Psykisk ohälsa bland anstaltsklienter - Vilka riktlinjer finns inom Kriminalvården och realiseras de i praktiskt arbete ur ett personalperspektiv?

Jessica Lindberg & Therese Lindell

Örebro universitet

Handledare: Lia Ahonen
Kriminologi C
HT2014

Psykisk ohälsa bland anstaltsklienter - Vilka riktlinjer finns inom Kriminalvården och realiseras de i praktiskt arbete ur ett personalperspektiv?

Sammanfattning

Studiens syfte var att undersöka kriminalvårdens centrala riktlinjer för psykisk ohälsa bland anstaltsklienter och om dessa riktlinjer realiseras i praktiskt arbete på två olika avdelningar: normalavdelning och behandlingsavdelning på en anstalt av högsta säkerhetsklass i Sverige. Data samlades in genom intervjuer med åtta kriminalvårdare och en psykolog. Resultatet visade att psykisk ohälsa ur ett personalperspektiv är vanligt förekommande, främst ADHD, depression, ångest och sömnsvårigheter. Majoriteten av respondenterna visste inte om vilka riktlinjer som finns vid behandling av klienters psykiska ohälsa. Slutsatsen är att det råder brister i kommunikationen mellan ledningen och kriminalvårdarna inom anstalten.

Nyckelord: psykisk ohälsa, anstalter, centrala riktlinjer, behandlingsinsatser, screeningprocesser

Mental Problems Among Clients Within Correctional Facilities - What Guidelines Exist Within Correctional Facilities and are They Put to Practice from A Staff Perspective?

Abstract

The purpose of this study was to examine the correctional institutions central guidelines for mental problems among their clients and whether these guidelines are used in practical work within two different facilities: normal facilities and treatment facilities at an institution of a maximum security prison in Sweden. Data was collected through interviews with eight prison officers and a psychologist. The results showed that mental problems from a staff perspective are common, mainly ADHD, depression, anxiety and insomnia. The majority of the respondent did not have knowledge about the central guidelines for client's mental problems. Conclusion is that there are deficiencies in communication between management and the prison officers within the correctional institution.

Keywords: Mental problems, correctional institutions, central guidelines, treatment interventions, screening methods

Criminology C, Fall 2014. Supervisor: Lia Ahonen.

Psykisk ohälsa bland anstaltsklienter - Vilka riktlinjer finns inom Kriminalvården och realiseras de i praktiskt arbete ur ett personalperspektiv?

Psykisk ohälsa är ett växande folkhälsoproblem och är kraftigt överrepresenterat hos vissa grupper, varav en är anstaltsklienter, då kriminalitet och psykisk ohälsa ofta korrelerar med varandra (se Ekbom, Engström & Göransson 2010; Kriminalvården, 2013; Kullgren, uå; Lamb & Weinberger, 1998; Macdonald, Hucker & Hebert, 2010; Sinha, 2010; Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2004; Watson, Stimpson, Hostick, 2004). Upp till 50 procent av alla klienter på svenska anstalter har en psykisk diagnos (Kriminalvården, 2013) och behöver behandling för att kunna stärka sin allmänna funktionsförmåga (Foldemo, 2010). Psykisk ohälsa ökar risken för att människor marginaliseras på arbetsmarknaden som kan leda till utanförskap och fattigdom (Socialstyrelsen, 2013, 2014). Det är därmed viktigt att Kriminalvården har tydliga riktlinjer för psykisk ohälsa så att klienterna kan få den vård de är i behov av.

Definitionen av psykisk ohälsa är bred och innefattar mer eller mindre funktionsnedsättande symptom. Exempel på psykisk ohälsa är dels psykisk störning som schizofreni, olika personlighetsstörningar och svår depression men även mindre intensiva depressiva symptom, ångestsyndrom, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) och stress (se Gustafsson, 2014; McKenna, 2001; Sjöström & Skärsäter, 2014; Wasserman, 2000). Människor som en gång har drabbats av psykisk ohälsa såsom depression löper 50 procent större risk att insjukna igen inom en treårsperiod (Holt m.fl., 2012). Eftersom psykisk ohälsa sällan är ett isolerat fenomen är det av betydelse att se till individens hela livssituation när bedömningar om insatser görs.

För att Kriminalvården ska kunna erbjuda adekvata insatser mot psykisk ohälsa behöver myndigheten kännedom om hur utbrett problemet är. Vissa studier från England visar att så

många som nio av tio anstaltsklienter har psykiska problem, ofta i kombination med missbruksproblematik (Brereton, 2013; Watson m.fl., 2004). Mellan 30 och 50 procent av anstaltsklienter i Sverige lider av psykisk ohälsa och nästan hälften har en fastställd psykiatriskdiagnos (Kriminalvården, 2013; Nilsson, 2002). Klienterna är inte alltid diagnostiserade men enskilda symptom är vanligt förekommande (Kriminalvården, 2013, 2014; Lamb & Weinberger, 1998; McKenna, 2001; Watson m.fl., 2004). Även suicidtankar som är ett tecken på allvarlig psykisk ohälsa förekommer hos 10 procent av klienterna (Kriminalvården, 2013). Troligtvis finns det ett stort mörkertal gällande psykisk ohälsa hos anstaltsklienter vilket kan innebära svårigheter för Kriminalvården att erbjuda adekvata insatser under en klients verkställighetstid.

Det är grundläggande att anstaltens ledning arbetar aktivt med att stärka personalen i arbetet med klienterna, framförallt kriminalvårdare eftersom de är dem som möter klienterna i det dagliga arbetet (Ekbom m.fl. 2010). Ett välkänt dilemma inom Kriminalvården är kriminalvårdares kombinerade roll som kontaktmän och säkerhetsansvariga på avdelningen, som ofta leder till problem att skapa förtroende mellan parterna (Nylander, Bruhn & Lindberg, 2008). Parterna motarbetar alltså varandra snarare än att samarbeta. Även om en kriminalvårdares primära arbetsuppgift inte är att behandla klienter för deras psykiska problem är personalen en betydande resurs inom Kriminalvården samt en omfattande del av klienternas verkställighetstid.

Teoretisk utgångspunkt

Föreliggande studie har ett systemteoretiskt perspektiv som utgångspunkt där organisationsstrukturen är i fokus. Teorin är ett verktyg för att öka förståelsen för Kriminalvårdens struktur och i kombination med organisationsteorier kommer myndighetens arbetsmetoder lättare kunna analyseras. Vi har valt att använda dessa teoretiska utgångspunkter

då de beskriver hur en organisation bör verka för att optimera sin verksamhet och effektivisera samverkan inom myndigheten.

Systemteoretiskt perspektiv. Systemteoretiskt perspektiv har som utgångspunkt att alla komponenter i ett system har ett ömsesidigt beroende av varandra utifrån olika helheter och delar. Detta resonemang återfinns generellt i kvalitativ analysmetod genom den hermeneutiska cirkeln som innebär för att förstå helheten och dess olika delar måste hela omgivningen betraktas (Gilje & Grimen, 2007). Att enbart fokusera på valda aspekter hos en organisation, alternativt bara fokusera på organisationen som en helhet är enligt systemteoretiskt perspektiv inte fruktbart (Payne, 2008). För att förstå hur Kriminalvården arbetar kring klienters psykiska ohälsa måste både högre instanser, som anstaltsledningen och kriminalvårdspersonalen tolkas.

Ett samhälle kan betraktas som summan av ett stort antal underordnade komponenter enligt systemteoretiskt perspektiv, varav olika myndigheter och lagstiftare spelar en viktig och avgörande roll. Individer som lever i samhället är en av alla komponenter som bidrar till konstruktionen av de allmänt accepterade sociala normer som styr vardagen, alla komponenter är alltså en spegelbild av samhället (Payne, 2008). De flesta myndigheter och lagstiftare styrs av den allmänna viljan samt allmänhetens normer och Kriminalvården är inget undantag.

