskan rekviderade även klientens tidigare journaler och tog blodprov för laboratorieutredning.⁸ Uppdraget skulle ersättas på timbasis av projektet, men ingen extra resurs tilldelades, vilket gjorde att det på vissa anstalter var svårt för sjuksköterskorna att hinna med projektet utöver sina ordinarie arbetsuppgifter. I september fattades således ett beslut om att anställa en centralt placerad sjuksköterskeresurs och samordnare för projektet, som beskrivet nedan i avsnitt 4.2.2. Efterföljande har sjuksköterskan på anstalt endast ansvarat för att ta blodproverna enligt rutinen.

Ett informationsmöte med sjuksköterskorna hölls innan projektstarten, och uppföljningar skedde på respektive enhet.

⁷ ASRS: Adult ADHD Self-Report Scale: WHO:s symptomchecklista för självskattning av symptom på aktuell ADHD. WURS: Wender Utah Rating Scale: ett retrospektivt självskattningsformulär med frågor om ADHD-symptom i barndomen. Används för att säkerställa barndomsanamnes på ADHD hos vuxna.

⁸ Relevanta journalkopior är t.ex. journaler från barn- och ungdomspsykiatri samt SIS, tidigare utredningar. Sjuksköterskan tar blodprov för laboratorieutredning: blodstatus, el-status inkl. CA, B12, Thyreoidea-prover samt leverstatus (enligt Riktlinjer för kriminalvårdsmedicin).

4.1.5 Psykolog mobilt team

Det har sammantaget varit fem psykologer som arbetat för det mobila teamet i olika tjänstgöringsgrad under hela eller delar av projektperioden. De har varit utlånade till projektet på deltid från sina ordinarie tjänster som psykologer på någon av anstalterna i region väst. Psykologens uppgift har varit att åka till den anstalt där klienten som ska utredas är placerad, som en mobil utredningsresurs. I rutinen ingick följande moment:

- Anamnestisk intervju och genomgång av tidigare journaler.
- Diagnostisk intervju för ADHD, DIVA 2.0 (kan enligt rutinen genomföras av antingen utredande psykolog eller psykiater).
- Testning med WAIS-IV⁹.
- Qb-test.
- Anhörigintervju med stöd av A-TAC¹⁰.
- Om det i den kliniska bedömningen framkommer en misstanke om eventuell autismspektrumstörning utreds det vidare med stöd av ADI-R¹¹.

4.1.6 Psykiater

De tre psykiatrer som arbetade för projektet arbetade redan tidigare på sina respektive anstalter, men utökade sitt konsultuppdrag i samband med projektet. I rutinen för psykiatern ingick:

- Diagnostisk intervju för bedömning av psykiatrisk differentialdiagnostik och samsjuklighet, MINI 6.0¹².
- Bedöma provsvaren.
- En kroppslig undersökning, blodtryck, hjärta, lungor, samt kort neurologisk bedömning.

En projektgrupp bestående av psykologerna och psykiatrer i projektet samt projektledaren skapades runt utförandet, med möten under uppstarten och avstämningar under hela projektperioden. Under den första delen av projektet hölls även möten med cheferna till utförarna i projektet för avstämning.

4.1.7 Utlåtande, behandlingskonferens och vårdplan

I rutinen ingår en gemensam behandlingskonferens med psykiater, psykolog och sjuksköterska, för

⁹ WAIS-IV: Wechsler Adult Intelligence Scale. Begåvningsstest.

¹⁰ A-TAC: telefonintervju riktad till förälder, som fokuserar på autism, tics, ADHD och andra komorbiditeter.

¹¹ ADI-R: en halvstrukturerad intervju för bedömning av beteenden relaterade till autismspektrumstörningar.

¹² M.I.N.I.: Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju: en kort strukturerad psykiatrisk diagnostisk intervju för olika psykiatriska störningar.

diagnossättning och beslut om insatser. Psykiater och psykolog behöver vara överens om diagnos, och en psykiater i projektet utsågs till att kunna ge second opinion i svårbedömda ärenden. Psykolog och psykiater sammanställer ett gemensamt utlåtande baserat på utredningsresultaten. Vid delgivningen till klienten rekommenderades att klientens kontaktperson deltar, med klientens medgivande. Projektets ansvar slutar när utlåtandet är klart och resultaten har delgivits klienten. Psykiatern är vid diagnos behandlande läkare samt remitterar vid behov till vård i hemlänet.

4.2 PROJEKTFÖRLOPP OCH FÖRÄNDRINGAR I PROJEKTPLANEN

4.2.1 Utökad målgrupp

Vid projektstart kom ADHD-ambassadörerna snabbt igång med sitt arbete för projektet. Utöver att en del klienter tackade nej så var det fler än förväntat som

hade språkhinder, och en större grupp än förväntat som redan var utredda. Det ledde till ett beslut en månad in i projektet om en utökad målgrupp, för att på så vis även öka antalet utredningsaktuella. Anstalten Rödjan lades till försöket, och ålderstaket som funnits togs bort helt. Under sommaren påbörjades parallellt inom myndigheten en satsning på kvinnliga klienter. Kvinnoanstalten inom projektet, Sagsjön, hade hittills haft få klienter inom målgruppen, och kvinnliga klienter har en högre genomsnittsålder samt mer sällan våldsbrottsdomar. Det beslutades därför att utöka målgruppen till att inkludera alla kvinnliga klienter oavsett brottstyp. Vidare beslutades det under hösten att klienter som har långa strafftider och således har anlänt till en av anstalterna inom projektet innan januari 2014 fick ingå i projektet om de i övrigt tillhörde målgruppen, samt att inkludera försöksbrotten till samtliga våldsbrottsdomar som ingår i definitionen. Se tabell 2 nedan för en sammanfattning av den utökade målgruppen. Att utöka målgruppen var nödvändigt för att försöket skulle kunna utvärderas utifrån tillsatta resurser. Att målgruppen

Tabell 2. Sammanfattning förändringar målgrupp.

Datum	Utökning	Målgrupp
1 mars	Projektstart	Unga <21 vid VEB Våldsbrottsdömda <40 år Anstalter: Brinkeberg, Halmstad, Högsbo, Johannesberg, Sagsjön, Skogome Minst 3 mån verkställighet kvar, ankomstdatum 1 januari 2014 eller senare VEB 1 januari 2014 eller senare
8 april	Anstalten Rödjan inkluderas Ålderstaket tas bort	Unga <21 vid VEB Våldsbrottsdömda enligt definition Anstalter: Brinkeberg, Halmstad, Högsbo, Johannesberg, Rödjan, Sagsjön, Skogome Minst 3 mån verkställighet kvar, ankomstdatum 1 januari 2014 eller senare VEB 1 januari 2014 eller senare
1 juni	Krav på våldsbrott tas bort på kvinnoanstalten Sagsjön	Unga <21 vid VEB Våldsbrottsdömda enligt definition Anstalter: Brinkeberg, Halmstad, Högsbo, Johannesberg, Rödjan, Skogome Sagsjön alla klienter oavsett brottstyp Minst 3 mån verkställighet kvar, ankomstdatum 1 januari 2014 eller senare VEB 1 januari 2014 eller senare
23 september	Klienter på anstalten med VEB innan 1 januari 2014 inkluderas	Unga <21 vid VEB Våldsbrottsdömda enligt utökad definition (+ försöksbrott) Anstalter: Brinkeberg, Halmstad, Högsbo, Johannesberg, Rödjan, Skogome Sagsjön alla klienter oavsett brottstyp Minst 3 mån verkställighet kvar

4. GENOMFÖRANDE OCH PROJEKTFÖRLOPP

utökats i flera omgångar under projektperioden gör det samtidigt svårt att analysera fluktuationer i antal klienter per anstalt och månad.

4.2.2 Samordnande sjuksköterska

Som beskrivet ovan så hade sjuksköterskorna på respektive anstalt inte fått någon utökad resurs för arbetsuppgifterna inom projektet. Det såg därför väldigt olika ut på enheterna i vilken utsträckning de hade utrymme att hinna med de extra arbetsuppgifter som projektet innebar. Den 1 oktober, med tre månader kvar av ordinarie projekttid, togs således ett beslut om att anställa en centralt placerad sjuksköterskeresurs för sammanräkningar av screeningar och beställning av journaler, och som även kunde fungera som en samordnare för projektmedarbetarna runt olika ärenden inom projektet. Sjuksköterskan på anstalt behöll ansvaret för provtagningen som en del av utredningsrutinen.

4.2.3 Utredningsrutin och utlåtandemall

Under den påbörjade utvärderingen av utlåtanden och tidsåtgång inom projektet framkom stora skillnader mellan format och längd på utlåtanden, både mellan och inom professioner. Det fanns också en

tendens att skriva ”två utlåtanden i ett”, istället för ett gemensamt utlåtande där psykiatrer och psykologer ansvarar för olika delar av den neuropsykiatriska bedömningen. Vidare väckte det faktum att så många klienter visade sig vara ”falska positiva” ytterligare behov av att effektivisera utredningsförloppet. Följande rutin utvecklades:

Projektmålet är att genomföra neuropsykiatriska utredningar med ADHD-frågeställning som även inkluderar en bedömning av kognitiv funktionsnivå. När frågeställningen ADHD kan avvisas tidigt i utredningsförloppet rundas bedömningen av, vanligen efter genomförd DIVA-intervju och Qb-test.¹³ Likaså om psykiatern med stöd av M.I.N. I 6.0 bedömer att det finns en differentialdiagnostik som bättre förklarar klientens symptom. Om frågeställningen ADHD kvarstår ska dock även anhörigintervju samt WAIS genomföras (bedömning av kognitiv funktionsnivå). I början av juni hölls en workshop runt utlåtandeskrivning med psykologerna och regionpsykiater med en extern konsult. En gräns på max 5 sidor sattes för framtida utlåtanden, och det utarbetades en gemensam utlåtandemall. Det gavs även viktiga perspektiv på vad som behöver finnas med i ett utlåtande för att underlätta den framtida vårdkedjan.

¹³ DIVA: en strukturerad klinisk intervju baserad på diagnoskriterierna för ADHD enligt DSM-IV-5. Frågor ställs om aktuella symptom, symptom i barndomen och symptomrelaterad funktionsnedsättning inom olika områden. Qb-test: ett datoriserat test som mäter uppmärksamhet, impulsivitet och motorisk aktivitet.

5. RESULTAT PROJEKTET

5.1 SAMMANFATTNING

Sammantaget under hela projektperioden tillhörde 361 klienter målgruppen, och 45 procent av dem tackade ja till att delta i projektet. Bortfallet utgjordes främst av att klienter tackade nej till att delta, men det var även fler än förväntat som hade språkhinder eller som redan hade utretts för ADHD tidigare. Av de klienter som screenade positivt och utreddes vidare av det mobila teamet fick ca hälften diagnos ADHD. Oavsett diagnos ADHD eller inte så fick de allra flesta klienter en eller flera psykiatriska diagnoser, där någon form av missbruk/beroende var det vanligast förekommande. Det finns skillnader mellan olika anstalter både avseende hur många klienter som screenade positivt, och av dem hur många utredningar som sedan ledde fram till en ADHD-diagnos. Utlåtandena håller en god kvalitet. Det ges många rekommendationer och åtgärder. Det är en stor spridning på tidsåtgången per utlåtande; sammantaget är den något högre än förväntat. Ett ärende från screening till avslutad utredning tar i genomsnitt nio veckor. En uppskattning av kostnaden per utredning är ca 20 500 kr.

5.2 MÅLGRUPP

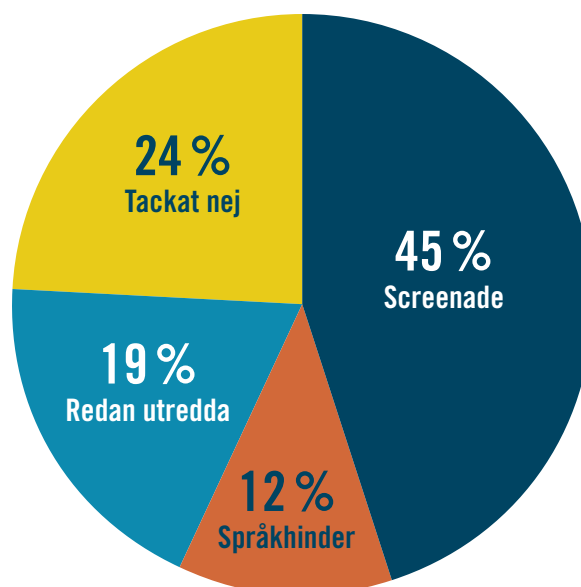
För definition av målgrupp och hur definitionen utökats under projektperioden, se avsnitt 4.2.1.

5.2.1 Klienter i målgruppen

Det har under projektperioden, 1 mars 2014 – 31 december 2014, varit totalt 361 klienter som tillhört målgruppen på de sju anstalterna inom projektet. Av dessa 361 klienter var 19 procent (n=70) enligt egen uppgift redan utredda för ADHD, 12 procent (n=43) har inte kunnat delta på grund av språkhinder och 24 procent (n=86) av klienterna har tackat nej till att delta i projektet. Således har 45 procent (n=162) screenats, och det sammantagna bortfallet är 55 procent (n=199). Se Figur 2.

Av klienterna i målgruppen var 315 män och 46 kvinnor (13 procent). Fördelningen påverkas naturligtvis av vilka anstalter som ingick i projektet, där det bara var en kvinnoanstalt och sex mansanstalter. I hela Kriminalvårdens anstaltspopulation är 7 procent kvinnor.

