

## Skýrsla

velferðarráðherra samkvæmt beiðni Alþingis á 139. löggjafarþingi 2010 - 2011 á þskj. 1421 – 796. mál um viðbrögð við ábendingum Ríkisendurskoðunar í skýrslu um þjónustusamninga við Barnaverndarstofu og lok þeirra frá febrúar 2011.

### **Spurning nr. 1: Með hvaða hætti velferðarráðuneyti og Barnaverndarstofa muni bregðast við ábendingum Ríkisendurskoðunar.**

Svar:

1. *Reglur stjórnisýsluréttarins séu virtar við samningsslit.*

Ráðuneytið telur að sýnt sé fram á þörf á almennum reglum til að tryggja að reglur stjórnisýsluréttarins séu virtar við lok þjónustusamninga Barnaverndarstofu. Ljóst er að stjórnisýslulög eiga við um lok þjónustusamninga Barnaverndarstofu enda um opinbert fjármagn að tefla. Er í þessu sambandi bent á dóm Hæstaréttar (nr. 318/1998) um meðferðarheimilið að Geldingalæk sem skar úr um þetta atriði. Þannig verði bæði að fara að skráðum sem óskráðum reglum stjórnisýsluréttarins við lok þjónustusamninganna. Málsmeðferðin verður að vera málefnaleg og gagnsæg og virða ber reglur stjórnisýslulaga, þ.e. rannsóknarreglu, andmæla-reglu, jafnræðisreglu og meðalhófsreglu. Samhliða því að beita hinum almennu reglum stjórnisýslulaga verður jafnframt að meta hvert mál fyrir sig og er það raunar hin hliðin á rannsóknarreglunni. Ávallt ber að vinna málið út frá lögfræðilegri hlið þess auk hinnar reikningslegu.

2. *Taka þarf afstöðu til einkarekinna meðferðarheimila sem rekstrarforms.*

Með tilkomu fjölkerfameðferðar (MST), þar sem barn og fjölskylda er aðstoðuð á heimili sínu og í nánasta umhverfi, átti sér stað gríðarleg stefnubreyting í meðferð barna samkvæmt barnaverndarlögum. Stefnubreytingin átti sér stað í samræmi við samþykkt Alþingis árið 2008 á þingsályktun um framkvæmdaáætlun í barnaverndarmálum. Slík meðferð barna á heimili sínu þýðir að mjög dregur úr meðferðarstarfi á meðferðarstofnunum. Auk þess hefur MST-kerfið það í för með sér að hugmyndin sem býr að baki *fjölskyldureknum* heimilum gengur ekki upp þar sem einungis börn sem eiga í hvað mestum erfiðleikum og þurfa vandmeðfarna aðstoð fá nú meðferð á meðferðarheimilum. Ekki er hægt að ætlast til að fjölskyldur taki að sér slík verkefni á heimili sínu. Það rekstrarform virðist því vera því liðin tíð.

Enda þótt fjölskyldurekin heimili hafi runnið sitt skeið er ekki þar með sagt að svo eigi við um einkarekin heimili. Það málefni þarfnast sérstakrar athugunar við. Kosturinn við einkarekin heimili er m.a. sá að þau eru ódýrari en þau ríkisreknu. Nú eru þrjú meðferðarheimili rekin skv. barnaverndarlögum. Eitt er ríkisrekið, hið nýja heimili að Lækjarbakka, en tvö eru í einkarekstri, þ.e. heimilin að Háholti og Laugalandi.