Ur ett systemteoretiskt perspektiv är en organisation beroende av olika typer av kommunikation för att existera. Dels input och output som är två olika typer av informationsutbyte. Input innebär att information kommer in i systemet utifrån, antingen från andra komponenter inom den egna organisationen eller från olika externa aktörer. Output är den kommunikation som myndigheten förmedlar till andra aktörer. Informationsutbytet kan ta olika uttryck, dels systemenheter med gränser som betyder att de uppgifter som existerar inom organisationen bevaras i större utsträckning inom denna även om ett visst kontrollerat utbyte

sker. Men även slutna system förekommer där ingen information passerar varken ut eller in från organisationen (Payne, 2008). För att Kriminalvården ska kunna bemöta klienters psykiska ohälsa med effektiv behandling är det viktigt att det finns ett välbalanserat informationsutbyte mellan ledningen och personalen.

Kommunikationen är viktigt även i form av genomflöde och återkopplingsslingor inom en organisation. Det innebär att den information som når ett system ska tillämpas, för att därefter återkopplas mellan de olika delarna inom systemet. När det sker ett balanserat genomflöde av information kan alla handlingsförlopp överblickas. Detta ökar möjligheten för återkoppling inom organisationen (Payne, 2008). Det är därmed betydelsefullt att det sker kontinuerliga återkopplingar inom Kriminalvården för att adekvata arbetsmetoder ska kunna tillämpas.

Ur det systemteoretiska perspektivet måste en organisations alla olika delar ständigt samarbeta med varandra för att den ska vara funktionell. Personalen bör arbeta tillsammans mot etablerade mål för att förstärka och upprätthålla de normer och rutiner som finns inom organisationen. Genom detta skapas balans och utvecklingsmöjligheter som reducerar risken för exempelvis minskad lönsamhet (Payne, 2008). Inom Kriminalvården är det därmed betydelsefullt att alla enheter gemensamt följer de centrala riktlinjer som styr myndigheten.

Det systemteoretiska perspektivet får stöd av teorin om ”de andra 23 timmarna” (Treischman, Whittaker & Brendtro, 1969) som utmärker dessa timmar som den största utmaningen för Kriminalvården att arbeta med. Det räcker inte med enskilda behandlingsinsatser som upptar en liten del av dagen för att förebygga klienters breda spektrum av problematik. För att skapa varaktiga beteendeförändringar måste alla delar i systemet vara i fokus. Att se klienter och personal som beroende av varandra för att åstadkomma en prosocial utveckling (Ahonen & Degner, 2014) är att se anstaltsvistelsen som en helhet (Payne, 2008).

Kriminalvården bör driva evidensbaserad verksamhet, alltså ställs stora krav på riktlinjer, ledning och personalen som är myndighetens största resurs (Ahonen & Degner 2014; Carmichael, 2005). För att anstaltspersonalen ska ha möjlighet att arbeta adekvat med klienters psykiska ohälsa är det betydelsefullt att Kriminalvården har tydliga centrala riktlinjer, att personalen är välinformerade om vilka arbetsmetoder som gäller, att de arbetar enhetligt samt innehar omfattande utbildning i vad psykisk ohälsa innebär (se Ahonen & Degner 2014; Brerton 2013; Foldemo, 2010; Lamb & Weinberger, 1998). Genom att skapa förståelse för de olika nivåerna inom Kriminalvården och att klienterna får den behandling som de är i behov av ökar möjligheterna för en produktiv arbetsgrupp. Detta i sin tur leder till större möjligheter att arbeta mot en prosocial utveckling för klienterna samt ett bättre anstaltsklimat.

Kriminalvårdens historia och utveckling i Sverige

De riktlinjer som finns inom Kriminalvården i Sverige är formade utifrån hur synen på den kriminella människan har förändrats över tid. För att kunna förstå Kriminalvårdens arbetsmetoder och riktlinjer kring klienters psykiska ohälsa är det betydande att se till myndighetens historik och utveckling. Kriminalvården har genom åren genomgått stora förändringar som organisation men även synen på människan har skiftat. Förr var svensk Kriminalvård främst förvaring av människor i fängelsehålor och de straffades genom fysiska kroppsstraff, skam- och dödsstraff för sina begångna brott (Ekbom m.fl., 2010). På 1960-talet infördes emellertid mer humana lagar om klienters människovärde som uppmärksammade behovet av sysselsättning och behandling i syfte att förbereda dem för livet efter avtjänat straff. Tio år senare kom vård och behandling i fokus och styrdes av tanken att den kriminella människan hade brist på inre resurser och en problematisk bakgrund, majoriteten betraktades som behandlingsbara till ett liv utan kriminalitet (Ekbom m.fl., 2010).

Omstruktureringar gjordes dock år 1989 då kritiker ansåg att en anstalts primära ansvar inte var att se till klienters hälsa (Ekbom m.fl., 2010; Watson m.fl., 2004). Istället för att dömas utefter ett behandlingsbehov kom straffet att dömas utifrån brottets grovhet, ett synsätt som gäller än idag (Ekbom m.fl. 2010). Trots att behandlingsoptimismen inte längre är Kriminalvårdens fokus är tanken fortfarande aktuell, eftersom en klient som sitter frihetsberövad ska erbjudas möjlighet till behandling och vård (Ekbom m.fl. 2010). Sammanfattningsvis har flera stora förändringar skett över tid både för Kriminalvården som myndighet och hur kriminella inom rättsväsendet ska behandlas för att på bästa sätt rehabiliteras tillbaka till samhället.

Idag arbetar myndigheten utifrån visionen “Bättre ut” som dels beskriver att klienter efter avtjänat straff ska klara av ett fungerande liv med bättre förutsättningar än innan. Klienter ska vara mindre motiverade att begå brott och därmed ha berörts positivt av kriminalvårdsvistelsen (Kriminalvården, 2007). Det praktiska arbetet inom myndigheten bedrivs utifrån en värdegrund:

> I Kriminalvården samarbetar vi för kvalitet, effektivitet, säkerhet och positiv påverkan. Vårt arbete ger klienterna möjligheter till utveckling och förändring. Vi är tydliga och korrekta och goda förebilder. Klientarbetet bygger på kunskap, smidighet och inlevelse utan avkall på den egna integriteten. Vi känner ansvar för och är stolta över vårt samhällsuppdrag och är lojala med verksamhetens syfte och mål. Vi känner engagemang och delaktighet i arbetet och förstår den egna arbetsinsatsens betydelse för helheten. Vi utför vårt arbete så att förtroendet för Kriminalvården stärks (Kriminalvården, 2007, s. 7).

Kriminalvården beskriver i sin värdegrund att personalen har en betydelse för helheten (Kriminalvården, 2007), vilket är en förutsättning för en framgångsrik organisation enligt ett systemteoretiskt perspektiv (Payne, 2008). På en anstalt av högsta säkerhetsklass befinner sig en klient ofta en längre period, vilket gör det ytterst relevant för anstalten att erbjuda adekvata behandlingsinsatser. Genom att prioritera arbetsinsatser mot psykisk ohälsa för att avvärja psykiska problem hos anstaltsklienter ökar möjligheten för positiv respons på övriga behandlingsinsatser (Andreassen, 2003).

Samhällskostnaden för att inte behandla anstaltsklienters psykiska ohälsa är hög (Forska Sverige, 2013; Nilsson & Nilsson-Lundmark, 2010; Socialstyrelsen, 2008, 2013; Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2004) även om en exakt siffra är svår att beräkna på grund av att klientelet inom anstalter är föränderligt. Trots detta finns till vår vetskap inga studier som undersöker vilka centrala riktlinjer som finns för psykisk ohälsa inom svenska anstalter ur ett personalperspektiv. Kriminalvårdspersonalens perspektiv är betydande på grund av att de är en stor resurs inom myndigheten som samspelar med både anstaltsledning och klienter. Om prevalensen av psykisk ohälsa är hög ur ett personperspektiv är det extra viktigt att Kriminalvården har tydliga riktlinjer som efterföljs i dagligt arbete av kriminalvårdarna. Föreliggande studie kommer därmed att bidra till kunskapsfältet genom att fylla detta kunskapsglapp.