Figur 2 Målgrupp totalt procent

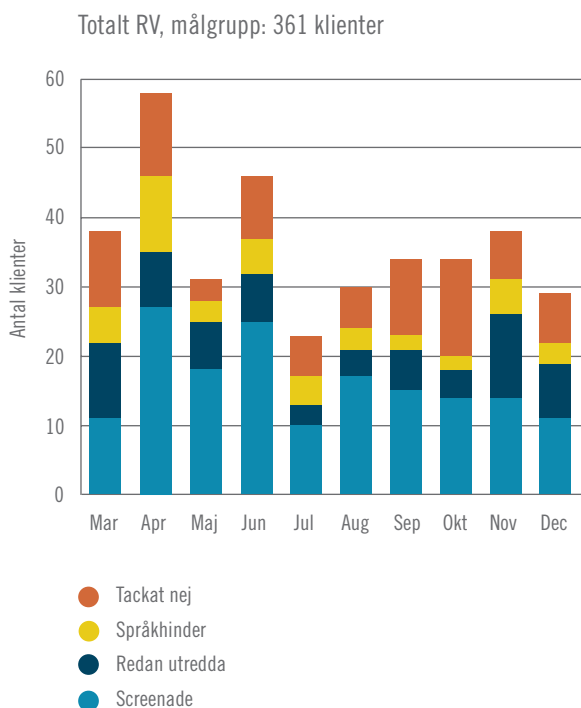


För 300 av klienterna i målgruppen har ålder rapporterats in. Det är en stor spridning på åldrarna, med ett spann på mellan 19 och 75 år, och en genomsnittsålder på 36 år. Medelåldern bland klienterna i hela Kriminalvården är 36 år, på anstalt 38 år. På den enda kvinnoanstalten som ingår i projektet, Sagsjön, är genomsnittsåldern högre, 44 år. Medelåldern bland kvinnliga klienter i hela Kriminalvården är 37 år, på anstalt 39 år. Endast ca 6 procent (n=18) av klienterna i målgruppen tillhörde klientgruppen unga, så det stora flertalet av klienterna i målgruppen har inkluderats i försöket utifrån att de är dömda för ett våldsbrott.

Något fler klienter tillhörde målgruppen vissa månader, vilket naturligtvis påverkas av att kriterierna ändrades under projektets gång (se figur 3). Det var ett något minskat flöde under sommarmånaderna. De första månaderna av projekttiden skedde en positiv utveckling avseende hur många som tackade ja till screening: i mars var bortfallet ca två tredjedelar, i april nere på dryga hälften av alla tillfrågade. Den proportionen behölls sedan, med viss variation under enskilda månader.

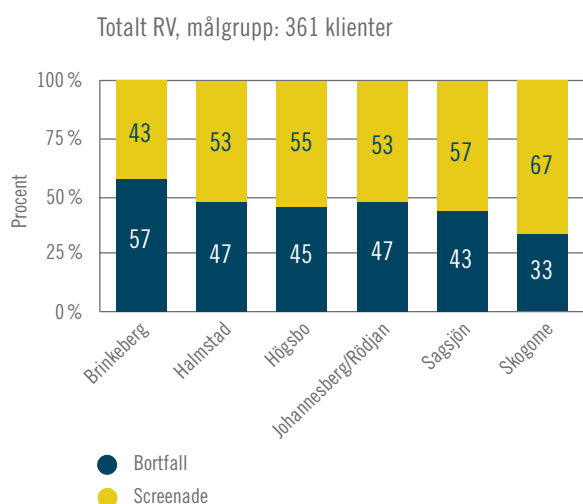
5. RESULTAT PROJEKTET

Figur 3. Målgrupp antal per månad



Det finns genomgående skillnader mellan hur stort bortfallet var på de olika anstalterna inom projektet (se figur 4). Störst var det på anstalten Skogome där endast 33 procent i målgruppen screenades, medan 57 procent av klienterna i målgruppen på anstalten Brinkeberg screenades.

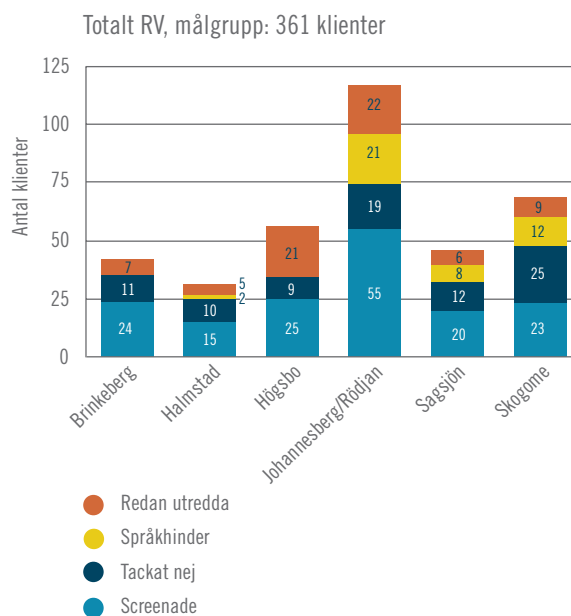
Figur 4. Bortfall – Screenade procent



I figur 5 redovisas screenade och bortfallsorsak per anstalt. Som framgår av diagrammet finns det stora skillnader mellan anstalterna avseende bortfallsor-

saker. Som redan nämnts var klienterna på Skogome minst intresserade att delta i projektet. Där var det också färre som redan hade utretts för ADHD (13 procent) jämfört med hela målgruppen (19 procent). På anstalterna Sagsjön, Skogome och Johannesberg/Rödjan* har ca 30 procent av klienterna i målgruppen språkhinder, medan det är ytterst få eller inga alls på de övriga anstalterna inom projektet. På Högsbo däremot består 70 procent av bortfallet av klienter som redan blivit utredda för ADHD, och en högre andel av de övriga klienterna tackar ja till att delta.

Figur 5. Målgrupp och screenad per anstalt



*redovisas sammanslagna då de hade samma ADHD-ambassadör

5.2.2 Redan utredda klienter

Av de 70 klienter i målgruppen som redan var utredda för ADHD har 13 procent inte fått en diagnos efter utredning, medan resterande 87 procent har en ADHD-diagnos. Samtliga av dessa utredningar hade gjorts utanför Kriminalvården; inom vuxenpsykiatri- eller beroendevården, statens institutionsstyrelse, på behandlingshem, eller i något fall hos en privatpraktiserande psykiater. De unga klienterna är överrepresenterade i denna grupp; hälften av de klienter som tillhörde målgruppen unga var redan utredda för ADHD (9 klienter). Av de klienter som redan hade en konstaterad ADHD-diagnos behandlades 52 procent av dessa för sina besvär inom sjukvården på sin

respektive anstalt, genom medicinering. Resterande 48 procent hade inte någon pågående behandling av sin ADHD. Den vanligaste orsaken till det var att sjukvården på anstalten inte hade kontaktats, där det ibland även var oklart om klienten verkligen hade en diagnos utifrån att det inte hade beställts in någon dokumentation om det. Hos nästan hälften av de klienter som hade ADHD men inte behandlades för det inom Kriminalvården fanns det dock andra orsaker; att klienten inte önskade medicinsk behandling, att den tagits bort efter misskötsamhet med medicinen eller intag av droger under vistelsetiden, eller på grund av olika medicinska skäl som gjorde att läkemedelsbehandling i nuläget inte var lämpligt.

5.2.3 Klienter som tackar nej

Totalt 84 klienter (24 procent) tackade nej till att delta i projektet. De vanligaste orsakerna till att klienterna tackar nej, där orsak anges, är att man inte upplever några besvär eller att man inte vill delta i något projekt som Kriminalvården har initierat. I några fall betonas att man anser sig oskyldig till brottet som man är dömd för. Det finns även ett fåtal klienter där ADHD-ambassadören inte har bedömt det lämpligt att tillfråga klienten p.g.a. psykisk ohälsa, som har inkluderats i denna kategori.

5.2.4 Språkhinder

Inom projektet fanns det inga möjligheter att göra neuropsykiatriska utredningar på andra språk än svenska, varför språkhinder blev en bortfallsorsak. Som beskrivet ovan fanns det stora skillnader mellan anstalterna avseende hur många klienter som hade språkhinder. Att se att nästan en tredjedel av alla klienter på tre av anstalterna inte har kunnat delta i projektet; och i förlängningen erbjudas utredning och eventuell framtida vård, utifrån att de inte är svensktalande är ett viktigt resultat i sig. Se vidare i avsnitt 8, Erfarenheter och rekommendationer.

5.3 UTREDNINGSARENDEN ADHD

5.3.1 Klienterna

Av de 162 klienter som har screenats inom projektet har ca 60 procent (n=96) screenat positivt och därmed blivit utredningsaktuella hos det mobila teamet. Av dessa hade 8 utredningar inte hunnit avslutas innan projektperioden var slut (en gräns sattes vid 15 januari 2015), och inkluderas därför inte i resultatet. Ytterligare fyra ärenden hanterades inte av teamet av praktiska omständigheter, som att klienten blev plötsligt förflyttad av olika orsaker, och i

ett fall på grund av att klienten vägrade provtagning. Resterande 84 ärenden har bedömts eller utretts inom det mobila teamet under mars till december 2014 och utgör således underlag för nedanstående resultatredovisning och analyser.

Under projektperioden har 75 män (90 procent) och 9 kvinnor (10 procent) utretts inom det mobila teamet. Sjutton klienter (20 procent) var utrikesfödda eller hade minst en förälder som var född utomlands. Genomsnittsåldern för alla som utreddes var 35 år, där genomsnittsåldern för hela anstaltspopulationen är 38 år. Det finns ingen skillnad i genomsnittsålder mellan de som fick en ADHD-diagnos eller inte. Genomsnittsåldern hos de utredda klienterna uppdelat på anstalt skiljer sig något, framförallt på så vis att den är högre på kvinnoanstalten Sagsjön (45 år).

5.3.2 Diagnos ADHD

Av de 84 bedömningar/utredningar som ingår i utvärderingen ledde 45 procent (n=37) till att en ADHD-diagnos sattes. Fyra av de ADHD-diagnoserna fanns redan innan utredningen. Av antal screenade totalt utgör det en förväntad förekomst på ca 26 procent (45 procent av positivt screenade n=96 / screenade totalt n=162) bland klienterna som har deltagit i försöket.

I två tredjedelar av ärendena specificerades form av ADHD, och det vanligaste var en kombinerad, vilket innebär att kriterierna för både hyperaktivitet och ouppmärksamhet uppnåts. I några ärenden handlar det om att klienten redan har en ospecificerad ADHD-diagnos, vilket först uppdagats när utredningen har påbörjats, och denna diagnos står då kvar ospecificerad.

Tabell 3. Diagnos ADHD.

Form av ADHD	antal	%
Ospecificerad:	11	30
Kombinerad:	17	46
Hyperaktivitet:	2	5
Ouppmärksamhet:	7	19
Totalt:	37	100

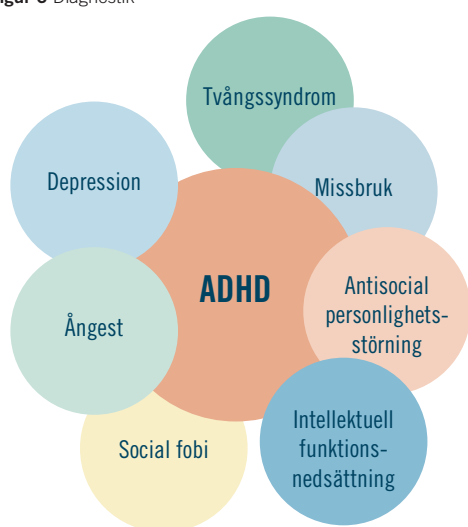
5.3.3 Differentialdiagnostik och samsjuklighet

Som beskrivet i bakgrunden innebär ADHD hos vuxna i de flesta fall att olika former av tilläggsproblematik har utvecklats, och majoriteten har en eller flera

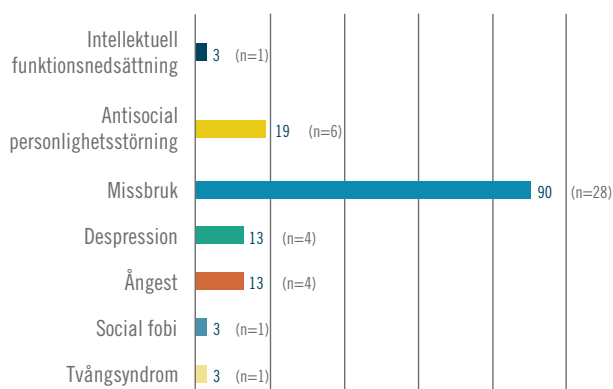
5. RESULTAT PROJEKTET

ytterligare psykiatriska diagnoser. Även i klientärendena inom projektet sattes många andra diagnoser utöver ADHD efter utredning. Likaså sattes det många andra diagnoser i de allra flesta ärenden där utredningen inte ledde fram till en ADHD-diagnos. En viktig del av en neuropsykiatrisk utredning är just att i bedömningen ta ställning till differentialdiagnostik och samsjuklighet; om de aktuella symptomen bäst förklaras av ADHD, eller om det är något annat tillstånd som bättre förklarar besvären.¹⁴ Samsjukligheten hos de klienter där ADHD-diagnos

Figur 6 Diagnostik



Figur 7 Samsjuklighet ADHD procent



¹⁴ Differentialdiagnostik: en process som undersöker olika orsaker till en rad symptom i syfte att komma fram till en diagnos; här exempelvis att missbruk bättre förklarar en symptombild än ADHD. Samsjuklighet: innebär att man har två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt; här exempelvis ADHD och missbruk och/eller annan psykisk sjukdom.

sattes redovisas i figur 7 ovan. Nästan samtliga klienter med konstaterad ADHD hade en eller flera andra diagnoser. Det vanligaste är missbruk/beroende; sammantaget hade 90 procent av klienterna någon eller flera missbruksdiagnoser samtidigt med ADHD. De vanligaste missbruksdiagnoserna var ospecificerat blandberoende/missbruk (35 procent), därefter amfetamin (22 procent), alkohol (19 procent), cannabis (19 procent) och/eller kokain (10 procent). Ofta hade samma klient flera olika specificerade missbruksdiagnoser samtidigt. Antisocial personlighetsstörning var den näst vanligaste samsjuklighetsdiagnosen (16 procent). Andra diagnoser som sattes var olika ångesttillstånd (generaliserat ångestsyndrom, panikångest, ospecificerad ångest), social fobi, depression och tvångssyndrom. Utöver de satta diagnoserna beskrivs ofta depressiva besvär, inlärningssvårigheter, drag av tvång eller tics, antisociala drag eller symptom på posttraumatisk stress, men där alla kriterier för diagnosen inte är uppfyllda. En som fick diagnos ADHD hade en samtidig intellektuell funktionsnedsättning, se vidare under avsnitt 5.3.4.