Med grund i ovanstående är syftet med denna studie att undersöka Kriminalvårdens centrala riktlinjer för psykisk ohälsa ur ett personalperspektiv. Vidare undersöks om dessa riktlinjer realiseras i praktiskt arbete genom screeningprocesser och behandlingsinsatser på två olika avdelningar: normalavdelning och behandlingsavdelning på en anstalt av högsta säkerhetsklass i Sverige. Syftet bryts ned i följande frågeställningar: a) Hur vanligt förekommande är olika typer av psykisk ohälsa för manliga klienter inom en anstalt av högsta säkerhetsklass och vilka typer av psykiska problem är mest förekommande? b) Vilka screeningprocesser och behandlingsinsatser finns för att behandla anstaltsklienters psykiska ohälsa? c) Vilka centrala riktlinjer finns för att behandla psykisk ohälsa bland anstaltsklienter och hur hanteras de i praktiskt arbete av anstaltspersonal? d) Hur skiljer sig normalavdelningen och behandlingsavdelningen i hanteringen av centrala riktlinjer, screeningprocesser och behandlingsinsatser för klienters psykiska ohälsa?

Metod

Vi har valt en kvalitativ metod för att samla in beskrivande data genom att använda semistrukturerade intervjuer. Metoden ökar möjligheten för flexibilitet i svaren eftersom personalen själva kan beskriva deras subjektiva uppfattning. Intervjuerna ger oss möjlighet att tolka och skapa en förståelse för hur vanligt psykisk ohälsa är bland klienterna enligt personalen samt vilka psykiska problem som främst förekommer. Vi får dessutom en bredare insikt i de olika screeningprocesserna och behandlingsinsatserna som finns inom anstalten för att behandla klienters psykiska ohälsa. Den kvalitativa metoden hjälper oss även att öka förståelsen för vilka riktlinjer som finns inom anstalten för att behandla klienternas psykiska problem samt om personalen realiserar riktlinjerna i praktiskt arbete. Resultatet av ovanstående frågeställningar kommer göra det möjligt att jämföra avdelningarna och upptäcka om de skiljer sig åt i hanteringen av screeningprocesser, behandlingsinsatser och riktlinjer.

Urval av respondenter

Studiens frågeställningar är alla besvarade ur ett personalperspektiv, och för att få adekvata svar har vi valt respondenter som arbetar inom Kriminalvården. Dessa respondenter har insikt i Kriminalvården och deras arbetsrutiner vilket i sin tur ger oss den kunskap som behövs för att besvara våra frågeställningar. Respondenterna har rekryterats genom ett bekvämlighetsurval som innebär att vi tillfrågade de respondenter som fanns tillgängliga inom den aktuella kriminalvårdsanstalten i föreliggande studie.

Deltagarna i studien är åtta kriminalvårdare och en psykolog som arbetar på en anstalt med högsta säkerhetsklass i Sverige. De har arbetar på anstalten mellan sju månader och åtta år. Respondenternas ålder varierar mellan 26-65 år gamla, varav två är män och sju är kvinnor. Utifrån de åtta kriminalvårdarna som intervjuats arbetar hälften på någon av anstaltens

normalavdelningar och hälften på anstaltens behandlingsavdelning. Psykologen möter klienter från hela anstalten. Psykologen har intervjuats för att få ytterligare information om specifika arbetsmetoder angående psykisk ohälsa.

Intervjuguidens utformning

För att besvara våra frågeställningar konstruerade vi två olika intervjuguider, en guide till kriminalvårdarna och en till psykologen då deras arbete på anstalten skiljer sig åt. Intervjuguiderna är noga formulerade utifrån tidigare forskningsresultat och är uppbyggda i fyra olika teman: inledning, psykisk ohälsa, centrala riktlinjer och praktiskt arbete och som innehåller sammanlagt 32 respektive 26 frågor. Under inledningen berörs dels respondentens ålder, hur länge respondenten har varit anställd på anstalten och vilken avdelning hen arbetar på. Under temat psykisk ohälsa frågar vi bland annat: “Hur vanligt förekommande är det generellt att klienterna mår psykiskt dåligt? Utifrån din subjektiva uppfattning, genom att skatta på en skala 1 till 5 hur ovanligt eller vanligt förekommande du tycker att det är? Där 1 är ovanligt och 5 är väldigt vanligt” och “ Anser du att psykisk ohälsa är ett problem inom anstalten?” samt “Vilka psykiska problem ser du mest bland klienterna?”.

Det tredje temat som är centrala riktlinjer tar upp frågor som: “Känner du till om det finns några centrala riktlinjer inom Kriminalvården eller inom anstalten som visar hur personalen ska behandla klienters psykiska ohälsa? Om ja, känner du till vad de innehåller?” samt “Har du fått någon introduktion eller utbildning i vilka riktlinjer som finns och vad de innebär?”. I det sista temat som är praktiskt arbete, frågar vi delvis om: “Vilken typ av behandlingsinsatser finns det generellt på den avdelning där du jobbar?” och “Kan du beskriva hur personalen går tillväga efter att de har konstaterat psykisk ohälsa hos en klient? Vad är nästa steg?” samt “Finns det några screeningsprocesser som utförs rutinmässigt när en klient kommer till avdelningen?” Vardera

intervjuguide avrundar intervjutillfället med att öppna upp för respondenten att lägga till något eller utveckla någon fråga som har berörts. Detta för att kunna reda ut eventuella oklarheter som kan uppstå under intervjutillfället.

Procedur

För att komma i kontakt med möjliga respondenter skickade vi ut ett informationsbrev till den aktuella anstalten i studien. Brevet innehöll en kort beskrivning om oss som författar studien, studiens syfte, hur intervjuerna skulle genomföras, att deltagandet var helt frivilligt och att respondenterna alltid kunde välja att avbryta sitt deltagande om så önskades. Dessutom informerades respondenterna om att anonymitet råder under hela processen samt att informationen som framkom under studiens gång endast skulle användas i forskningsändamål i samråd med handledare. Brevet skickades till personalen på kriminalvårdsanstaltens normalavdelningar och behandlingsavdelning och i tillägg har respondenter sökts via muntlig förfrågan. Det finns ett flertal normalavdelningar på anstalten, de kommer dock sammanfattas som en, eftersom de gemensamt saknar en tydlig inriktning som behandlingsavdelningen har.

Innan undersökningen påbörjades genomförde vi en pilotstudie med varje intervjuguide med en kriminalvårdare vars material inte har inkluderats i studien. Detta för att kontrollera om guiderna var behjälpliga för att besvara våra frågeställningar, då kriminalvårdaren har insyn i Kriminalvården. Svaren i dessa pilotstudier uppfyllde studiens frågeställningar väl och därmed gjordes inga justeringar i guiderna.

Vi har totalt genomfört nio intervjuer som varade mellan 30-40 minuter. Undersökningen pågick under två veckor och intervjuerna genomfördes antingen i anstaltens lokaler eller på Örebro universitet. Vid varje intervjutillfälle informerades respondenterna återigen om studiens syfte, att de var anonyma, de olika momenten i undersökningen som exempelvis hur kodningen

av anonymiteten skulle genomföras. Men även att deltagandet var frivilligt samt att de alltid kunde välja att avbryta undersökningen. Deltagarna gav dessutom sitt medgivande till att delta i undersökningen innan intervjun påbörjades.

Frågeställning a) berör prevalensen av psykisk ohälsa är ur ett personalperspektiv, därmed valde vi att inte informera respondenterna om prevalensen enligt forskning för att få en så subjektiv bild som möjligt. Likaså gällande frågeställning c) som berör vilka riktlinjer som finns och hur de realiserar i praktiskt arbete. Hade information om dessa två frågeställningar getts till respondenterna innan, eller under intervjun, hade deras svar nyanserats av informationen och därmed hade deras svar inte blivit lika subjektiva. Alla kriminalvårdare har intervjuats utifrån samma intervjuguide, där frågorna har ställts på samma sätt och liknande turordning för att lättare kunna jämföra respondenternas svar i analysen. Psykologen har däremot inte haft samma intervjuguide på grund av att hens arbetsuppgifter skiljer sig från kriminalvårdarnas. Varje intervju spelades in och transkriberades ordagrant, för att vi inte skulle riskera att misstolka data under analysens gång. För att säkra respondenternas anonymitet kodade vi kriminalvårdarnas namn med bokstäverna A till H och psykologen benämns med sin yrkestitel istället för namn. Materialet placerades därefter på en säker plats som var endast tillgängligt för oss som är ansvariga för undersökningen.