Differentialdiagnostiken, alltså de ärenden där någon annan diagnos än ADHD har bedömts förklara symptomen bättre, följer ett liknande mönster. Totalt bedöms 74 procent av de klienter som inte hade ADHD fylla kriterierna för en annan diagnos, där det vanligaste återigen är någon eller flera olika missbruksdiagnoser. Utöver mer ospecificerade blandmissbruk är alkoholmissbruk/-beroende vanligast. Det är även vanligt med amfetamin, kokain- och opiatberoende (sammantaget 15 procent), cannabisberoende (7 procent), samt ett fåtal som har missbrukat sedativa, hypnotika, och/eller GHB. Tre klienter får diagnos posttraumatiskt stressyndrom. I två ärenden konstateras en intellektuell funktionsnedsättning, och en klient får en diagnos inom autismspektrum (se vidare avsnitt 5.3.4).

Utöver de satta diagnoserna beskrivs ofta andra psykiska besvär, personlighetsdrag, inlärningssvårigheter eller andra begränsningar i funktionen, där alla kriterier för en diagnos inte är uppfyllda.

5.3.4 Kognitiv funktionsnivå

WAIS-IV är ett mätinstrument för att bedöma intellektuell kapacitet hos vuxna (16-90 år), men kartlägger även kognitiva styrkor och svagheter hos individen. När ett testresultat ska sammanfattas i en text brukar man utgå från IK-skalans medelvärde 100 och standardavvikelse 15 för att dela upp värdena, och redovisningen här följer den indelningen.

Tabell 4. Wechsler Adult Intelligence Scale. Begåvningsstest.

Beskrivning	IK-värde
Betydligt över genomsnittet	≥131
Klart över genomsnittet	116-130
Genomsnittets övre del	108-115
Genomsnittligt	93-107
Genomsnittets nedre del	85-92
Klart under genomsnittet	70-84
Betydligt under genomsnittet	≤ 69

På de utredningar som genomförts är genomsnittet och medianen på WAIS-IV helskaleindex (HIK) 82, där medelvärdet är 100 i en normalpopulation.¹⁵ Detta betyder att genomsnittet av klienterna som utretts har en kognitiv profil som är klart under genomsnittet. Fem klienter hamnar under HIK 70; resultat betydligt under genomsnittet, vilket kan ge en indikation om en intellektuell funktionsnedsättning och därmed berättigande till LSS. I en sådan bedömning vägs dock fler delar in, såsom adaptiv förmåga, och som framgår av redovisad samsjuklighet och differentialdiagnostik i avsnitt 5.3.3 sattes diagnosen intellektuell funktionsnedsättning sammantaget i tre ärenden.

5.3.5 Olika anstalter

Som beskrivet tidigare finns skillnader mellan anstalterna avseende både hur många som tackar ja till att screenas och hur många som sedan screenat positivt.

Det finns likaså skillnader mellan anstalterna när det gäller hur många av klienterna som screenat positivt, där utredningen leder fram till en ADHD-diagnos. Det rör sig om ett litet urval, men för att få en bild av skillnaden kan det ändå vara intressant att se fördelningen procentuellt (se tabell 5).

Det är samma anstalter som särskiljer sig som mer "utslagsgivande" i antal positivt screenade och hur många som leder fram till en ADHD-diagnos. Det är framförallt Högsbo som utskiljer sig som en anstalt där de allra flesta som screenas får ett positivt utslag och där utredningen sedan oftare leder till diagnos; 56 procent av alla screenade har en ADHD-diagnos efter utredning. Även Sagsjön och Brinkeberg har ett jämförelsevis högt antal klienter där utredning leder till diagnos ADHD. På Johannesberg och Skogome är förhållandena de omvända; endast 9 procent av de screeningar som görs leder fram till en diagnos.

Tabell 5. Antal screenade och diagnos ADHD per anstalt

Anstalt	Screenade	Diagnos ADHD	Andel (%)
Brinkeberg	24	9	38
Halmstad	15	1	<1
Högsbo	25	14	56
Johannesberg/Rödjan	55	5	9
Sagsjön	20	6	30
Skogome	23	2	9

¹⁵ Wechsler Adult Intelligence Scale. Begåvningsstest.

5. RESULTAT PROJEKTET

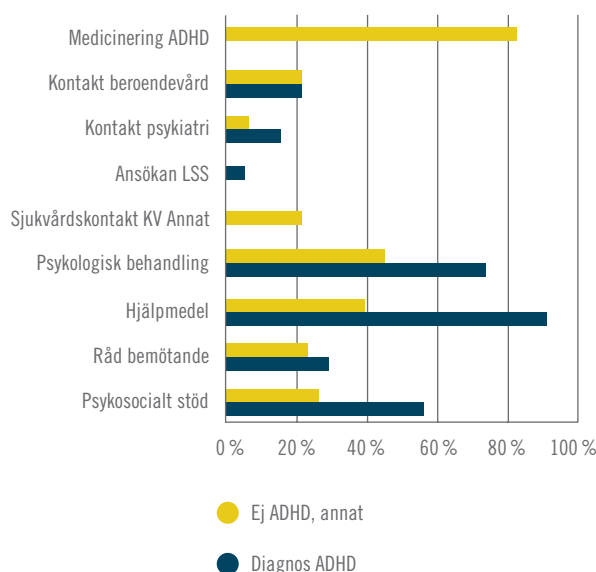
5.3.6 Åtgärder och rekommendationer

De allra flesta utredningar och bedömningar (n=69, 83 procent) leder fram till olika åtgärder och rekommendationer i utlåtandet, och ges alltid i de ärenden där en ADHD-diagnos sätts. De vanligaste åtgärderna vid ADHD-diagnos är läkemedelsbehandling; ofta som en åtgärd som sätts in av utredande psykiater, andra gånger som en rekommendation. En annan vanlig åtgärd/rekommendation är fortsatt behandling inom beroendevård eller öppenvård psykiatri efter frigivning, vilket sker i ca en tredjedel av alla ärenden (n=29, 35 procent). I hälften av dessa ärenden står det i utlåtandet att remiss har skickats eller kommer att skickas inför frigivningen. Rutinen inom projektet var att remiss skickades i samband med att utlåtandet var klart i de ärenden där klienten hade 3 månaders verkställighet kvar eller mindre, i övriga ärenden fick det göras av den ordinarie sjukvården i ett senare skede. Av de utredningar där en ADHD-diagnos inte sätts leder en fjärdedel av ärendena fram till att en ny kontakt med sjukvården på anstalten initieras för annan behandling. Det kan handla om insättande eller dosjustering av annan medicinering eller i några ärenden att en psykologkontakt inleds. Två ärenden har lett till ansökan om LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Se figur 9.

Övriga listade insatser är framförallt rekommendationer, då de ofta inte finns att tillgå på anstalten. Under rubriken Psykologisk behandling ryms exempelvis KBT-behandling eller annan psykoterapi, som rekommenderas i en femtedel av samtliga ärenden, och psykoedukation, som ofta rekommenderas vid en ADHD-diagnos. Rekommendationer kring psykologisk behandling kan även handla om olika typer av interventioner för att lära sig hantera sina reaktioner i ökad grad, såsom att arbeta med ökad mentalisering (att bättre kunna sätta sig in i egna och andras tankar, känslor och beteenden) eller gå i affektskola (för att i högre utsträckning lära sig hantera sina känslomässiga reaktioner). Även stresshantering rekommenderas, likvärdigt oavsett om ADHD-diagnos har satts eller inte.

Under rubriken Hjälpmedel ryms rekommendationer som handlar om att sträva efter ökad struktur, via rumsanpassningar såsom en studiehörna, att dela upp arbetsmoment och träna tidsuppfattning, eller att anpassa arbetsmaterial och instruktioner genom exempelvis multisensorisk teknik vid inläring, och att vara konkret i kommunikationen. Hjälpmedel är även bolltacken och dataprogram för att träna korttidsminnet.

Figur 9 Åtgärder och rekommendationer



Råd runt bemötande under anstaltsvistelsen ges, som att hjälpa klienten med att träna på problemlösning och arbeta med att positivt förstärka funktionella beteenden. Psykosocialt stöd handlar om råd runt ett ökat nätverksarbete med exempelvis arbetsförmedlingen, socialtjänsten och/eller andra instanser för att planera inför frigivningen. Mindre vanliga men förekommande är rekommendationer om anhörigutbildning, att träna på att ta ansvar för sina handlingar, arbeta på ett utökat socialt nätverk, fritidsintressen och utveckla realistiska framtidsplaner.

5.4 UTREDNINGARNA – KVALITET OCH KVANTITET

5.4.1 Utredningsärenden

Det mobila utredningsteamet har i genomsnitt hanterat ca 8 ärenden/månad istället för de estimerade 10 ärendena/månad i projektplaneringen (se avsnitt 2.1). Samtliga ärenden har kunnat hanteras inom gränsen för klientens vistelsetid.

Som beskrivet i avsnitt 4.2.3 blev en betydande del av ärendena i projektet bedömningar där en "hel" (alla moment i utredningsrutinen) utredning inte behövde göras utan endast delar av rutinen har genomförts, för att frågeställning ADHD har kunnat avskrivs. I 52 av de 84 ärendena har hela utredningsrutinen genomförts.

5.4.2 Gemensamt utlåtande

Samtliga utlåtanden som gjorts inom projektet har gått igenom efter en framtagen checklista för utvärderingen (se avsnitt 3.1). Samtliga utlåtanden som leder fram till en ADHD-diagnos innehåller med ett enkelt undantag alla de delar som ingår i rutinen; diagnoskriterierna går igenom, barndomsbesvär styrks genom anhörigintervju och/eller journaler där det finns, funktionsnedsättningen beskrivs, differentialdiagnostik och samsjuklighet finns bedömda och en utredning av kognitiv funktionsnivå görs. I 35 av ärendena har journaler beställts in för att styrka anamnesen. I 38 ärenden har anhörigintervjun genomförts, och i vissa fall har då även personal på anstalten intervjuats. I sju ärenden har endast anstaltspersonalen intervjuats. När det inte har funnits någon anhörig att intervjua har det gjorts extra ansträngningar att på annat vis kunna styrka om besvären fanns eller inte i barndomen, vilket är ett viktigt kriterium för diagnos ADHD. Att dokumentera drogfrihet lyftes under workshopen fram som något viktigt, inte minst då psykiatri- och beroendevården önskar denna information vid remiss, och gjordes i ökad grad efter det; sammantaget i ca hälften av ärendena. Klienters styrkor och svagheter redovisas, och diagnosen sätts i konsensus mellan psykolog och psykiater.

Den gemensamma utlåtandemallen som togs fram under projektperioden (se avsnitt 4.2.3) bidrog till en ökad enhetlighet avseende innehåll och omfång på utlåtandena, men det har fortsatt skilt sig åt, både mellan olika psykologer och olika psykiater. Utredningsteamet utgjordes av sammantaget fem olika psykologer på olika deltider som arbetade för projektet i varierande grad, samt tre psykiaterkonsulter, vilket begränsade möjligheten till specialisering. Några föredrog tidigare egna utredningsförfaranden, och det finns ett generellt önskemål om att kunna utöka rutinen inom projektet, som framgår i den kvalitativa utvärderingen nedan (avsnitt 7.2.4).

5.4.3 Qb-test

Qb-test är ett datoriserat test som tar ca 20 minuter att genomföra och som mäter uppmärksamhet, impulsivitet och motorisk aktivitet genom att via en sensor registrera testpersonens rörelser. Det är inte ett diagnostiskt test utan är avsett att användas som en del av en kvalificerad bedömning.

I de aktuella neuropsykiatriska utredningar som har utförts inom projekt PAMUT genomfördes ett sextioal Qb-test. I de flesta utredningar där test-

personen har haft ett avvikande resultat (jämfört med en köns- och åldersjusterad normgrupp) leder den sammantagna bedömningen efter utredning till att diagnos ADHD sätts i någon form. I ett tiotal utredningar där Qb-test visar avvikande resultat leder den sammanvägda bedömningen dock inte fram till diagnos ADHD. I ett par utredningar råder omväxlade relationer; klienten slår inte ut på Qb-test men sammanvägningen av de olika utredningsresultaten leder ändå fram till att diagnos ADHD sätts.

Faktorer som spelar in när resultaten på Qb-test tolkas är att klienten kan ha varit i affekt, att impulsiviteten inte märks i testsituationerna, att det inte sker någon gradvis försämring under tid i testet, och/eller att resultaten kan vara påverkade av klientens aktuella medicinering.

5.5 TIDSÅTGÅNG

5.5.1 ADHD-ambassadörer

Tiden som ADHD-ambassadörerna har lagt på arbetsuppgifterna inom projektet; att lista alla i målgruppen, screena klienter samt rapportera in data till projektledare och upprätta dokumentering i VSP, har varit mindre än förväntat. Den första halvårsperioden lade ADHD-ambassadören ner 1,5 timme per klient i målgruppen, medan kalkylen varit drygt två timmar, och tiden minskade under de sista fyra månaderna av projektet till en timme. En trolig förklaring är att det varit färre klienter än förväntat som tackat ja till screening, vilket är det mest tidskrävande arbetsmomentet. Ett screeningärende tog under det första halvåret av projekttiden i snitt strax under tre timmar, och kunde under de fyra sista månaderna minskas till två timmar. Totalt tog ett ärende 1,3 timmar i snitt för ADHD-ambassadörerna, per screeningärende 2,3 timmar.

Det finns skillnader avseende genomsnittstid per ärende på olika anstalter; från en knapp halvtimme upp till tre timmar. Delvis kan de skillnaderna förklaras av att förutsättningarna sett olika ut på anstalterna. Framgångsfaktorer för effektivitet har varit att ha en ADHD-ambassadör med huvudansvar på anstalten, även om det sedan kanske är flera ADHD-ambassadörer som screenar. Det har också varit lättare att hinna med projektet för de ADHD-ambassadörer som i sin grundtjänst inte arbetar på schema, då det har ökat flexibiliteten.

5. RESULTAT PROJEKTET

5.5.2 Psykiater

Tid per utredning för de ärenden som psykiater varit involverad i varierar mellan 1-5 timmar, med ett snitt på 2,9 timmar. Under den andra halvan av projektet gick psykiatertiden per ärende ner med ca en halvtimme. Det finns individuella skillnader mellan de tre psykiatrer som har arbetat för projektet på de olika anstalterna, från 3,5 till 2 timmar i genomsnitt per ärende. Den psykiater som har arbetat med flest utredningar inom projektet är även den psykiater som har minskat sin tidsåtgång per ärende mest.

5.5.3 Psykolog

Tiden per ärenden för psykologerna varierar mellan 4-50 timmar, med ett snitt på 25 timmar. Den stora spännvidden beror delvis på att en del ärenden har kunnat rundas av i ett tidigt stadie då ADHD-frågeställningen har kunnat avvisas, som tidigare beskrivet. Det finns även stora individuella skillnader mellan de sammantaget fem psykologer som under olika långa delar av projektperioden har arbetat i det mobila teamet; mellan 16 timmar upp till 40 timmar i genomsnitt per ärende. Längd på tidigare utredningserfarenhet är här en trolig bidragande faktor, och det har även skett en positiv utveckling för de psykologer som har arbetat under hela projektperioden. Psykologresursen är den del i rutinen som arbetar mobilt, och i redovisningen är restiden inkluderad i utredningstiden. Restiden för de ärenden som varit på annan ort har i snitt varit 4 timmar per ärende; i totalt ungefär hälften av alla ärenden. Utan restiden är genomsnittet per ärende 22 timmar.

Då ca en tredjedel av alla ärenden blev bedömningar eller förkortade utredningar där frågeställningen avskrivits snabbare, är det intressant att dela upp resultaten efter ärendetyp. Bedömningar utan psykiater tog i snitt 9 timmar. Hela utredningar där alla delar av utredningsrutinen inklusive psykiaterbedömning ingick tog för psykologens del i genomsnitt 30 timmar exklusive restid.

5.5.4 Sjuksköterska

De flesta sjuksköterskor på de berörda enheterna som arbetar för projektet har rapporterat in ytterst

få timmar; i genomsnitt 5 timmar per månad, med en genomsnittlig tid per ärende på 1,5 timme. Det är troligen för få timmar rapporterat utifrån egentlig arbetsinsats, som beskrivet i avsnitt 4.2.2. Den samordnande sjuksköterska som arbetat för projektet under dess tre sista månader har lagt 20 timmar i månaden på dessa arbetsuppgifter.

5.5.5 Hålltider utredningsgången

Då målgruppen har ändrats i flera omgångar under projekttiden går det inte att få ett mått på hur snabbt klienten har tillfrågats och screenats efter ankomst till anstalten. Utöver något enstaka ärende under sommaren har dock samtliga klienter i målgruppen på respektive anstalt hunnit tillfrågas och screenas. I genomsnitt tar det sedan knappt 2 veckor mellan avslutad screening och att ärendet aktualiseras hos det mobila teamet, medianen är en vecka.

Tiden mellan att ett utredningsärende aktualiseras hos det mobila teamet och att ärendet är helt avslutat skiljer sig åt något mellan anstalter (se tabell 7); i genomsnitt är handläggningstiden 7 veckor. På anstalten Sagsjön har det mobila teamet omhändertagit ärenden snabbast, i genomsnitt på fem veckor, medan det på anstalten Brinkeberg har tagit dubbelt så lång tid, i genomsnitt 10 veckor. Några enstaka ärenden skiljer ut sig med mycket långa handläggningstider; det handlar då om att klienten har bytt anstalt och kommit tillbaka, eller tvekat kring sitt deltagande i projektet.

På en av anstalterna har psykiatern ibland varit den som först har bedömt klienten, men i de allra flesta ärenden har psykologen gjort den första bedömningen. De tre psykiatrer som arbetat för projektet har skilt sig åt avseende hur snabbt de har kunnat göra sin del av en utredning; mellan 3 till 6 veckor. Under ärenden som hanteras under sommarperioden med semestrar (juni-augusti) ökar tiden per ärende (i genomsnitt 9 veckor), i övrigt ses ingen utveckling under projekttidens gång. Sammanfattningsvis har ett utredningsärende från screening till avslutad utredning tagit i genomsnitt ca nio veckor.

Tabell 6. Sammanfattning tid per ärende i timmar

ADHD-ambassadör (alla timmar/alla i målgruppen)	Psykiater (alla timmar/alla ärenden)	Psykolog (alla timmar/alla ärenden)	Sjuksköterska (alla timmar/alla i målgruppen)	Totalt
1,3 h	2,9 h	25 h	1,5 h	30,7 h

Tabell 7. Antal veckor utredningsärenden mobilt team

Anstalt	Utredning aktuell - påbörjad mobilt team	Utredning aktuell - avslutad
Brinkeberg	4	10
Halmstad	3	6
Högsbo	3	8
Johannesberg/Rödjan	2	7
Sagsjön	3	5
Skogome	3	8
Genomsnitt	3	7

5.6 KOSTNAD

5.6.1 Budgetutfall

Budgetutfallet för hela projektperioden är ca 2,6 miljoner (se tabell 8). Vid projektstart var 3,5 mkr budgeterat, men det skrevs ner när det blev tydligt att framförallt psykiaterkostnaden var lägre än beräknat utifrån antal ärenden.

5.6.2 Personalresurser

ADHD-ambassadörerna utgör endast ca 100 tkr i lönekostnader under hela projektperiodens tio månader, och för sjuksköterskorna på anstalten drygt 50 tkr.

Personalresurserna inom utredningsteamet skiftade något under projektperioden, men var i genomsnitt per månad 1,6 psykologtjänst och motsvarande 0,1 psykiatertjänst (16 konsulttimmar i månaden). Sammantaget 90 utredningar påbörjades och 84 avslutades under de tio projektmånaderna.

I snitt är ca 85 procent av psykologernas arbetstid inom projektet lagd på utredningsarbete, med individuella skillnader. Samtliga arbetade deltid för projektet och hade sin ordinarie tjänst inom

Tabell 8. Budgetutfall

Utfall januari-december i SEK	PAMUT		
	Budget	Utfall	Differens
Löner personal	1 630 660	1 858 488	-227 828
Internutbildning och konferenser	30 000	12043	17957
Resor, representation, info	127 340	114 937	12 403
Förbrukningsinventarier (datorer, tel, testmaterial)	180 000	68 826	111 174
Köpta tjänster (psykiater, Qb-test)	1 032 000	593 132	438 868
Totalt SEK	3 000 000	2 647 426	352 574

5. RESULTAT PROJEKTET

Kriminalvården. En psykiater deltog under projektgruppsmöten, och samtliga inbjöds till uppstartsmötet, i övrigt är all deras konsulttid lagd på utredningsarbete.

En uppskattning av personalkostnaden för ett utredningsförfarande med ett utfall på ca 7-10 utredningar per månad redovisas i tabell 9.

Tabell 9. Personalkostnad utredningar projektet per månad

Personal utredning	Kostnader (SEK)
Psykolog (1,6 tjänst)	85 260
Resor psykolog	6 400
Psykiater (2 heldagar)	30 700
Totalt	122 360

5.6.3 Uppstartskostnader

Uppstartskostnaden vid etablerande av ett utredningsteam är ca 45 000 per utredande psykolog enligt denna rutin, där den största utgiften är inköp av psykologiskt testmaterial. Se tabell 10.

Tabell 10. Kostnader för uppstart

Uppstart utredningsteam	Kostnader (SEK)
Psykologiskt testmaterial enligt projektrutin	32 200
Qb-test abonnemang per månad	3500
DSM 5	1000
Dator, internet	8000
Totalt	44 720

5.6.4 Kostnad per utredning

Redovisat nedan i tabell 11 är en genomsnittskostnad per utredning samt Qb-test. Psykologer inom projektet har varit involverade i samtliga utredningar och redovisas således som totalkostnad psykologpersonal / 90 utredningar. Sjukskötersketiden som är inkluderad är en mycket liten del av personalkostnaden, sammantaget 0,2 tjänst per månad om man slår ihop samtliga enheter inom projektet. Psykiater har utrett i ett femtiotal ärenden och redovisas som totalkostnad psykiaterkonsulter / 55 utredningar. Qb-test kostar i snitt ca 1000 kr per utredning. Sammantaget har en utredning inom rutinen för projekt PAMUT en lägre kostnad än de som utförts för Kriminalvården som en köpt tjänst, vilka kostar i snitt 60tkr per utredning.

Tabell 11. Kostnad per utredning

En utredning	Kostnader (SEK)
Personalkostnad (psykolog, sjuksköterska, inkl resor)	12 140
Psykiater	7280
Qb-test	1029
Totalt	20 449

6. ÖVRIGA UTREDNINGAR AV ADHD INOM KRIMINALVÅRDEN

Som tidigare beskrivet går det naturligtvis inte att jämföra resultat som har tagits fram genom en riktad satsning med en ordinarie verksamhet. Syftet med nedanstående sammanställning är istället att sätta in dem i ett sammanhang och på så vis kunna göra en uppskattning av "nyttan" med projektet. I redovisningen av tvillinganstalterna ges en mer specifik beskrivning av olika utredningsrutiner och tidsåtgång inom Kriminalvårdens övriga utredningsverksamhet.

6.1 SAMMANFATTNING

Inom Kriminalvårdens ordinarie verksamhet genomfördes 132 utredningar av ADHD under 2014. Det är en stor spridning mellan de olika regionerna avseende antal utredningar, rutiner och innehåll.

6.2 ÖVRIG UTREDNINGSVERKSAMHET INOM KRIMINALVÅRDEN

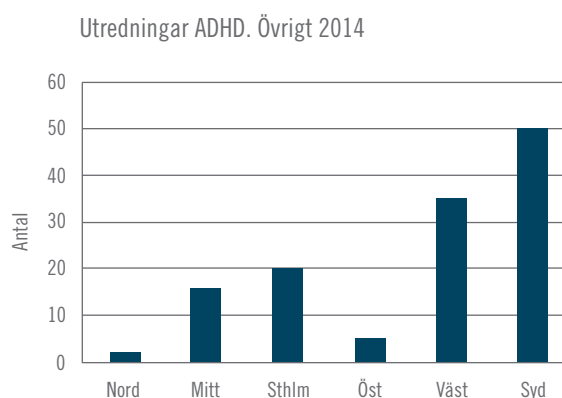
6.2.1 Utredningar ADHD

Sammantaget under hela 2014, alltså två månader längre än projektperioden för PAMUT, genomfördes 132 utredningar av ADHD inom Kriminalvårdens övriga verksamhetsområden, se figur 10 för en genomgång per region. Definitionen på utredning som har använts är att det på anstalten har gjorts en professionell bedömning av frågeställning ADHD. Ibland har det alltså gällt ärenden där klienten redan har en diagnos från utsidan, men där en ny kortare bedömning gjorts, eller kompletteringar av ofärdiga tidigare utredningar. De utredningar som gjorts inom de två systerprojekten PAMUT och PAST har utelämnats. Utifrån förväntad förekomst, som beskrivet i avsnitt 1.2.2, utförs det alltså få utredningar av ADHD inom Kriminalvården.

6.3 TVILLINGANSTALTER

Som beskrivet i avsnitt 3 valdes sex anstalter runt om i landet ut som tvillinganstalter för utvärderingen; Nyköping, Västervik, Karlskoga, Gävle, Färingsö och Kristianstad. På två av anstalterna genomfördes utredningar av ADHD; Färingsö och Kristianstad, och på anstalten Västervik startades en utredningsverk-

Figur 10 Utredningar övrigt



samhet upp under de sista månaderna av projektperioden. För dessa anstalter redovisas respektive enhets utredningsförfarande och en uppskattning av tidsåtgången per utredning. Gällande de anstalter som inte hade en egen utredningsverksamhet redovisas hur omhändertagandet av frågeställningen ADHD på anstalten ser ut. På samtliga sex tvillinganstalter genomfördes även kvalitativa intervjuer, redovisat nedan i avsnitt 7.

6.3.1 Anstalten Kristianstad

Anstalten Kristianstad har 76 platser i säkerhetsklass 2 och 23 platser i säkerhetsklass 3; där 17 av platserna utgör en ungdomsavledning. Anstalten var en av de första anstalterna inom Kriminalvården som började utreda ADHD som en del av ungdomssatsningen, och har, bortsett från ett kortare uppehåll, haft en sådan verksamhet sedan ca fem år tillbaka. Målgruppen för ADHD-utredningsverksamheten är främst unga klienter, och de tillfrågas aktivt av sjuksköterskan. Sedan några år tillbaka erbjuder man även utredning till sexualbrottsdömda klienter, vilka kan göra en egenanmälan till sin kontaktperson. Hittills är det framförallt ungdomar som har utretts, och personalen upplever att intresset för utredning är lägre bland övriga klienter. För att ingå i målgruppen behöver verkställigheten vara minst fyra månader.

Rutinen på ungdomsavdelningen är att sjuksköterskan gör en bedömning av eventuell ADHD-frågeställning i samband med klientens ankomstsamtal.

6. ÖVRIGA UTREDNINGAR AV ADHD INOM KRIMINALVÅRDEN

Sjuksköterskan går då igenom anamnes, och delar ut ett kuvert med WURS och ASRS självskattning samt information om Qb-test till klienten. Klienten får sedan fylla i screeninginstrumenten med sin kontaktman, samt lämna kontaktuppgifter till en anhörig att göra anhörigintervju med. Klienten får även registrera en veckas sömndagbok. Utbildad vårdare genomför Qb-test, som lämnas till sjuksköterskan. Vid avvikande resultat bokas tid för fortsatt bedömning hos psykiatern på anstalten. Vid misstanke om låg begåvning kopplar psykiatern in psykolog. Allmänläkare gör en kroppslig undersökning och blodprover tas enligt Kriminalvårdens riktlinjer. Psykiatern är den som ställer diagnos. Sköterskan håller i ärendet genom hela rutinen och gör en sammanställning av materialet som dokumenteras i journalen. På anstalten Kristianstad finns även en rutin för uppföljning av medicineringen med Qb-test.

Rutinen tar normalt cirka fyra veckor. Under 2014 genomfördes sammantaget ca 28 utredningar, varav 25 var inom klientgruppen unga; ofta handlar det om uppföljningar där klienter redan har en diagnos sedan tidigare.