Analys

För att lättare kunna analysera materialet skrev vi ut alla transkriberingarna för att därefter analysera materialet enskilt och sedan tillsammans. Vid kodningen tilldelades varje frågeställning en egen färg för att vi skulle kunna skilja på vilken information i materialet som besvarade vilken frågeställning. Den information som besvarade varje frågeställningar kodade vi även med siffror för att sortera ut detaljeras information gällande varje enskild fråga. Varje subkategori kodades med bokstäver för att finna struktur i analysen. Genom detta koncentrerade vi materialet, vilket

gjorde det enklare för oss att finna meningsfull information. Resultatet kopplade vi sedan till våra teoretiska utgångspunkter och den tidigare forskningen. För att öka läsbarheten redovisar vi resultatet i beskrivande text som förstärks med citat från respondenterna, ett fåtal citat har finjusterats för att öka läsbarheten utan att innehållet har förändrats.

Resultat

Nedan redovisas resultatet som återkopplas med studiens teoretiska utgångspunkter (systemteoretiskt perspektiv och organisationsteorier) samt tidigare forskning. Varje frågeställning kommer besvaras var för sig, men fråga d) som berör skillnader mellan en normalavdelning och en behandlingsavdelning besvaras genom övriga frågeställningar, men redovisas även i en grov sammanfattning längst ner i resultatet.

Förekomst av psykisk ohälsa

Hur vanligt förekommande är olika typer av psykisk ohälsa för manliga klienter inom en anstalt av högsta säkerhetsklass och vilka typer av psykiska problem är mest förekommande? Ur ett personalperspektiv bedömde samtliga respondenter klienternas psykiska ohälsa på en skala mellan 1 (ovanligt) och 5 (väldigt vanligt). Resultatet visade att medianen var 4 på båda avdelningarna. På normalavdelningen var personalens variationsvidd av klienters psykiska ohälsa 3-4,5, medan behandlingsavdelningen hade en variationsvidd på 2-5. Eftersom kriminalvårdarna på normalavdelningen bedömer klienternas psykiska ohälsa mer lika visar att de i större utsträckning är överens om hur hög prevalensen faktiskt är. Jämfört med personalen på behandlingsavdelningen där variationsvidden är större. Kriminalvårdare C på normalavdelningen beskriver att klienterna påverkas negativt av sin psykiska ohälsa:

> Framförallt för klienterna själva och för deras verkställighet så blir det ju ett problem. I och med att dom sitter här för att tjäna av ett straff. Och för att dom ska kunna bli bättre människor när dom kommer ut, det tror jag är svårare om man inte mår bra under tiden.

Psykologen i föreliggande studie uppskattade klienternas psykiska ohälsa till 4 på skalan, vilket förstärker prevalensen av psykisk ohälsa utifrån kriminalvårdarnas bedömning. Psykologens uppskattning är dock baserad på de klienter som hen möter i sitt specifika yrke, det vill säga långt ifrån alla klienter inom anstalten.

Att psykisk ohälsa är utbrett hos klienterna ur ett personalperspektiv stämmer överens med tidigare forskningsresultat som visar att mellan 30-50 procent av anstaltsklienterna lider av psykisk ohälsa och ungefär hälften har en fastställd psykisk diagnos (Kriminalvården, 2013; Nilsson, 2002). Skillnaderna i utbredningen av klienters psykiska ohälsa kan delvis bero på metodologiska olikheter och att psykisk ohälsa har en bred definition (se Gustafsson, 2014; McKenna, 2001; Sjöström & Skärsäter, 2014; Wasserman, 2000). För att främja klienters välmående är det viktigt enligt ett systemteoretiskt perspektiv att Kriminalvården har ett balanserat genomflöde av information (Payne, 2008). Därmed är det avgörande att det ständigt sker återkopplingar inom myndigheten, både mellan kriminalvårdare och ledning, men även mellan klienter och kriminalvårdspersonal. Om en klients psykiska ohälsa inte framkommer till Kriminalvården, minskar möjligheten för hen att få den behandling som krävs för att uppnå psykiskt välmående.

På studiens fråga om vilka typer av psykisk ohälsa som personalen oftast identifierar, vittnade samtliga åtta kriminalvårdare och psykologen om att ADHD, depression, ångest och sömnsvårigheter är vanligt bland klienterna. Enligt kriminalvårdare G på behandlingsavdelningen uttrycker klienterna ibland följande: *”Jag kan inte sova, jag sover inte bra, jag vaknar och är alldeles kallsvettig.*” Psykologen berättar att ADHD är utbrett och att mörkertalet är omfattande. Därmed är många klienter fortfarande i stort behov av en diagnos för att kunna få adekvat medicin som hjälper dem med koncentrationen, tålamodet och impulsiviteten. När klienterna får

den hjälp som de behöver skapas bättre förutsättningar för ett fungerande liv i samhället efter avtjänat straff (Andreassen, 2003).

Psykologen uttrycker dessutom vikten av att genomföra ADHD-utredningar när klienter finns tillgängliga inom Kriminalvården. Det beror på att utredningar ute i samhället är mer komplicerade med en långdragen process. Enligt ett systemteoretiskt perspektiv beskrivs en organisation som ett komplicerat nät av interaktioner och processer, eftersom alla komponenter ständigt påverkar varandra (Payne, 2008). Det är därmed viktigt att Kriminalvården hela tiden fokuserar på både klienterna och deras enskilda behov av behandlingsinsatser för att främja deras psykiska hälsa. Om Kriminalvården prioriterar diagnostisering av ADHD under klienternas verkställighetstid får varje enskild klient den individuella behandling som hen är i behov av. Till följd av detta ökar möjligheten för klienten att bli en fungerande samhällsmedborgare efter verkställighetstiden:

> Och så medicinerar psykiatrikern och då kan dom ju börja plugga, dom kan ta sina betyg så att dom går rent ut grundskolan eller gymnasiet. Dom känner att dom får ett liv, och någonting att ha med sig ut. [...] Dom är jättemotiverade när dom får diagnosen och medicinen så att dom kan. I och med att dom har diagnosen med sig, så kan de också fortsätta med medicinen på utsidan sen när dom kommer ut. Där skulle vi kunna tjäna massor av pengar, så är det ju. (Psykolog på anstalten)

Kriminalvårdarna är de som har den primära kontakten med klienterna (Ekbom m.fl., 2010), vilket innebär att de har stor möjlighet att identifiera klienternas psykiska ohälsa som bland annat innefattar beteendeförändringar. Exempel på beteendeförändringar är att klienterna drar sig undan och att de är trevliga och sociala ena dagen, för att dagen därpå bete sig mer aggressivt. Klienterna kan även bli väldigt angelägna om att kontakta sjukvårdsmottagningen.

Enligt kriminalvårdarna på normalavdelningen beror klienternas psykiska ohälsa dels på att de är frihetsberövade i en socialt ansträngd miljö och att de tvingas bo med personer som de inte hade umgåtts med utanför anstalten. En förklaring till den psykiska ohälsan kan vara att

klienternas informationsutbyte (input/output) är begränsat under anstaltsvistelsen till kriminalvårdspersonal och andra klienter som är icke självvalda. En anstalt av högsta säkerhetsklass har ett eliminerat informationsutbyte för klienterna, dels eftersom deras sociala nätverk är avgränsat och styrs av myndigheten (Payne, 2008). Kriminalvården är en offentlig myndighet men trots detta är den information som lämnar myndigheten reducerad, då miljön kan ses som sluten. Klienternas psykiska tillstånd kan påverkas av graden av input/output, framförallt den information de utväxlar med anhöriga utanför anstalten. För att en människa ska fungera och vara välmående bör informationsutbytet vara välbalanserat.

Majoriteten av respondenterna på båda avdelningarna tillsammans med psykologen är överens om att det finns ett motstånd gällande klienternas kontaktsökande till kriminalvårdarna. Motståndet beror dels på att det finns en negativ syn på personalen och sociala normer som säger att de inte ska samspela med varandra.