6.3.2 Anstalten Färingsö - ITOK

På kvinnoanstalten Färingsö har de intagna erbjudits neuropsykiatrisk utredning med ADHD-frågeställning sedan ca 5 år tillbaka. Det är ett samarbete med Stockholms läns landsting, genom verksamheten ITOK.¹⁶ Målgruppen är klienter som har en beroendesjukdom, med minst fyra månaders vistelsetid kvar och som är skrivna i Stockholms län.

På anstalten Färingsö är det kontaktpersonen som genomför screeningarna ASRS och WURS med klienten, vid egenmälan eller på indikation från personalen. Sedan gör klienten tillsammans med sin kontaktperson en ansökan till ITOK, med bifogad screening. I rutinen finns en samordnare anställd på Frivården som informerar klienten och koordinerar insatserna. Utredningsrutinen följer sedan Beroendecentrumets riktlinjer, då en psykolog från ITOK kommer till anstalten och utreder. Testrutinen, som inkluderar olika skattningar och psykologiska test, skiljer sig mellan olika psykologer men WAIS-IV görs alltid (begåvnings-test, se avsnitt 5.3.4) och vanligen ca 7-8 andra självskattningar, psykologiska test och

diagnostiska intervjuer, genomgång av aktmaterial och journaler, samt anhörigintervju. Avstämning med psykiater på ITOK sker efter psykologens utredning och diagnos sätts i konsensus. Många andra diagnoser sätts utöver en eventuell ADHD-diagnos. I utlåtandena rekommenderas ibland mediciner, men även psykosociala insatser, färdighetsträning, återfallspreventionsgrupper, och ibland psykologsamtal. Efter avslutad utredning erbjuds fortsatt vårdkontakt med beroendevården i Stockholm.

Psykologen kommer normalt till anstalten och utreder inom två veckor, men tiden för avslutat ärende varierar beroende på psykiatertid. Under 2014 genomfördes sju utredningar.

6.3.3 Anstalten Västervik

På Västervik påbörjades en utredningsverksamhet under november 2014, så den var under uppstart vid den aktuella utvärderingen. Man har ännu inte beslutat om att ha någon speciell målgrupp, men bedömer att det kan komma att behövas utifrån resursbegränsningar.

Rutinen innebär screening och Qb-test av utbildade vårdare, följt av gemensam genomgång av resultaten tillsammans med psykolog på anstalten. I utredningsförfarandet ingår alltid både psykiater- och psykologbedömning med tester, såsom begåvnings-testet WAIS-IV, och skattningar. När utlåtandet är klart hålls ett nätverksmöte, oavsett om diagnos sätts, mellan anstalten och socialtjänsten.

6.3.4 Tidsåtgång och dokumentation

Som framkommer ovan ser innehållet på utredningarna olika ut på olika anstalter. Ibland sätts diagnos efter en enskild konsultation medan det ibland kräver många testtillfällen och flera bedömare. Rutinen för hur utredningsresultaten dokumenteras skiljer sig också mellan de tre anstalterna. På en görs inget utlåtande alls utan endast journalföring, på en annan skriver psykologen utlåtandet, på en tredje skriver psykolog och psykiater var sitt utlåtande samt ett kortare gemensamt dokument som ges till klienten. Även tidsåtgången skiljer sig åt avsevärt; för psykiater mellan 1 till 5 timmar och för psykolog mellan 25 och 40 timmar.

¹⁶ ITOK: Integrerat team för opiatberoende kriminalvårdsklienter

6.3.5 Anstalterna Nyköping, Karlskoga och Gävle

På tvillinganstalterna Nyköping, Karlskoga och Gävle finns ingen pågående ADHD-utredningsverksamhet, men det finns olika rutiner för att omhänderta problematiken. Samtliga begär in tidigare utredning om klienten uppger att en sådan finns. I olika utsträckning skickas remiss till hemlandstinget för vidare utredning. Klienten kan söka en sådan kontakt via en egenanmälan till sjuksköterskan på anstalten, eller på en kontaktpersons initiativ. Ett alternativ på en anstalt var att uppmana klienten att själv söka sig till en beroendeklinik efter frigivning. Enstaka klienter per år blir skickade till utredningshem som

en utslussningsåtgärd; då initierat av socialtjänsten och ofta i samarbete med Frivården. På Karlskoga hade man under en period utfört ADHD-utredningar med psykiater och sjuksköterska på anstalten, men fått sluta på grund av personalförändringar. En annan lösning man tidigare haft på Karlskoga var ett samarbete med den lokala psykiatrin, där klienter fått transport till psykiatrimottagningen för utredning. Uppföljningen har sedan kunnat göras på anstalten med personal från landstinget.

7. KVALITATIV UTVÄRDERING

7.1 SAMMANFATTNING

Samtliga grupper som har intervjuats upplever ett behov av att utreda ADHD på anstalt, men hur man vill lägga upp det skiljer sig åt. Framgångsfaktorer för en screening- och utredningsrutin beskrivs vara tydliga funktioner och att det sker en satsning på hela anstalten. På de tvillinganstalter som har utrett länge betonas att det tar lång tid att införa en ny rutin. På anstalterna i försök PAMUT hade man önskat mer återkoppling. På både anstalter i projektet och tvillinganstalterna upplever man att det är ett stort fokus på utredning och läkemedelsbehandling av ADHD, och man önskar fler hjälpmedel och mer utbildning.

7.2 PROJEKT ADHD MOBILT UTREDNINGSTEAM

Intervjuerna med samtliga anstalter inom projektet och projektgruppen redovisas samlat, utöver i vissa frågor där det blir relevant att redovisa projektgruppens resultat separat. På anstalterna var det som regel en grupp bestående av ADHD-ambassadören/ambassadörerna, sjuksköterska och den kriminalvårdsinspektör som var kontaktperson för projektet. I intervjun med projektgruppen deltog två psykologer, två psykiatrer och den samordnande sjuksköterskan. De psykologer som arbetat för projektet men inte kunde delta på intervjun har skickat in skriftliga svar på frågorna.

7.2.1 Implementering av en ny rutin

Det rådde en enhällighet i att satsningen på att screena och utreda ADHD på anstalt var efterfrågad och projektet välkommet, då det finns ett tydligt behov som uppmärksammats länge. En relativt stor del av det som framkommit i fokusgrupperna kretsar kring att en tydlig och bra kommunikation är central för att rutinen ska kunna implementeras framgångsrikt i verksamheten. Det ansågs positivt att det under projektperioden varit uppstartsseminarium, informationsträffar och uppföljningsmöten. En del önskade mer representation på plats från projektledaren för att öka engagemanget på anstalterna. De ändringar av målgruppen och av rutinen som skedde under projektperioden kändes förvirrande för personalen i projektet. Personalen upplever att projektet indirekt ledde till att arbetsgrupperna som ingått ute på an-

stalterna börjat kommunicera mer med varandra om klienterna på ett kvalificerat och värdefullt sätt.

Slutligen beskrivs tydliga roller och uppgifter som viktigt, för att kunna skapa varaktiga processer på anstalten; att det är tydligt vad som ingår i en funktion och att det inte är personbundet.

7.2.2 Målgrupp

Det skapade en del problem på anstalterna att inkluderingen i projektet inte var anpassat till behoven. Man har upplevt det som svårt och oetiskt att säga nej till en klient med behov av en utredning men som saknar våld i den aktuella domen. Detta har till och med lett till hot från en klient som inte var i målgruppen.

7.2.3 Screeningrutin; effektivitet och kvalitet

Personalen upplever nästan enhälligt att det behöver vara fler "grindar" in till utredningen. En hel del bedömer att screening av klienter inte bör ske systematiskt, utan hellre genom egenanmälan från klienten eller på indikation från någon i personalen. Andra trycker mer på att det behövs föras in en tidigare professionell bedömning efter screeningen av exempelvis sjuksköterskan på anstalten. På några anstalter vill sjuksköterskan vara den som screenar. Projektgruppen menar att screeningen inte bör rikta in sig på enbart ADHD utan att man även ska screena för andra diagnoser, då ADHD sällan förekommer ensamt.

När det gäller rutin för screeningen beskrivs det som effektivt att göra den i samband med ett annat möte med klienten, det underlättar för att få in den i sin befintliga verksamhetsrutin. Det har funnits olika uppfattningar i huruvida anstalterna upplevt projektet som belastande eller ej. Trots att förfarandet tagit tid i anspråk har det i de flesta fall ansetts som en hjälp för att anpassa insatser efter individens behov. Bland de som ansett att rutinen varit belastande har önskemål om schemaläggning av utredningstiden varit central.

Funktionen med den centralt placerade sjuksköterskesamordnaren som infördes en tid in i projektet väckte reaktioner. Anstalterna upplever att de tappade kontrollen över processen och att det ledde

till sämre information till personalen och klienterna. Även från denna funktion efterfrågas mer feedback och återkoppling till personal ute på anstalt.

7.2.4 Utredningsrutin; effektivitet och kvalitet

Personalen på anstalterna tycker att utredningsteamet är proffsiga och att utredningarna och utlåtandena är välskrivna och användbara, i de tillfällen man har fått tillgång till informationen. Det som tas upp som förbättringsområden för att öka kvalitet och/eller effektiviteten är:

- En del anstalter upplever att det varit för lång väntetid till det mobila teamet, och att det brustit i information till klienten om handläggningstider.
- Anstalten vill ha bättre tillgång till psykologerna och förutsättningar att hantera de åtgärdsförslag som utlåtandena ger. I nuläget upplever man att sjukvårdssekretessen ofta hindrar tillgång till informationen.
- Psykologerna upplever att det är svårt att få tillgång till psykiatrer och att de inte har samma rutiner sinsemellan, vilket är viktigt för att processen ska bli effektiv.
- Både psykiatrer och psykologer vill ha mer tid för sin bedömning. Teamet upplever att utredningsrutinen är för snäv, och oroar sig för att inte få en helhetsbild och att det kan komma att påverka kvaliteten. Man vill göra en bredare allmänpsykiatrisk utredning, ha tillgång till fler journaler och tidigare utlåtanden och utredningar, och inte bara fokusera på ADHD utan även andra funktionshinder, missbruksproblematik och psykiatrisk problematik generellt.
- Det kan innebära en del logistiska svårigheter att vara mobil, såsom Qb-test som inte fungerar, journalbeställning och att hantera transport av klient och rumsbokningar på så många olika anstalter.

7.2.5 Behandlingsinsatser, åtgärder

Den behandlingsinsats som finns att tillgå idag på alla anstalter är medicinering. På tre av anstalterna finns behandlingsprogrammet R&R2 ADHD, på någon anstalt finns balansbrädor och bolltacken. En del anstalter betonar även att man har arbetat med sitt förhållningssätt, att arbeta i kortare sekvenser och ha ett accepterande klimat.

Projektgruppen beskriver en upplevelse av att det inte finns någon som tar emot rekommendationerna på anstalten och att det finns ett behov av att stärka uppföljningsarbetet på anstalterna, inte bara

runt ADHD utan även andra funktionsnedsättningar. Även personalen på anstalterna beskriver ett stort behov av andra insatser; man vill bland annat ha mer utbildning om funktionshinder till personalen, och vill kunna erbjuda ADHD-skola till klienterna. Som beskrivet ovan vill man även informeras mer om utredningsresultaten.

7.2.6 Farmakologisk behandling

Medicinering som huvudåtgärd kritiseras genomgående av personalen och projektgruppen. Dels utifrån att man inte menar att det ska vara det första alternativet, dels utifrån att medicinhanteringen får stora konsekvenser på anstalten. Man upplever medicineringen som efterfrågad bland klienterna, som ofta har ett tidigare missbruk. Vidare ger det mycket merarbete för sjukvården och övrig berörd personal gällande insättning av medicinering och uppföljning. Man efterfrågar nationella riktlinjer för vilka insatser och behandlingar som ska användas och när, hur de ska följas och hanteras på anstalten, och när remiss till hemorten ska skickas.

7.3 TVILLINGANSTALTER

7.3.1 Ska Kriminalvården utreda ADHD?

Oavsett om anstalten i nuläget har en utredningsverksamhet för ADHD eller inte så finns det intresse hos samtliga intervjuade tvillinganstalter att kunna erbjuda det på sikt. Man är medveten om att det sker en satsning, och beskriver den som nödvändig för att utredningsverksamheten ska kunna uppstartas och upprätthållas. På flera av anstalterna har utredningsverksamhet tidigare startats upp av "eldsjälar", som sedan stannat av vid personalomsättning.

Hur prioriterad den verksamheten ska vara och hur man vill att den ska utformas skiljer sig dock åt. Den anstalt som är mest kritisk till satsningen på att utreda ADHD inom Kriminalvården upplever att frågan har tagit över, och gör att viktigare frågor hamnat i skuggan. Det finns delar av personalen som upplever att det går emot andra uppdrag, i detta fall missbruksbehandling. Andra anstalter ser det som centralt att utreda ADHD och beskriver det som en rättighet. På de anstalter där man utrett länge beskriver man en process där det initialt var en del motstånd från personal runt att utreda, men att man nu är mer samstämmiga då personalen har sett vilken skillnad det kan göra för en klient att få behandling för sin ADHD kontra de som inte får det.

7. KVALITATIV UTVÄRDERING

Fördelar som lyfts med att utreda på anstalten är att klienten då är drogfri. Man upplever även att det går snabbare att utreda på anstalt än inom landstinget. Andra enheter ser helst att landstinget utreder, och att Kriminalvården köper in det som en tjänst, utifrån att man i psykiatri är experter på området och således kommer vara mer specialiserade och göra bättre utredningar.

7.3.2 Målgrupp

Synen på vilka klientgrupper som bör prioriteras skiljer sig åt. Ibland avgör inriktningen på anstalten, som beskrivet ovan när anstalten har en ungdomsavdelning. På andra handlar det om vad man upplever blir mest verksamt; ett förslag är att bara tillfråga unga klienter för att kunna skilja besvären från effekter av ett långvarigt missbruk; ett annat att man ska fokusera på just klienter med missbruk då man misstänker att ADHD är vanligare i den gruppen. Att begränsningar kan behöva göras utifrån de resurser som finns är något som de allra flesta anstalter upplever.

Några anstalter menar att det ska vara upp till klienten att göra en egenanmälan för ADHD-screening, andra att kontaktpersonen ska fråga aktivt, andra att det endast är sjukvården som ska bedöma det. En gemensam oro som tas upp är dock att det blir fel personer som tillfrågas, att det inte blir behov som styr utan den som "ropar högst" och träffar på "rätt personal" då engagemanget kan se olika ut på olika avdelningar.

Som beskrivet ovan har de tvillinganstalter som genomför utredningar en gräns på minst 4 månaders, ibland minst 6 månaders, verkställighet. Man beskriver vikten av att klienten hinner landa i början av vistelsen och att vid diagnos hinna sätta in mediciner och se till att det finns ett mottagande på utsidan efter utredning. Alla betonar samtidigt att undantag görs med kortare vistelsetid; det finns ett starkt engagemang kring att hinna med mycket under en verkställighet.

7.3.3 Screening- och utredningsrutin: effektivitet och kvalitet

Samtliga anstalter som har eller har haft en utredningsverksamhet beskriver att det tar lång tid att föra in gemensamma rutiner, minst ett år, och att hela anstalten måste informeras och engageras. Framgångsfaktorer och utmaningar som tas upp är:

- Det är viktigt att ha några engagerade utsedda huvudansvariga som håller i frågan. Detta behöver sedan backas upp från ledningen och ges en struktur för att det ska hålla. Det betonas att det är viktigt att uppdraget är en funktion, att det annars blir sårbart vid personalförändringar.
- Tydliga roller för alla i personalen som berörs av en utredningsverksamhet; vem som gör vad innan, under och efter en utredning, och att man påminner om det kontinuerligt då det lätt blir rörigt på en anstalt.
- Information till all personal på anstalten. Det betonas att det är viktigt med ett gemensamt "tänk" runt frågan, även för personal som inte arbetar direkt med det. På de anstalter där man uppnått detta har man under flera år haft utbildningar och möten för samverkan mellan olika involverade personalgrupper.
- En plan över hela utredningen med klienten och information om att det är svårt att veta från början vad en utredning leder fram till. Man upplever att det har ökat motivationen, samt minskat klientens övriga vårdsökande.
- Sjukvårdssekretess, och informationsöverföringen till anstalt tas upp som ett hinder; ibland informeras bara klienten och anstalten vill ha mer information om utredningsresultaten. Detta tas även upp som ett problem om landstinget skulle göra utredningarna.
- Logistik som behöver komma på plats återkommer som en svårighet med att utreda på anstalt; utredningsresurserna ska förhålla sig till olika andra bokade besök, transporter av klienten, att Qb-test fungerar och att det finns utrymme på anstalten, eller larm som går.

7.3.4 Åtgärder efter utredning och inför frigång

Samtliga sex intervjuade tvillinganstalter har klienter som får läkemedelsbehandling för sin ADHD, och alla betonar att man vill ha mer att erbjuda. Vad som finns att tillgå ser olika ut; på några av anstalterna finns bolltäckan och tillgång till psykolog, på anstalten Västervik finns en egen avdelning med psykoedukation i grupp, yoga, behandlingsprogram och affektskola, på andra anstalter finns inget av detta. Man lyfter olika önskemål som att ha en arbetsterapeut, psykolog, skapa ökat nätverksarbete med socialtjänsten, coach, anhöriginformation och att anpassa anstalten på olika vis.

När det gäller utbildning för personal så lyfter flera anstalter att föreläsningar om ADHD ofta blir "kaka på kaka" om vad ADHD är; det som önskas är utbildningar om vad man ska göra efter att diagnosen har satts; förhållningssätt och insatser under resterande verkställighet.

7.3.5 Vårdkedjan – olika rutiner och upplevelser

Det skiljer sig en del åt hur samarbetet med lands-tingen uppfattas; vissa upplever att det har gått att trycka på i vårdkedjan om man skickat remiss i god tid och följt upp; andra har blivit restriktiva eftersom man upplever att remisserna ändå inte tas emot. Det skiljer sig även åt hur långt in i processen man upplever att vårdansvaret sträcker sig. På vissa anstalter beskriver man att man kan skicka remiss i efterhand, men betonar att det alltid är upp till klienten. Andra betonar hela tiden att det viktiga är vårdkedjan, och att man har som krav att det ska finnas en mottagare på utsidan för att utredning och/eller behandling ska inledas under anstaltstiden.

7.3.6 Medicinhanteringen avgörande

Det som väcker starkast reaktioner under intervjuerna är ofta diskussioner om medicinering. Man beskriver olika rutiner gällande drogfrihet innan utredning och/eller insättande av medicinering, medicindoser och hur säkerhetsrutiner runt medicineringen hanteras. På de anstalter där detta inte fungerar handlar det om läckage till fel personer eller oklara direktiv om doser så att klienten hela tiden söker mer, vilket skapar konflikter och påtryckningar på personal och på klienten själv ifrån andra intagna. På andra anstalter där säkerhetsrutinerna fungerar och det finns tydliga direktiv runt medicindoser beskrivs det som ett icke-problem: "Mycket som kan skapa osämja men inte det", som en anstalt uttrycker det. Hur detta fungerar på anstalten påverkar hela inställningen till ADHD-verksamheten på anstalten generellt.

8. ERFARENHETER OCH REKOMMENDATIONER

Projekt ADHD Mobilt utredningsteam är ett projekt som involverat enheter på både regional och nationell nivå. Det finns mycket att lära både av arbetsprocessen och av de resultat som projektet har genererat. I utvärderingen ingår att ge rekommendationer inför ett eventuellt permanentande av den aktuella rutinen, eller vid införande av en annan ADHD-utredningsrutin inom Kriminalvården.

8.1 MÅLGRUPP OCH SCREENING

8.1.1 Målgrupp

En återkommande svårighet har varit att för personalen acceptera och hantera att satsningen riktar sig till en avgränsad målgrupp, vars inklusionskriterier inte är baserade på behov; något som ibland blir svårt att försvara när man som personal arbetar så nära klienterna.

Att man i projektförberedelsen räknat med ett deltagande på nästan två tredjedelar kan konstateras ha varit en överskattning; istället blev det knappt hälften som tackade ja till screening. ADHD-ambassadörerna gick igenom en process där man kunde få upp deltagandet en del i början av projektet, och inget har framkommit som tyder på att det går att öka ytterligare. I tidigare svenska försök har ca en tredjedel tackat nej; och att fler än förväntat redan har en utredning (framförallt unga) tyder snarare på att utvecklingen har gått framåt och att många med ADHD redan har fått en diagnos. Det Kriminalvården kan göra i de ärenden är att se om det ytterligare går att stärka rutinerna för att inom sjukvården fånga upp dessa klienter som har en diagnos sedan tidigare, för behandling under verkställigheten. Den bortfallsorsak som lämnar mest utrymme för verksamhetsutveckling är de klienter inom Kriminalvården som har tolkbehov eller på andra vis behöver anpassade bedömnings- och utredningsmetoder utifrån språkhinder. Resultaten visar att det rör sig om en stor grupp klienter; i detta försök 12 procent av alla i målgruppen. Inom ett projektformat kan sådana gränsdragningar behöva göras, men det finns behov att etablera rutiner för att på ett bättre vis omhänderta dessa klienter inom Kriminalvården.

8.1.2 Systematisk screening

ADHD-ambassadörerna har infört rutinen med systematisk screening, och tidsåtgången per ärende

är låg. De har dessutom fått en viktig roll i att hålla ihop ett ärende och hantera ADHD-omhändertagandet på anstalten i stort; en funktion som lyfts fram som viktig även på tvillinganstalterna för att etablera verksamheten på plats. Förfarandet med systematisk screening har gjort att fler klienter har screenats, och i förlängningen fått en neuropsykiatrisk utredning med ADHD-frågeställning, jämfört med gängse förfarande i Kriminalvården. Samtidigt har rutinen upplevts som alltför tidskrävande och felriktad av en del av personalen inom projektet. Vi vet heller inte hur många klienter som hade kunnat få ett utredningsbehov identifierat på andra anstalter, om man fått motsvarande resursökning.

Utifrån projektets resultat förefaller screeningformulären vara mindre träffsäkra när de används i en systematisk screening, jämfört med när de används på indikation (där en misstanke om ADHD redan finns). Det är fler som screenar positivt; i tidigare screeningundersökningar har ca 40 procent screenat positivt, i detta projekt var det ca 60 procent. Samtidigt har knappt hälften av de vidare utredningarna efter positiv screening inom projektet lett fram till någon form av ADHD-diagnos. Så många "falska positiva" kan ha olika orsaker; såsom att klienten har annan psykisk ohälsa som "slår ut" i skattningarna, är mer allmänt hjälpsökande, eller att klienten av olika skäl gärna vill ha en utredning. Samtidigt har de bedömningar och initierade utredningar som inte lett fram till en ADHD-diagnos ofta lett fram till andra diagnoser och åtgärder. Klientkartläggningen (2013) visar att nästan hälften (44 procent) av klienterna på anstalt har en psykiatrisk diagnos, och 70 procent har ett missbruk varav en tredjedel är narkotikamissbruk. Att delta i projektet har alltså kunnat bli en väg in till att få motta annan vård för klienterna.

8.1.3 Skillnader mellan anstalterna

Som framgår av resultaten skiljer det sig avsevärt åt på de olika anstalterna gällande hur många klienter som önskar och kan delta, och av dem hur många som sedan screenar positivt. De olika inriktningarna anstalterna har är säkerligen av betydelse här; se vidare diskussion nedan under avsnitt 8.2.3. En annan skillnad är hur många av klienterna som har språkhinder, där Johannesberg, Skogome och Sagsjön är överrepresenterade.

¹⁷ RAADS-14 Screen: en förkortad version av Ritvo Autism and Asperger Diagnostic Scale.

8.1.4 Rekommendationer målgrupp-screening

- Behåll funktionen ADHD-ambassadör på anstalt och ge dem en utökad roll som lokal ADHD-samordnare utöver screeningarbetet. Det är lättare om den personalen inte är schemalagd i sitt grunduppdrag, och det behöver inte vara sjukvårdspersonal utan det ger snarare en lägre tröskel till omhändertagande om de inte är det.
- Behåll systematiskt tillfrågande/screening på de anstalter som har högre utfall (här Högsbo, Brinkeberg, Sagsjön). Dessa är samtliga anstalter med inriktning missbruk. På andra anstalter med ett lägre deltagande och färre som får diagnos vid utredning (i detta försök anstalter med inriktning på relations- eller sexualbrott) kan det snarare vara på indikation eller efter egenanmälan.
- Undersök om det går att hitta rutiner för att bättre fånga upp klienter som redan har en ADHD-diagnos så de får kontakt direkt med sjukvården. Ett exempel på en fungerande sådan rutin finns på anstalten Kristianstad.
- Utred omhändertagandet av klienter med ett andra förstaspråk än svenska för en mer jämlik sjukvård. Johannesberg, Sagsjön och Skogome har ett bra klientunderlag för sådana projekt.
- Ett framtida utvecklingsområde är en ökad teknisk innovation i samarbete med IT gällande screening och bedömning på svenska såväl som andra språk.

8.2 DIAGNOS ADHD

8.2.1 ADHD Förekomst

Detta är inte en prevalensstudie, och det är svårt att bedöma något utifrån att så pass få i målgruppen faktiskt screenades. Men att ca 25 procent av klienterna som tackade ja till att delta i projektet har diagnos ADHD efter vidare utredning stämmer väl överens med internationell forskning (se avsnitt 1.2.2). En möjlig skillnad mellan Kriminalvårdens klienter och vuxna med ADHD i övrigt är att det förefaller vara fler som har fortsatt kombinerad form, alltså hyperaktiva och impulsiva symptom även som vuxna.

8.2.2 Samsjuklighet och differentialdiagnostik

Att samsjukligheten var hög stämmer även det väl överens med forskningen på området. De flesta klienter har ett samtidigt missbruk, vilket är den vanligaste samsjukligheten vid ADHD hos kriminalvårdsklienter. Även att det finns en hög andel

klienter inom Kriminalvården med en begåvningsnivå inom det lägre intervallet är känt sedan tidigare. I rapporten Begåvning och brottslighet bland svenska män (2010) beskrivs hur låg begåvning ger en ökad risk för kriminalitet och fängelse, men även psykiatrisk sjukdom och missbruk, och det är inom denna grupp dubbelt så vanligt att ha begått minst ett allvarligt brott. Det är samtidigt inte så många av utredningsärendena inom projektet som leder fram till att andra diagnoser relaterade till en annan funktionsnedsättning konstateras, såsom intellektuellt funktionshinder eller autismspektrumstörning. Möjligheten att utreda även detta hade lagts till rutinen då det fanns en misstanke utifrån tidigare studier och personalobservationer att förekomsten var hög, men resultaten från PAMUT tyder alltså inte på det. I ett fåtal ärenden konstateras dock andra funktionshinder, och en sådan bedömning är således en nödvändig del av en utredningsrutin för att kunna bedöma differentialdiagnostik och samsjuklighet. Antisocial personlighetsstörning och olika ångest- och depressionstillstånd är de vanligaste diagnoserna utöver missbruk i utredningarna inom projektet. När det gäller antisocial personlighetsstörning, som kännetecknas av allvarligt normbrytande beteende med debut före 15 års ålder, finns i dagsläget ingen evidensbaserad behandling att tillgå. Att behandla ADHD-symptom som impulsivitet kan troligtvis påverka vissa delar som driver det normbrytande beteendet i personlighetsstörningen också.

Det är dock värt att notera att sjukvården utanför sitt uppdrag i det mobila teamet har utrett ca fem klienter som har fått en autismsdiagnos. I systerprojektet PAST i region Stockholm har den systematiska screeningrutinen kompletterats med ett screeningformulär avseende autismspektrum (RAADS-14)¹⁷, i syfte att undersöka hur många klienter med problem inom autismspektrumstörning som inte fångas upp vid enbart ADHD-screening.

ADHD är den diagnos som vi i nuläget vet mest om när det gäller positiva effekter av behandling under verkställigheten. Resultaten tyder således på att det är möjligt att genomföra utredningar med en tillräckligt hög kvalitet som behåller den frågeställningen som ligger närmast Kriminalvårdens uppdrag.