> Det är många upplever jag som tycker det är jobbigt att upprätthålla sin fasad på dagarna, både gentemot oss i personalen men även främst gentemot de andra intagna. Det märker man på kvällarna när många går in på sitt rum och liksom nästan suckar av lättnad att vad skönt det är att äntligen få bli inlåst, för att dom spelar ett spel på dagarna. (Kriminalvårdare A på normalavdelning)

Utifrån att det finns ett motstånd från klienterna mot personalen (Nylander m.fl., 2008) kan klienterna ses som ett slutet system, på grund av att det inte sker något informationsutbyte mellan de olika systemen (Payne, 2008). Klienterna delar alltså inte med sig av sina tankar och känslor till personalen. Det råder även en komplex arbetssituation från personalens sida. Eftersom personalen har två olika roller gentemot klienterna: en säkerhetsroll och en kontaktroll som bygger på förtroende (Nylander m.fl., 2008).

Screeningprocesser och behandlingsinsatser

Vilka screeningprocesser och behandlingsinsatser finns för att behandla anstaltsklienters psykiska ohälsa? Till att börja med, för att identifiera en klients psykiska tillstånd är det av största vikt att börja med en screening under en klients verkställighetstid. Screening är en medicinsk metod som används för att identifiera olika typer av symptom hos individer (Svensk ordbok, 2009). Gällande screeningprocesser finns det enligt kriminalvårdspersonalen endast två suicidscreeningar att tillgå. Dels en enklare variant som görs av avdelningspersonal vid misstanke om suicidtankar hos en klient, och när det kommer nya klienter till anstalten. Om en klient påvisar ett positivt resultat på suicidscreeningen, alternativt innehar flera riskfaktorer som psykiska problem eller tidigare genomfört suicidförsök kopplas sjukvårdspersonal in för en djupgående bedömning. De genomför en suicidscreening som heter Madras. Om klienten misstänks vara kapabel att ta sitt liv finns det olika händelseförlopp som beskrivs av kriminalvårdare B på normalavdelningen:

> Oftast blir det så att man hamnar på isoleringen under bevakning, sekundbevakning eller tillsyn som sker var 15: onde minut beroende på hur man bedömer hur allvarligt det är. Risken för suicid till exempel. Och sen så kommer en läkare och gör en bedömning så fort som det är möjligt.

Tio procent av anstaltsklienter har suicidtankar (Kriminalvården, 2013), vilket kartläggs med hjälp av suicidscreening. Screeningprocessen möts dock av viss kritik av Kriminalvårdare A på normalavdelningen:

> Sen så är det väldigt många klienter som kan den utantill och vet vad dom ska svara. Men den främsta anledningen till att vi använder den är ju att hitta någon som vill ta livet av sig. Och vill man ta livet av sig och vet vad man ska svara, så har man bestämt sig och då finns det inget vi kan göra i alla fall.

Viss personal på båda avdelningarna tror att sjukvårdsmottagningen kan ha andra screeningprocesser att tillgå utöver suicidscreeningen men ingen vet med säkerhet om så är fallet och i så fall vad screeningen berör. Utifrån ett systemteoretiskt perspektiv är en enskild

suicidscreening inte tillräckligt för att kartlägga en anstaltsklients psykiska tillstånd. För att arbeta framgångsrikt med klienten som en helhet (Payne, 2008) krävs fler screeningprocesser som kan brukas i ett tidigare skede. Att fånga upp en klients psykiska ohälsa innan tillståndet blivit akut innebär stora mänskliga- och ekonomiska vinster (Nilsson & Nilsson-Lundmark, 2010).

Det finns olika behandlingsinsatser att tillgå om en klient mår psykisk dåligt. Enligt respondenterna i föreliggande studie finns hjälp att få från psykolog, psykiatriker, medicinering och programverksamhet. Det finns en sjukvårdsmottagning på anstalten som distribuerar medicinerna och beskrivs av psykologen i föreliggande studie som en vårdcentral med bland annat en psykolog och en psykiatriker som är anställda 16 timmar vardera per vecka. Ett utbud som enligt forskning (Berman & Farbring 2013; Ekbom m.fl., 2010), psykologen och majoriteten av kriminalvårdarna bör utökas för att kunna bemöta behovet som finns hos klienterna. På den aktuella anstalten i föreliggande studie avtjänar cirka 400 klienter sitt straff, och de ska gemensamt dela på 16 timmars psykologsamtal per vecka. Det innebär att en stor del av klienterna inte får den individuella hjälp de behöver med sitt psykiska tillstånd.

Ur ett systemteoretiskt perspektiv (Payne, 2008) är psykisk ohälsa ett område som har betydelse för hela anstaltsmiljön. Psykologen beskriver: "*Den påverkar hela tiden för alla, det gör den givetvis. Så att ju bättre balans klienten är i desto bättre harmoni blir det ju runt omkring".* Vid behandling av psykisk ohälsa har psykologen och kriminalvårdarna en gemensam syn på vilka insatser som förekommer i störst utsträckning. Dels psykologkontakt, men framförallt medicinering som majoriteten av kriminalvårdarna anser vara en kortsiktig lösning. Kriminalvårdare A på normalavdelningen beskriver: *"Jag kan ju säga vi reagerar ju om vi har lite medicin i medicinskåpet, då reagerar vi ju. Oj, är det inte fler som äter mediciner. Det*

kanske säger en del”. Vidare beskriver kriminalvårdare F på behandlingsavdelningen att hen brukar diskutera medicinering med klienterna: *“De är så himla beroende av vissa mediciner, och vi brukar säga det liksom att man kanske ska jobba med sig själv, för att tillslut så är man en tablett. Och utan tabletten vem är man då?”*.

Personalen beskriver att medicinen hjälper klienterna att hålla humöret i schack under verkställighetstiden men efter avtjänat straff kommer det bli svårare för dem att medicinera korrekt. Många kommer från ett liv av missbruk och har självmedicinerat tidigare (Kriminalvården, 2013; Lamb & Weinberger, 1998; McKenna, 2001; Watson m.fl., 2004), vilket kan förklara den stora efterfrågan på mediciner men även poängtera att Kriminalvården har en stor utmaning gällande behandlingen av sitt klientel:

> Det handlar inte bara om den här verkställighetstiden på fem-tio år liksom. Det är bara fem-tio år, vad ska hända de nästa 20-30 åren? Kommer tillbaka igen och då har det kostat någon annan livet igen, eller något annat har hänt. Så är dom tillbaka på samma ruta igen. Och så börjar man om, och det finns fortfarande inga verktyg att arbeta med deras problem. Det är tråkigt. Men det är så verkligheten ser ut. (Kriminalvårdare B på normalavdelningen)

Programverksamheten som erbjuder olika behandlingsprogram beskrivs av samtliga respondenter som en behandlingsinsats. På anstaltens normalavdelning erbjuds individuella program medan behandlingsavdelningen tillhandahåller både individ- och grupprogram. Respondenterna i studien beskriver olika typer av program, dels Våga Välja som är inriktat mot missbruksproblematik kopplat till kriminalitet och Våldspreventivt program (VPP) som inriktar sig till klienter som begått våldsbrott eller mord. Exempel på individuellt program är One to one som bygger på kognitiv beteendeterapi och har som mål att förebygga kriminellt beteende. Inget av dessa program är dock specifikt anpassat för att behandla klinternas psykiska ohälsa utan syftar snarare till beteendeförändringar. Att behandla psykisk ohälsa med behandlingsprogram utformade för att förändra kriminellt beteende är inte hållbart och dessutom är klientens respons

sämre om hen lider av psykiska besvär under behandlingstiden (Andreassen, 2003). Att applicera enskilda behandlingsinsatser är heller sällan fruktbart, utan det är “de andra 23 timmarna” som är den stora utmaningen (Treischman m.fl., 1969), som omfattar en rad olika system runt om klienterna. I de övriga 23 timmarna spelar kriminalvårdspersonal av stor roll då de har den primära kontakten med klienterna (Nylander m.fl. 2008).

Klienternas psykiska problem måste prioriteras i form av utökade resurser för att kunna uppfylla Kriminalvårdens vision “Bättre ut” (Kriminalvården, 2007) som är en utgångspunkt för deras arbete. Behandlingspersonalen beskriver ytterligare en behandlande insats som är NAV-verksamhet vilket inkluderar präster, en imam och en besöksgrupp som klienterna kan träffa för vägledande samtal och socialisering.