Att resultaten på WAIS-IV i genomsnitt ligger klart under genomsnittet bekräftar tidigare kunskap, och visar på att program och andra insatser behöver kunna anpassas och göras tillgängliga även för klienter med olika former av inlärningssvårigheter.

8. ERFARENHETER OCH REKOMMENDATIONER

8.2.3 Skillnader mellan anstalter – vad beror det på?

Som framgår i avsnitt 5.3.5 finns det skillnader mellan anstalterna avseende hur många av de klienter som screenats som vid utredning leder fram till en ADHD-diagnos. Dessa skillnader kan ha olika förklaringar. En förklaring kan vara att det som beskrivet ovan i avsnitt 8.1.3. finns skillnader i klientgrupperna på respektive anstalt. Minst intresserade av att delta i projektet, och av dem få som fick diagnos efter utredning, var klienterna på Skogomeanstalten (sexualbrott); här var det också färre som redan hade utretts för ADHD (se avsnitt 5.2.1). På anstalten Johannesberg (relationsbrott) screenas något fler, men ytterst få av utredningarna leder fram till en diagnos. Mest intresserade var klienterna på Högsbo och Brinkeberg, och fler får här också ADHD-diagnos efter utredning. Dessutom utgjordes bortfallet på Högsbo, som beskrivet tidigare, framförallt av redan utredda klienter; de flesta hade konstaterad ADHD. Högsbo och Brinkeberg är anstalter med inriktning på klienter med missbruk, inte minst drogmissbruk, och som beskrivet vet vi från tidigare forskning att det finns en stor samsjuklighet mellan missbruk och ADHD.

Även kvinnor är lite överrepresenterade när det gäller hur många som får en ADHD-diagnos (se även tabell 5.3.5). Vidare har ungefär en femtedel av klienterna som utreds inom projektet en utländsk bakgrund. Möjligen har den systematiska screeningen här ökat jämlikheten i vården på så vis att fler i dessa klientgrupper har fångats upp och fått en utredning, och därmed lett till ett ökat utfall på de anstalter där representationen är hög. Att så många av de klienter som faktiskt utreddes inom projektet hade en utländsk härkomst, 20 procent, stärker behovet av en hög interkulturell kompetens inom sjukvården och Kriminalvården i stort.

En annan förklaring på skillnaderna mellan anstalterna kan handla om en låg interbedömar-reliabilitet; alltså en låg grad av samstämmighet i de professionella bedömningarna. Psykologerna har vid genomgång ungefär samma andel utredningar som leder fram till en ADHD-diagnos procentuellt. I utvärderingen ses dock individuella skillnader mellan hur psykiatrer, som till stor del är fast placerade på olika anstalter, bedömer en missbruksdiagnos, antisocial personlighetsstörning, och/eller en funktionsnedsättning som samsjuklighet eller differentialdiagnostisk. Att psykiatrerna i så olika utsträckning sätter en ADHD-diagnos kan naturligtvis ha olika förklaringar,

som att klientunderlaget ser olika ut på olika anstalter (se ovan).

8.2.4 Rekommendationer

- Anpassa satsningarna på ADHD utifrån klientunderlaget på respektive anstalt.
- Behåll fokus på ADHD-frågeställning i de neuropsykiatriska utredningarna.

8.3 UTREDNINGSRUTIN

Ett av målen med projekt PAMUT var att utveckla en utredningsrutin som var "tillräckligt bra", det vill säga följde nationella rekommendationer som även underlättar i vårdkedjan, och som samtidigt är så kostnadseffektiv att fler klienter kan erbjudas utredning under sin verkställighet.

8.3.1 Olika utredningsrutiner – det mobila teamet

Kartläggningen av tvillinganstalterna ger en tydlig bild av hur olika utredningsrutiner i själva verket ser ut inom Kriminalvården, både avseende innehåll och vilka professioner som ingår i bedömningen. Hur utredningarna utformas får inte bara konsekvenser för möjligheterna att tas emot i vårdkedjan, utan även för vilka som diagnosticeras. Ett exempel är Qb-test, där genomgången av utlåtanden inom PAMUT visar att resultaten på Qb-test inte alltid överensstämmer med satt ADHD-diagnos eller ej. Qb-test är bara avsett att användas som en del av olika kliniska och medicinska överväganden.

Det mobila teamet i PAMUT har varit uppskattat ute på anstalterna. Samtliga ärenden har kunnat hanteras, men det har varit väntetider till psykolog och psykiater. En utveckling skedde där även psykologerna fick en tendens att rikta in sig på vissa anstalter, så att en uppdelning skedde. En svårighet under projektet var att samtliga psykologer arbetade deltid och det var en stor omsättning på personal, vilket säkert bidrog till att den specialisering rutinen ville utveckla inte tog riktig fart. Likaså var det tre olika psykiatrer som arbetade för projektet, vilket inte heller gav utrymme för specialisering då samtliga hade ett relativt lågt antal ärenden var.

Neuropsykiatriska utredningar är komplicerade och inget ärende är naturligtvis helt likt det andra. Att det är så pass stora skillnader gällande tidsåtgång och skillnader i innehåll mellan olika psykologer och psykiatrer som har arbetat inom projektet tyder

dock på att det inte heller helt och hållet har gått att införa gemensamma rutiner och arbetsätt. Det framkom under projektets gång att det tidigare inte hade funnits några uttalade riktlinjer för tidsåtgång, prestationsmätt och avgränsningar. Det har dock skett en utveckling gällande tidsåtgång per ärende från projektets start till avslut, som visar att specialisering är viktigt och kan ge resultat på sikt.

Som beskrivet förefaller det finnas en spridning mellan hur psykiatrer bedömer samsjuklighet och differentialdiagnostik. Sådana skillnader förekommer troligen inom de flesta vårdinrättningar. Men när Kriminalvården satsar på fler neuropsykiatriska utredningar kan det övervägas om systemet med att ha inhyrda psykiaterkonsulter ger bäst möjlighet att internutbilda personal och införa gemensamma riktlinjer.

Sjuksköterskerutinen utvecklades under projektets gång, då det skapade väntetider på anstalterna. Införandet av den samordnande sjuksköterskefunktionen innebar effektivare journalrekvirering och ledtider, och att alla inom projektet hade en och samma person att höra av sig till för att koordinera ärendena inom projektet. Kritiken i den kvalitativa utvärderingen av den samordnande sjuksköterskefunktionen behöver dock följas upp så att återkopplingen ökar.

8.3.2 Kvantitet

Det mobila teamet nådde inte helt upp i projektmålet 10 utredningar per månad, totalt 100 utredningar under projektperiodens 10 månader. Att ha genomfört 84 neuropsykiatriska utredningar/bedömningar med frågeställning ADHD är dock nästan tre fjärdedelar av det sammantagna antalet inom hela övriga Kriminalvården under samma period.

8.3.3 Kvalitet

De neuropsykiatriska utredningar med ADHD-frågeställning som gjorts inom projektet bedöms ha haft en god kvalitet utifrån de framtagna kriterierna. Svårigheten för projektet har snarare varit att begränsa omfånget; flera psykologer och psykiatrer har påtalat att de vill göra mer, utreda fler frågeställningar, hämta in mer bakgrundsinformation och göra fler tester; där utredningsrutinen i projektet ibland har uppfattats som för oflexibel. De återkommande projektgruppsmötena och framtagandet av en gemensam utredningsmall bidrog dock till ett förbättrat samarbete och en ökad effektivitet.

Tio månaders projekttid kan vara lite knappt för att både utveckla och utvärdera en utredningsrutin. Beslut har redan fattats om att förlänga projekt PAMUT under hela 2015, vilket gör det möjligt att utvärdera hur det utvecklar sig över tid. Hur utredningarna håller i vårdkedjan kommer att utvärderas i ett kommande projekt där klienterna följs upp både med avseende på hur verkställigheten fungerat och i patient- samt misstankeregistret.

8.3.4 Kostnadseffektivitet

En uppskattad kostnad per utredning är ca 20 500 kr, vilket är en lägre kostnad jämfört med en utredning som köpt tjänst. En jämförelse med systerprojektet PAST i region Stockholm, som en annan intern utredningsrutin inom Kriminalvården, kan göras under 2016. Vid förfarandet med ett mobilt team får man räkna med vissa ökade kostnader för psykologiskt testmaterial, datorer och Qb-test, utifrån en preliminär jämförelse med systerprojektet PAST. Vidare är kostnaden avhängig av att man håller sig strikt till utredningsrutinen. En permanent implementering skulle behöva någon form av prestationsmätt för kontinuerlig uppföljning.

8.3.5 Rekommendationer

- Behåll utredning på anstalt. En mer stationär utredningsresurs kan placeras på de anstalter som har störst utredningsbehov. Denna resurs kan vara mobil på begäran från de anstalter som har en lägre efterfrågan på utredning.
- Invänta resultat från utvärderingen av systerprojektet PAST innan beslut om nationella riktlinjer tas gällande utredningsrutiner inom Kriminalvården.
- Samkör upphandlingen av Qb-test nationellt för att minska kostnaden, eller undersök alternativ.
- Behåll centralt placerad sjuksköterskesamordnare. Vid eventuellt permanentande övertar denne även den funktion projektledaren haft när det gäller att åtgärda inrapporterade behov och brister i rutinen.
- Fortsätt arbetet med att utveckla utredningsteam, fördelat på färre psykologer och psykiatrer för ökad specialisering. Det kan övervägas om psykologkåren, som utgör en central resurs i utredningsrutinen, skulle behöva en centralt placerad chefspsykolog för att bäst tillvarata psykologernas kompetens och tydliggöra deras uppdrag.

8.4 VAD HÄNDER EFTER UTREDNING?

8.4.1 Interventioner efter diagnos

Frågan om behandling efter ADHD-diagnos sträcker sig utanför projektet, men har blivit aktuell i samband med att utredningsverksamheten har ökat på anstalterna. I den kvalitativa utvärderingen framkommer det som en central fråga för personalen. På tvillinganstalterna beskrivs hur det tagit flera år att införa en ny rutin och hur viktigt det är att hela anstalten engageras och satsas på, inklusive behandling. Projektet satsar bara på en del av omhändertagandet, och det som efterfrågas i minst lika stor utsträckning är insatser efter utredning och utbildning till personal.

Som beskrivet i bakgrunden rekommenderas multimodala insatser vid behandling av ADHD, det vill säga både farmakologisk behandling, tillgång till hjälpmedel och stöd samt psykoedukativa insatser. Det finns ännu inget starkt vetenskapligt stöd för de olika behandlingarna, medicinering har dock ett måttligt starkt vetenskapligt stöd (SBU, 2013).

På de anstalter som ingick i försöket såg insatserna efter ADHD-diagnos olika ut, och de utvecklades i olika grad under projektperioden. Det har även varit en utbildningsinsats för personal som arbetar med klienter med ADHD på Personalenheten sedan hösten 2014, som några av ADHD-ambassadörerna gått. Behandlingsprogrammet R&R2 ADHD har införts på tre av anstalterna.

8.4.2 Gränsdragningar

Som framgår av den kvalitativa utvärderingen finns det bland personalen inom Kriminalvården väldigt olika bud på hur långt ansvaret efter utredning sträcker sig, och riktlinjer efterfrågas. Inte minst sjukvården inom Kriminalvården utgör små enheter på respektive anstalt, och dess styrning sitter långt bort från verksamheten. Det finns här en tendens att ha utvecklat sina egna riktlinjer och gränsdragningar runt exempelvis remissförfarande, medicinering, och krav på mottagande på utsidan.

8.4.3 Uppföljande Qb-test

Några frågor runt efterföljande behandling efter utredning fick direkta konsekvenser för projektet. Ett var det uppföljande Qb-test som ibland görs för justering av medicindoser vid läkemedelsbehandling av ADHD. På enheterna inom projektet fanns det ingen personal utbildad i detta, och psykologerna

inom projektet tog då på sig det som en extra uppgift utöver sitt egentliga uppdrag.

8.4.4 Medicinhantering

En annan fråga som går utanför projektets uppdrag men som hade stor inbördes påverkan är att, delvis som en konsekvens av projektet, har ett ökat antal klienter läkemedelsbehandling under anstaltsvistelsen. Det har under projekttiden framkommit en oro bland personal för hur medicineringen hanteras på anstalterna. Det gäller tillhandahållandet av mediciner, brister i spårbarhet och rutinerna när medicin delas ut. Det finns även många frågor runt läkemedelsrekommendationer, samt om urinprov som kontrollrutin. Ett exempel är om klienter som kommer till anstalten och redan har en ADHD-medicinering ska behålla samma dos, vilket idag skiljer sig mellan enheter.

Det har under projektperioden startats upp ett samarbete mellan regional samordnare för Hälso- och sjukvård och en ansvarig från Säkerhetsavdelningen för att förbättra rutinerna runt medicinhanteringen på anstalterna i region väst. Alla enheters ledningsgrupper har informerats gällande rutin, instruktion, tillhandahållande av läkemedel och övervakat intag. Ett antal vårdare i regionen utbildas också i att ha ett funktionsuppdrag för tillhandahållandet av läkemedel, för att höja kvaliteten och öka spårbarheten.

8.4.5 Vårdkedjan

Hur klienterna tas emot i vårdkedjan kommer som tidigare nämnt att utvärderas i en uppföljningsstudie.

I den kvalitativa utvärderingen framkommer väldigt olika upplevelser bland sjukvårdspersonalen hur det fungerar att remittera klienterna till fortsatt vård i hemlandstinget, oavsett om diagnosen har satts innan eller under anstaltstiden. Det finns även här ett behov av kunskapsutbyte och på sikt mer samkörda rutiner.

Det finns goda exempel att lära av från de olika rutiner som nu finns inom Kriminalvården; som beskrivet i avsnitt 7.3.4 har man exempelvis på anstalten Västervik beslutat att alltid bjuda in socialtjänsten vid överlämning efter en neuropsykiatrisk utredning med ADHD-frågeställning på anstalt.