Majoriteten av alla respondenter tycker att alla insatser mot psykisk ohälsa som används är bra och att Kriminalvården lyckas fånga upp de klienter som mår psykiskt dåligt. Däremot är de överens om att resurserna som finns ska utökas med fler behandlingsplatser och fler psykologer som kan stödja klienterna via samtal, vilket även psykologen hävdar. Psykologen anser dessutom att insatserna vid utslussning bör förstärkas med hjälp till boende, praktikplats och arbetsplats som kan vara avgörande för en klient som befinner sig i ett vägskäl. För att ytterligare förstärka behandlingsinsatserna för klienternas psykiska ohälsa föreslår kriminalvårdarna kuratorer för samtalsstöd, medicin i kombination med samtalsterapi, tydligare riktlinjer från ledning, strukturerade fritidssysselsättningar samt mer resurser till att kommunicera och umgås med klienterna för att skapa ett säkrare och mer gemytligt anstaltsklimat.

Riktlinjer i praktiken

Vilka centrala riktlinjer finns för att behandla psykisk ohälsa bland anstaltsklienter och hur hanteras de i praktiskt arbete av anstaltspersonal? För att undersöka hur riktlinjerna realiseras

i praktiskt arbete av kriminalvårdspersonal tillfrågades respondenterna om de känner till vilka centrala riktlinjer som gäller för att hantera en klients psykiska ohälsa och vad de innebär i praktiskt arbete. På normalavdelningen uppgav kriminalvårdare D att klientens individuella verkställighetsplan är en riktlinje. Kriminalvårdaren A var inte säker, men uppgav ändå att sjukvårdsmottagningen ska kopplas in vid misstanke om en klients psykiska ohälsa, medan kriminalvårdare B och C på samma avdelning inte hade någon kännedom om riktlinjerna inom området.

På behandlingsavdelningen uppgav två kriminalvårdare att de känner till riktlinjerna. Kriminalvårdare H nämner suicidscreening, medan kriminalvårdare F beskriver hur de går tillväga: "*Sedan kontaktar man ju alltid sjukan. Sen så har vi ju screening som vi kan göra om de mår riktig dåligt. Då pratar vi med sjuksyster eller VB.*" Kriminalvårdarna E och G säger sig inte vara helt säkra på om det finns några riktlinjer, och vad de i så fall innehåller. Kriminalvårdare G uttrycker sig på följande sätt: "*Jag vågar inte riktigt svara ja, för jag är inte 100 men det ska ju finnas, eller hur?*". Sammanfattningsvis råder en större oklarhet på normalavdelningen än på behandlingsavdelningen om huruvida det inom Kriminalvården finns några riktlinjer vid klienters psykiska ohälsa. På grund av att två kriminalvårdare sade sig vara ovetande om riktlinjerna. Detta tyder på att det råder stor brist på kommunikation mellan ledningen och personalen inom anstalten.

Det riktlinjer som finns inom Kriminalvården enligt deras handböcker är att varje anstalt ska erbjuda en sjukvårdsmottagning, där klienterna behandlas för bland annat sina psykiska problem enligt Socialstyrelsens lagar om svensk sjukvård (Hälso- och sjukvårdslagen). Vakthavande befäl ska alltid kontaktas om sjukvårdsmottagningen inte finns tillgänglig, för att ge den mest adekvata formen av stöd i det aktuella handlingsförloppet. Vid inskrivningen av en

klient ska alltid en suicidscreening genomföras av avdelningspersonalen men kan även göras under deras verkställighetstid vid upptäckt av psykisk ohälsa. Om resultatet visar att en klient mår psykiskt dåligt ska sjukvårdspersonal genomföra en mer djupgående suicidscreening av klienten (Kriminalvården, 2012, 2014).

För att myndigheten ska fungera och kunna åstadkomma en prosocial utveckling hos klienterna är det betydelsefullt att det finns tydliga riktlinjer som talar om vad alla kriminalvårdarna ska göra vid identifiering av psykisk ohälsa hos klienter. Det är även viktigt att hela personalgruppen arbetar mot samma mål, vilket förutsätter att det krävs tydliga riktlinjer. Om det förekommer brister i samverkan inom en organisation påverkas möjligheterna att arbeta enhetligt, detta ökar risken för att definierade mål inte uppfylls (Ahonen & Degner, 2014; Payne, 2008). Bristande samverkan inom myndigheten påverkar dessutom Kriminalvårdens egen vision som berör klienternas möjlighet till utveckling och förändring (Kriminalvården, 2007).

När vi däremot bad kriminalvårdarna beskriva vad de gör när de upptäcker psykiska problem hos en klient, visste samtliga kriminalvårdare på båda avdelningarna vilka insatser som finns att tillgå. Klienten kan erbjudas att komma i kontakt med sjukvårdsmottagningen på kriminalvårdsanstalten för att träffa en psykolog eller psykiatriker samt att göra en suicidscreening. Alla kriminalvårdare är överens om att en suicidscreening ska genomföras när det kommer en ny klient till anstalten eller till avdelningen. Suicidscreeningen kan dessutom utföras vid suicidrisk under verkställighetstiden. Om resultatet visar att en klient mår psykiskt dåligt och är kapabel att ta sitt liv, anser majoriteten av all personal att de kontaktar sjukvårdsmottagningen för en mer djupgående suicidscreening. Trots att personalen vet vilka rutiner som gäller, beskriver de inte dessa som tydliga riktlinjer, vilket tyder på bristande kommunikation inom myndigheten.

Enligt Kriminalvården ska högre instanser alltid kontaktas, antingen sjukvårdsmottagningen, chefer eller vakthavande befäl om stöd krävs i arbetet med klienterna (Kriminalvården, 2012). Det framkom i resultatet att endast hälften av kriminalvårdarna på normalavdelningen uppgav att de tar kontakt med en högre chef vid misstanke om psykisk ohälsa, medan samtliga anställda på behandlingsavdelningen sade sig kontakta en chef eller vakthavande befäl. Kriminalvårdare G på behandlingsavdelningen beskriver rutinerna på följande sätt: *"Alltså är det akut, ska man sätta tillsyn på en gång, kontakta VB eller kontakta sjukvården"*. Att hälften av personalen på normalavdelningen inte kontaktar högre instanser när psykisk ohälsa har konstaterats hos en klient går emot de riktlinjer som finns inom anstalten (Kriminalvården, 2012).

Att samtlig personal inte använder samma riktlinjer som myndigheten har formulerat är ett problem inom Kriminalvården, vilket i sin tur kan få konsekvenser för klienter som mår psykiskt dåligt. För att en organisation ska kunna arbeta som en helhet är det viktigt att det finns en balans mellan input/output samt att återkopplingar bör göras mellan högre insatser och kriminalvårdarna (Payne, 2008). Därmed måste det finnas en kommunikation inom myndigheten för att öka möjligheterna att följa de centrala riktlinjerna.

Vilka olikheter finns det mellan avdelningarna?

Hur skiljer sig normalavdelningen och behandlingsavdelningen i hanteringen av centrala riktlinjer, screeningprocesser och behandlingsinsatser för klienters psykiska ohälsa? Sammanfattningsvis finns två större skillnader mellan normalavdelningen och behandlingsavdelningen enligt kriminalvårdarna. Angående behandlingsinsatser vid klienters psykiska ohälsa, erbjuder normalavdelningen endast individuella program medan behandlingsavdelningen erbjuder både individuella- och grupprogram. På

behandlingsavdelningen beskriver respondenterna även en NAV-verksamhet som normalavdelningen enligt studiens resultat saknar. En annan påtaglig skillnad mellan avdelningarna är handlingsförloppet vid upptäckt av allvarlig psykisk ohälsa. Endast två kriminalvårdare på normalavdelningen uppgav att de kontaktar närmste chef eller vakthavande befäl vid någon allvarlig händelse, till skillnad från samtliga kriminalvårdare på behandlingsavdelningen.

Diskussion

Syftet i föreliggande studie var att undersöka Kriminalvårdens centrala riktlinjer för psykisk ohälsa ur ett personalperspektiv. Vidare undersöktes om dessa riktlinjer realiseras i praktiskt arbete genom screeningprocesser och behandlingsinsatser på två olika avdelningar: normalavdelning och behandlingsavdelning på en anstalt av högsta säkerhetsklass i Sverige. Studien innefattade även personalens uppfattning gällande prevalensen av psykisk ohälsa, vilka typer av problem som förekommer och om det fanns några skillnader mellan avdelningarna i form av riktlinjer, screeningprocesser och behandlingsinsatser.

Resultatet visade att det finns riktlinjer för hur psykisk ohälsa ska hanteras inom Kriminalvården, bland annat genom sjukvårdsmottagningen, suicidscreening och kontakt av högre instanser. Detta stämmer överens med vad Kriminalvårdens handböcker beskriver (Kriminalvården, 2012, 2014). Däremot beskrivs dessa inte helt självklart som riktlinjer av alla respondenter i föreliggande studie. Endast fyra av nio respondenter uppgav att de känner till riktlinjerna, de gav dock olika information om vad riktlinjerna skulle vara. Deras beskrivningar av vad de faktiskt gör i praktiken om en klient mår dåligt stämmer dock med vilka riktlinjer som finns. All personal var alltså enig om att dessa insatser finns inom anstalten, däremot beskrivs de inte som tydliga riktlinjer eftersom majoriteten av kriminalvårdarna inte kände till, eller var helt

säkra på Kriminalvårdens riktlinjer vid identifiering av klienters psykiska ohälsa. Utifrån vår analys av resultatet beskriver kriminalvårdarna snarare lokala rutiner för konkreta handlingar vid misstanke om psykisk ohälsa än myndighetens riktlinjer.

Ur ett systemteoretiskt perspektiv bör varje enskild klient vara en egen del av Kriminalvården som är en större helhet (Payne, 2008). Alla klienter inom Kriminalvården bemöts av manualstyrda program vilket innebär att klienter med olika behov behandlas utifrån samma manual. Genom att individanpassa behandlingen i större utsträckning tillsammans med manualstyrda individ- och grupprogram breddas klienternas vårdkedja, som i sin tur kan ökar möjligheten till prosocial utveckling och adekvata insatser för dem. Detta stämmer med Kriminalvårdens vision “Bättre ut” som beskriver att en klient ska beröras positivt av anstaltsvistelsen och kunna skapa bättre förutsättningar inom anstalten för ett fungerande liv efter anstaltsvistelsen (Kriminalvården, 2007). Utifrån studiens resultat anser vi som är ansvariga för studien att visionen inte uppfylls utan att Kriminalvården med hjälp av mer adekvata insatser skulle kunna göra mer för att uppnå sin vision.

Samverkan genom exempelvis tydlig kommunikation inom myndigheten är grundläggande för att arbeta ur ett systemteoretiskt perspektiv (Payne, 2008). Om myndigheten inte arbetar samstämmigt kommer de gemensamma verksamhetsmålen inte uppnås, vilket ökar risken för felbehandling av klienter samt bortglömda rutiner. Det krävs dessutom tydliga riktlinjer för att Kriminalvården och kriminalvårdspersonalen ska kunna hantera pressade situationer som kan uppstå inom en anstalt av högsta säkerhetsklass. Även klienten som efter avtjänat straff ska slussas ut i samhället är beroende av tydliga riktlinjer och effektivt samarbete mellan myndigheterna för att få stöd i sin rehabilitering till samhället (Nilsson & Nilsson-Lundmark, 2010).

Anstaltsklienter har ofta en lång historik av psykiska problem, missbruk och antisocialt beteende från ungdomsåren (Teplin m.fl., 2012). Detta leder till utmaningar i att utforma adekvata behandlingsinsatser och påverkar därmed personalens möjligheter till framgångsrik behandling av klienterna (Brerton, 2013; Lamb & Weinberger, 1998). Kriminalvårdspersonalen är en omfattande del under klienternas verkställighetstid (Ekbom m.fl., 2010) vilket gör personalen till en stor tillgång i kontaktskapandet med klienterna. Personalen fungerar även som en mellanhand mellan ledning och klienter vilket gör dem extra värdefulla för Kriminalvårdens arbete. Eftersom kriminalvårdarnas primära ansvar är säkerhetsarbete på anstalten blir det problematiskt att skapa en förtroenderelation mellan personalen och klienterna (Nylander m.fl., 2008). Att vara frihetsberövad inom en anstalt av högsta säkerhetsklass innebär givetvis begränsningar som är psykiskt påfrestande och påverkar klienterna negativt. Trots att en Kriminalvårdsanstalts främsta uppgift inte är att se till klienters psykiska hälsa (Watson m.fl., 2004) finns stora ekonomiska och mänskliga värden att vinna ur ett långsiktigt perspektiv om klienterna får den behandling de behöver (Nilsson & Nilsson-Lundmark, 2010).

Ny information som framkom i studien

Ny information som framkom i studien var att trots Kriminalvårdens alla lagar, riktlinjer och styrdokument var majoriteten av respondenterna ovetande om vilka riktlinjer som gäller vid anstaltsklienters psykiska ohälsa. Endast fyra respondenter uppgav att de kände till riktlinjerna, dock uppgav de olika information om vad riktlinjerna innehöll. Dessutom förekommer stora brister i kommunikationen inom anstalten då avdelningarna var oeniga i om högre instanser kontaktades vid allvarlig psykisk ohälsa eller inte.

För att maximera informationsutbytet (input/output) bör kommunikationen vara välbalanserad. För att genomflödet av information ska komma till användning måste

återkopplingar inom myndigheten ske (Payne, 2008). Personalen bör arbeta enhetligt, ha god utbildning om psykisk ohälsa och vara välinformerade om vilka riktlinjer och arbetsmetoder som gäller vid misstanke om psykisk ohälsa hos anstaltsklienter (se Ahonen & Degner, 2014; Brerton, 2013; Lamb & Weinberger, 1998; Payne, 2008). Tyvärr är det något som Kriminalvården inte har lyckats med fullt ut, eftersom det råder osäkerhet i vilka riktlinjer som finns angående klienternas psykiska ohälsa. Eftersom psykisk ohälsa och kriminalitet ofta korrelerar med varandra (Ekbom m.fl., 2010; Kriminalvården, 2013; Kullgren, uå; Lamb & Weinberger, 1998; Macdonald m.fl., 2010; Sinha, 2010; Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2004; Watson m.fl., 2004) är det av stor betydelse att studera vilka riktlinjer Kriminalvården styrs av, vilket få, om någon studie gör i detta ämne. Den naturliga följdfrågan är då om, och i vilken utsträckning dessa tas hänsyn till i det praktiska arbetet av personalen. Därmed bidrog denna studie till kunskapsfältet genom att ha fyllt detta kunskapsglapp.

Brister och styrkor i studien

Studiens begränsningar är dels att datamaterialet är hämtat från ett fåtal deltagare, det vill säga nio respondenter på en och samma kriminalvårdsanstalt, samt att ett bekvämlighetsurval har gjorts. På grund av det urval som vi har valt är det således inte självklart att resultatet kan generaliseras till andra anstalter. De teoretiska slutsatserna i undersökningen kan dock generaliseras till liknande anstalter. Vi har dessutom undersökt faktisk prevalens av psykisk ohälsa hos anstaltsklienter genom ett personalperspektiv, vilket delvis sänker studiens validitet. Slutligen har resultatet även påverkats av att vi som är ansvariga för studien både har konstruerat intervjuguiden och därefter tolkat datamaterialet.

Studiens styrkor är att beskrivande data har samlats in från nio respondenter som har varit anställda mellan sju månader och åtta år inom Kriminalvården. De har alltså en stor inblick i

myndigheten och dess arbetsrutiner och därmed höjs reliabiliteten. Genom att vi använt intervjuer i vår metod har vi fått en djupare förståelse för hur personalen arbetar med klienternas psykiska ohälsa utifrån Kriminalvårdens riktlinjer. Dessutom förstärks validiteten genom att vi har formulerat intervjufrågorna utifrån tidigare forskningsresultat, vilket underlättar för replikering av studien vid ett senare tillfälle. Vidare gav vi respondenten möjlighet i intervjun att uttrycka sin subjektiva upplevelse och på så vis fick vi en djupare förståelse för hur personalen arbetar kring klienternas psykiska ohälsa. För att ytterligare höja intervjuguidernas validitet genomfördes även en pilotstudie med varje intervjuguide för att undersöka om de mäter det som studien avser att undersöka.