8.4.6 Rekommendationer

- Utbilda personal som gör medicinuppföljningar med Qb-test; exempelvis som ett utökat uppdrag för ADHD-ambassadörerna.
- Samordna interventioner runt ADHD i Kriminalvården efter diagnos. Definiera uppdrag och skapa gemensamma gränsdragningar och riktlinjer. Balansera resurser mellan utredning och omhändertagande efter ADHD-diagnos. En av tvillinganstalterna, Västervik, har startat en ADHD-skola som kan utvärderas och eventuellt fungera som rollmodell.
- Ökat samarbete runt medicinhantering mellan Säkerhet och Hälso- och sjukvård.
- Det behövs även ett ökat samarbete med landstingen för att förbättra vårdkedjan för Kriminalvårdens klienter.

REFERENSER

ADHD – en Rapport från Kriminalvårdens internrevision, 2013:05, diariernr 2013-019896, av Fredrik Westerberg Thorell

ADHD i Kriminalvården, 2013, Sammanfattningsrapport Utvecklingsenheten, av Lena Lundholm

Begåvning och brottslighet bland svenska män – en uppföljningsstudie över 35 år, 2010, rapport Utvecklingsenheten, av Anders Tengström

Braun Virginia, Clarke Victoria: "Using Thematic Analysis in Psychology", I *Qualitative Research in Psychology*, 2006; 3: 77-101

Chang, Z., Lichtenstein, P., Halldner, L., D'Onofrio, B., Serlachius, E., Fazel, S., Langstrom, N., Larsson, H. (2014). Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *J Child Psychol Psychiatry* (55:8), 878-885

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 57(11), 1313-1323.

Ginsberg Y, Lindefors N. Methylphenidate treatment of adult male prison inmates with attention-deficit hyperactivity disorder: randomised double-blind placebo-controlled trial with open-label extension. *Br J Psychiatry*. 2012 Jan;200(1):68–73

Ginsberg Y, Hirvikoski T, Grann M, Lindefors N. Long-term functional outcome in adult male prison inmates with ADHD receiving OROS-methylphenidate. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Dec;262(8):705–24.

Gordon, V., Williams, D. J., & Donnelly, P. D. (2012). Exploring the relationship between ADHD symptoms and prison breaches of discipline amongst youths in four Scottish prisons. *Public Health*, 126(4), 343-348.

Grieger, L., & Hosser, D. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder does not predict criminal recidivism in young adult offenders: Results from a prospective study. *Int J Law Psychiatry*, 35(1), 27-34.

Klein, R. G., Mannuzza, S., Olazagasti, M. A., Roizen, E., Hutchison, J. A., Lashua, E. C., & Castellanos, F. X. (2012). Clinical and functional outcome of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. *Arch Gen Psychiatry*, 69(12), 1295-1303.

Klientkartläggningen 2013 – ett regeringsuppdrag. En presentation av bakgrundsfaktorer hos Kriminalvårdens klienter. Utvecklingsenheten, Kriminalvården 2013.

Kriminalvårdens Handlingsplan för Behandling av ADHD 2010 och 2012, i *Kriminalvårdsmedicin – handbok och basläkemedel*, av Lars Håkan Nilsson och Maria Hägerstrand (2011)

Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Guterstam, J., Beck, O., Philips, B., & Franck, J. (2013). Methylphenidate for ADHD and Drug Relapse in Criminal Offenders with Substance Dependence: A 24-week Randomized Placebo-controlled Trial. *Addiction*.

- Konstenius, M., Larsson, H., Lundholm, L., Philips, B., Glind, G. V., Jayaram-Lindstrom, N., & Franck, J. (2012). An Epidemiological Study of ADHD, Substance Use, and Comorbid Problems in Incarcerated Women in Sweden. *J Atten Disord*. Jul 13 [Epub ahead of print].
- Langley, K., Fowler, T., Ford, T., Thapar, A. K., van den Bree, M., Harold, G., Thapar, A. (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 196 (3), 235-240
- Lichtenstein, P., Halldner, L., Zetterqvist, J., Sjolander, A., Serlachius, E., Fazel, S., Larsson, H. (2012). Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med*, 367(21), 2006-2014.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., Rohde L. A. (2015). Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 56:3, 345-365.
- Simon, V., Czobor P., Balint S., Meszaros, A., Bitter, I.(2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194 (10), 204-211
- SBU(2013). ADHD – Diagnostik och behandling, vårdens organisation och patientens delaktighet. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). SBU-rapport nr 217. ISBN 91-85413-58-4
- Van Emmerik-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C.L, Swets, M., & Schoevers, R. A. (2012). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend*, 122 (1-2), 11-19.
- Volkow, N. D., Swanson, J. M. (2013) Adult Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 369:20.
- Von Polier, G. G., Vloet, T. D., & Herpertz-Dahlmann, B. (2012). ADHD and Delinquency – a developmental perspective. *Behav Sci Law*, 30 (2), 121-139
- Young, S., & Thome, J. (2011). ADHD and offenders. *World J Biol Psychiatry*, 12 Suppl 1, 124-128.
- Young, S., Sedgwich, O., Fridman, M., Gudjonsson, G., Hodgkins, P., Lantigua, M., Gonzales, R. A. (2015). Co-morbid psychiatric disorders among incarcerated ADHD populations: a meta-analysis. *Psychological medicine*.
- Young, S., Moss, D., Sedgwich, O., Fridman, M., Hodgkins, P. (2015). A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychological medicine*, (45), 247-258.

APPENDIX

Checklista utlåtande

Anstalt:

Psykolog:

Psykiater:

Checklistan går igenom diagnoskriterierna för diagnosen Uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet enligt DSM-5, samt vilka informationskällor som uppgivits för att bekräfta kriterierna. Syftet är att bedöma att alla diagnoskriterier tagits hänsyn till i utlåtandet. Åtgärdsförslag kartläggs.

KRITERIUM A

Minst fem av följande symptom på uppmärksamhet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån

Uppmärksamhet

- a) Är ofta uppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbetet, yrkeslivet eller andra aktiviteter
- b) Har ofta svårt att upprätthålla uppmärksamheten på uppgifter eller lekar
- c) Verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal
- d) Följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (tappar fokus, distraheras)
- e) Har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter
- f) Undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t ex skolarbete eller läxor)
- g) Tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t ex läxmaterial, pennor, böcker, verktyg, plånbok, pappersarbete, glasögon, mobiltelefon)
- h) Är ofta lätt distraherad av yttre stimuli
- i) Är ofta glömsk i dagliga livet

Minst fem av följande symptom på hyperaktivitet/impulsivitet har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån

- a) Har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still
- b) Lämnar ofta sin plats i situationer där personen förväntas sitta kvar en längre stund
- c) Springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan detta vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)
- d) Har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla
- e) Verkar ofta vara "på språng" eller "gå på högvarv"
- f) Pratar ofta överdrivet mycket



Impulsivitet

- g) *Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt*
 h) *Har ofta svårt att vänta på sin tur*
 i) *Avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal eller lekar)*

Aktuella symptom

Antal uppfyllda kriterier på ouppmärksamhet _____

Antal uppfyllda kriterier på hyperaktivitet/impulsivitet _____

Informationskällor kriterium A	Ja	Nej
Intervju klient		
Intervju med anhörig/personal		
Observation		
Testresultat		
Journalkopior		
I utlåtandet ges tydliga exempel kopplade till symptom		

KRITERIUM B

Flera symptom på ouppmärksam och impulsivitet/hyperaktivitet fanns innan 12 års ålder.

Redovisas i utlåtandet: Ja Nej (ringa in)

Informationskällor kriterium B	Ja	Nej
Intervju klient		
Journalkopior		
Anhörigintervju		
Intervju annan närstående		
I utlåtandet ges tydliga exempel kopplade till symptom		



KRITERIUM C

Symptom förekommer inom minst två av nedanstående funktionsområden

Funktionsområde där symptom förekommer som beskrivs i utlåtandet

KRITERIUM D

Det finns klara belägg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier

Redovisas i utlåtandet: Ja Nej (ringa in)

KRITERIUM E

Symptomen förklaras inte bättre av någon annan psykiatrisk diagnos

Redovisas i utlåtandet: Ja Nej (ringa in)

Evt differentialdiagnos:

.....

Informationskällor kriterium E	Ja	Nej
Intervju klient		
Diagnostisk intervju MINI el SCID		
Klinisk bedömning		
Journalkopior		
Begåvningsstest		
Bedömning av autismspektrumstörning		



SAMMANFATTNING

	Bedöms som uppfyllt enligt utlåtandet	Kommentar
Kriterium A		
Kriterium B		
Kriterium C		
Kriterium D		
Kriterium E		
Antal uppfyllda kriterier		
Uppfyller diagnos		
Åtgärdsförslag		

Övriga kommentarer:

.....

ÖVRIG INFORMATION

Beskrivs samsjuklighet?: Ja Nej (ringa in)

Andra diagnoser?:

.....

Specificeras typ av ADHD?: Ja Nej (ringa in)

Redogörs styrkor /svagheter?: Ja Nej (ringa in)

Läkarundersökning, provtagning: Ja Nej (ringa in)

Kontrollerat drogfrihet?: Ja Nej (ringa in)

Kognitiv funktionsnivå:

Åtgärdsförslag

Ges åtgärdsförslag?: Ja Nej (ringa in)

Om ja, vilka:

.....



BILAGA 1

Är insatsera tydligt kopplade till symptom?:	Ja	Nej	(ringa in)
Diagnos satt i konsensus?:	Ja	Nej	(ringa in)
Har klienten delgetts resultat?:	Ja	Nej	(ringa in)



INTERVJUGUIDE UTVÄRDERING

OBS om den intervjuade anstalten inte utreder ADHD, gå direkt till fråga 6.

1. Målgrupp? (anstalter inom projektet – gå direkt till andra punkten)

- På vilken indikation utreder ni ADHD? Vem tar beslutet?
- Någon grupp av klienter som prioriteras?
- Något som skapar väntetider / hinder för att identifiera vilka som ska tillfrågas?
- Tidsaspekten – några klientgrupper ni i nuläget inte hinner med? Orsaker?
- Något annat som skulle underlätta för att fler klienter ska identifieras?

2. Screening- utredningsrutin?

- Hur är screening- och utredningsgången hos er?
- Hur länge har ni screenat / utrett? Antal som tackar ja?
- Vilka yrkeskategorier ingår / gör vad? Hur upplever personalen det?
- Vad fungerar i det förfarande ni har?
- Saker som inte fungerar?
- Ser ni andra / ytterligare behov? Några klientgrupper som missas? Hur många?
- Här fokus på ADHD, annat ni tänkt på? Andra utredningsbehov?

3. Effektivitet?

- Tidsaspekten - saker som underlättar och saker som försenar utredningsgången.
- Ser ni några möjligheter till effektivisering av er rutin – isf vad?
- Vad skulle öka effektivitet innan och efter er utredningsinsats?

4. Kvalitet?

- Hur upplever ni kvaliteten / användbarheten på utredningarna och efterföljande utlåtanden?
- Tas de emot i vårdkedjan? Vad ser ni för hinder / vad underlättar?

5. Behandlingsinsatser?

- Kartlägger åtgärdsförslag i utvärderingen – vilken behandling erbjuder ni?
- Upplever ni behov av andra åtgärder?

6. Om ni inte utreder –

- Upplever ni behov av att kunna erbjuda screening- och utredning av ADHD på er anstalt?
- Någon speciell målgrupp?
- Vilket utredningsförfarande har ni övervägt – för / nackdelar ni identifierat?
- Vilka hinder upplever ni?
- Hur gör ni idag om ni misstänker ADHD-problematik?
- Andra reflektioner runt screening- och utredningsrutiner avseende ADHD på anstalt?
- Behandlingsinsatser – vilka behov ser ni?

7. Andra reflektioner du / ni vill ta upp runt screening- och utredningsrutiner avseende ADHD på anstalt?



PROJEKT ADHD STATIONÄRA UTREDNINGSTEAM

Du har blivit tillfrågad om att delta i ett projekt som just nu pågår i region Stockholm. Projektet är ett försök med systematisk screening av ADHD på häkte och, om screeningen ger grund för det, ADHD-utredning på anstalt. Stockholms fyra häkten; Huddinge, Kronoberg, Sollentuna och Österåker, ingår.

Projektet kommer att pågå mellan oktober 2014 – december 2015 och utvärderas under 2016. Det är ett nationellt uppdrag, med syfte att förbättra omhändertagandet av klienter med ADHD inom Kriminalvården. Detta projekt handlar inte om behandling av ADHD utan endast om screening och utredning.

Målgrupp: Under projekttiden kommer alla klienter på häkte som fått en dom med minst 8 månaders strafftid att erbjudas en ADHD-screening.

Screening och utredning: Om du väljer att tacka ja till att screenas för ADHD, och screeningen tyder på grund för vidare utredning, placeras du på en anstalt som erbjuder fortsatt neuropsykiatrisk utredning med ADHD-frågeställning. En sådan utredning görs av psykiater och psykolog och innehåller olika tester, genomgång av besvär nu och tidigare, samt en anhörigintervju. En positiv ADHD-screening behöver inte leda till en ADHD-diagnos, om symptomen bättre förklaras av andra besvär.

Om du tackar ja till att delta är det viktigt att du vet om följande:

- Det är helt frivilligt att delta i projektet.
- Du kan avbryta ditt deltagande när som helst under processen.
- Om du av något skäl inte kan placeras på en anstalt med en utredningsenhet, eller om placeringen behöver ändras, kan utredningsprocessen behöva avbrytas. Du kommer då istället att erbjudas en remiss till psykiatri i ditt hemlandsting.

Utvärdering: Som en del av projektet ingår en kvalitetssäkring av de utlåtanden som skrivs efter utredning. Utlåtandena kommer att bedömas av en utredare som har fullständig tystnadsplikt.

- Om du väljer att delta i projektet behöver du godkänna att en utredare får gå igenom ditt eventuella utlåtande om det blir så att du genomgår en neuropsykiatrisk utredning med ADHD-frågeställning.
- Ditt namn kommer inte att föras vidare, endast kvalitén på utlåtandet kommer utvärderas.

Informerat samtycke

Namn Personnr

Namnförtydligande Datum.....





Kriminalvården

601 80 Norrköping
Telefon 077-22 80 800
www.kriminalvarden.se