Vi valde att spela in varje enskild intervju och att ordagrant transkribera dessa så all information kunde analyseras korrekt. Båda författarna har dessutom analyserat allt datamaterial tillsammans men även enskilt för att höja den interna reliabiliteten. Eftersom respondenterna har kodats kan anonymiteten ha lett till att de vågat svara ärligt under intervjuerna, detta gör att informationen kan ses som tillförlitlig.

Framtida forskning

Ett förslag till den framtida forskningen är att studera om psykisk ohälsa skiljer sig mellan manliga och kvinnliga klienter inom Kriminalvården samt om personalens arbetssätt skiljer sig beroende på klienternas kön. En annan aspekt att undersöka är om fler klienter lyckas med sin behandling genom att individanpassa insatserna, eftersom varje klient är unik. Genom att individanpassa behandlingen kan möjligheterna för att skapa en prosocial utveckling hos klienterna öka.

Det är även betydelsefullt att undersöka om fler genomförda utredningar inom Kriminalvården gällande ADHD, depression, ångest och sömnsvårigheter skulle skapa bättre

förutsättningar för klienten att få adekvata åtgärder och behandling för sin problematik. Dessutom bör det studeras hur valida mätinstrumenten inom myndigheten är för att identifiera klienters psykiska ohälsa och hur de kan utvecklas för att fånga upp flera klienter som lider av psykisk ohälsa.

Ett ytterligare förslag till framtida forskning är att undersöka om tidiga utredningar av ADHD påverkar hur en individ med ADHD-symptomen utvecklas. Genom att diagnostisera de ungdomar som lider av ADHD-symptom i ett tidigt skede, skulle eventuellt riskfaktorer som kriminalitet och missbruk kunna förebyggas. Med mer kunskap inom forskningsfältet kan samhällets resurser effektiviseras, vilket även på lång sikt gynnar den svenska samhällsekonomin.

Slutsatser

Avslutningsvis antyder resultatet i föreliggande studie visar att Kriminalvården inte arbetar som en helhet eftersom det råder en brist på kommunikation inom anstalten. De riktlinjer som personalen ska följa framgår inte tydligt som riktlinjer vilket kan vara problematiskt vid akuta situationer samt att definierade verksamhetsmål inte alltid uppfylls inom anstalten. Riktlinjerna för psykisk ohälsa bör tydliggöras och prioriteras för att klienterna ska få den behandling de är i behov av. För att detta ska kunna vara möjligt är det grundläggande att tydlig kommunikation mellan anstaltsledningen och anstaltspersonalen sker.

Referenser

Ahonen, L. & Degner, J. (2014). Working with complex problem behaviors in juvenile institutional care: staff's competence, organizational conditions and public value. *International Journal of Prisoner Health, 10*(4), 239-251. doi:10.1108/IJPH-04-2013-0018

Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: en handbok*. Stockholm: Liber.

Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar: vad säger forskningen?*. Stockholm: Gothia.

Brereton, S. (2013). The use of Mental Health Treatment Requirements. *Probation Journal, 60*(1), 86-88. doi: 10.1177/0264550513481141c

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder.* (2. uppl.). Malmö: Liber.

Berman, A. H. & Farbring, C. Å. (2010). *Kriminalvård i praktiken: strategier för att minska återfall i brott och missbruk.* Lund: Studentlitteratur.

Carmichael, S. (2005). Total Quality Management and Outcomes Based Quality Improvement: Revisiting the Basics. *Home Health Care Management & Practice, 17*(2), 119-124. doi: 10.1177/1084822303260194

Ekbom, T., Engström, G. & Göransson, B. (2010). *Människan, brottet, följderna: kriminalitet och kriminalvård i Sverige.* (6. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Forska Sverige. (2013). *Värdet av forskning inom psykisk ohälsa.* Hämtad 15-01-10 från http://www.forskasverige.se/vardet-av-forskning/psykisk-ohalsa/

Gilje, N. & Grimen, H. (2007). *Samhällsvetenskapernas förutsättningar.* (3. uppl.) Göteborg: Daidalos.

Gustafsson, G. (2014). Stress, utbrändhet och utmattningssyndrom. I I. Skärsäter (red), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå*. (2. uppl. s. 55-69) Lund: Studentlitteratur.

Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., Vliek, M., Passer, M. & Smith, R. (2012). *Psychology: the science of mind and behaviour.* (2 uppl.) Maidenhead: McGraw-Hill Higher Education.

Foldemo, A. (2010). Mötet med individer med psykisk ohälsa i olika öppenvårdsformer. I I. Skärsäter (red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå.* (1. uppl. s. 325-336). Lund: Studentlitteratur.

Kriminalvården. (2007). *Bättre ut – Kriminalvårdens vision och värdegrund*. Norrköping: Kriminalvården.

Kriminalvården. (2012). *Handbok och ledningssystem för Hälso- och sjukvården inom Kriminalvården*. Norrköping: Kriminalvården.

Kriminalvården. (2013). *Klientkartläggning – En presentation av bakgrundsfaktorer hos Kriminalvårdens klienter.* Norrköping: Kriminalvården.

Kriminalvården. (2014). *Kriminalvårdsmedicin - Handbok och basläkemedel - 2013 – 2015*. Norrköping: Kriminalvården.

Kullgren, G. (u.å). *Våldsbrott och psykisk sjukdom.* (Serie och serienummer saknas). Stockholm: Socialstyrelsen.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3 uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lamb, H. R. & Weinberger, L. E. (1998). Persons With Severe Mental Illness in Jails and Prisons: A Review. *Psychiatric Services, 49*(4), 483-492.

Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (2005). *Forskningsmetoder i socialt arbete.* Lund: Studentlitteratur.

Lindkvist, L., Bakka, J.F. & Fivelsdal, E. (2014). *Organisationsteori: struktur, kultur, processer*. (6. uppl.) Stockholm: Liber.

Macdonald, N., Hucker, S. J., & Hebert, P. C. (2010). The crime of mental illness. *Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne, 182*(13), doi:1399. 10.1503/cmaj.100405

McKeena, B. (2011). Mental health and addiction services in the criminal justice system: Where do we sit? *International journal of mental health nursing, 20*(02), 75-76. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00738.x

Nilsson, A. (2002). *Fånge i marginalen – Uppväxtvillkor, levnadsförhållanden, och återfall i brott bland fångar*. (Doktorsavhandling, Stockholms universitet, 8). Stockholm Akademitryck Edsbruk. Tillgänglig: http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:503898/FULLTEXT01.pdf

Nilsson, I. & Nilsson-Lundmark, E. (2010). *Bättre sent än aldrig - Utvärdering av ADHD-projektet på Norrtäljeanstalten.* (ort och förlag saknas)

Nylander, P.Å., Bruhn, A. & Lindberg, O. (2008). Säkerhet eller rehabilitering? Om subkulturell differentiering bland kriminalvårdare. *Arbetsmarknad & arbetsliv, 14*(3).

Payne, M. (2008). *Modern teoribildning i socialt arbete.* (2 uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Sinha, S. (2010). Adjustment and mental health problem in prisoners. *Industrial Psychiatry Journal, 19*(2), 101-104. doi:10.4103/0972-6748.90339

Sjöström & Skärsäter, N. I. (2014). Ångestsyndrom. I I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa: på grundläggande nivå.* (2. uppl. s. 77-96). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2008). *Hälso- och sjukvård - Lägesrapport 2007.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2014). *Samordnad statlig kunskapsstyrning inom området psykisk ohälsa.* Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar. En systematisk litteraturöversikt.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Svensk ordbok. M-Ö. (2009). Stockholm: Svenska Akademien.

Teplin, L. A., Welty, L. J., Abraham, K. M., Dulcan, M. K. & Washburn, J. J. (2012) Prevalence and Persistence of Psychiatric Disorders in Youth After Detention A Prospective Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry, 69*(10), 1031-1043. doi. 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2062

Treischman, A., Whittaker, J. & Brendtro, L. (1969). *The Other 23 Hours: Child-Care with Emotionally Disturbed Children in a Therapeutic Milieu*. Aldine, Chicago: IL.

Watson, R., Stimpson, A. & Hostick T. (2004). Prison health care: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies, 41*(2), 119-128. doi: 10.1016/S0020-7489(03)00128-7

Wasserman, D. (1998). *Depression - en vanlig sjukdom: symptom, orsaker och behandlingsmöjligheter*. Stockholm: Natur och kultur.