Með tilkomu fjölkerfameðferðar (MST), breytinga á samsetningu skjólstæðinga meðferðarheimila og erlendra rannsókna síðustu ára á virkni og forsendum stofnana meðferðar, rís einnig sú spurning hvort hugmyndafræðin að baki meðferðarheimilunum á landsbyggðinni, hvort sem þau eru einkarekin eða ríkisrekin, sé einnig að renna sitt skeið. Þeir unglingar sem dveljast á

meðferðarheimilum og sem eiga í mestum vanda eru í auknum mæli á aldrinum 16 – 18 ára og eiga allflestir bæði við hegðunarefiðleika og vímuefnavanda að etja. Rannsóknir og reynsla af meðferðarstarfi leiða í ljós að bakslög eru mjög tíð hjá unglingum sem glíma við blandaðan hegðunar- og vímuefnavanda og að þjónusta sem miðast fyrst og fremst við inn- og útskrift af meðferðarstofnum geti vissulega skapað góð tímabil meðan á vistun stendur en þjóni í raun meðferðarþörf þessa hóps með takmörkuðum hætti. Nauðsynlegt sé að miða meðferðarinnngrip við stigskipta og samfellda þjónustu, þar sem vistun á stofnun sé í sem mestri nálægð við heimahaga svo tryggja megi þátttöku foreldra og fjölskyldunnar og aðlögun að jákvæðum félagahópi sem sé í takt við þroskaskeið unglingsára. Með þessum hætti megi jafnframt auka og bæta þann þátt meðferðarinnar sem á sér stað utan stofnunar, aðlögun að skóla og/eða atvinnu, aðgengi að hæfu starfsfólki sem og öðrum sérhæfðum meðferðarúrræðum. Staðsetning meðferðarheimila á landsbyggðinni er því augjóssum annmörkum háð hvað þetta varðar auk þess sem spyrja má hvort heimili á landsbyggðinni ráði við að manna slíka starfsemi, þ.e. hvort þar sé aðgangur að því fagfólki sem nauðsynlegt er.

### *3. Greiðslur vegna samningsslita séu gagnsæjar og málefnalegar.*

Ráðuneytið er sammála Ríkisendurskoðun í því að setja verður gagnsæjar og málefnalegar reglur, og þar með lögmætar, um greiðslur vegna samningsslita á þjónustusamningum þar sem meginreglur stjórnsýslulaga gildi. Á það bæði við þegar eiginlegt lokauppgjör á sér stað eða samningaleiðin er farin.

Ráðuneytið hefur falið Barnaverndarstofu að semja drög að reglunum sem síðar yrðu staðfestar í ráðuneytinu. Með tölvupósti Barnaverndarstofu, dags. 15. ágúst 2011, kemur fram að Barnaverndarstofa fallist á að setja slíkar reglur eins og raunar komi fram í skýrslu Ríkisendurskoðunar. Þær reglur verði að vera fáar og einfaldar jafnframt því að þess sé gætt að þær girði ekki fyrir að samningar um starfslok geti yfir höfuð tekist. Því telur Barnaverndarstofa að reglurnar þurfi að takmarkast við eftirfarandi sjónarmið:

- „a) að hagsmunir vistbarna hafi verið tryggðir þrátt fyrir snemmbæra lokun meðferðarheimilis með því að tryggja þeim a.m.k. sambærilega þjónustu
- b) að kostnaður ríkissjóðs samkvæmt starfslokasamningi yrði umtalsvert minni heldur en ef slíkt samkomulag væri ógert
- c) að samningsfjárhæð vegna starfsloka taki sem mest mið af raunverulegu uppgjöri (raunkostnaði) vegna lokunar heimilis
- d) að gætt sé jafnræðisreglu þannig að litið sé til hliðstæðra samninga sem áður hafa verið gerðir.“

### *4. Gangi þarf úr skugga um lögmæti uppsagnar.*

Ráðuneytið tekur undir athugasemd Ríkisendurskoðunar hvað þetta atriði varðar. Mikilvægt er að uppsögn þjónustusamnings fái ætíð lögfræðilega meðferð innan ráðuneytisins og leitað verði til ríkislögmanns þegar mál varða ráðuneytið sjálft eða mál er þannig vaxið að öðru leyti að rétt þykir að leita utanaðkomandi faglegs álits.

### *5. Efla þarf eftirlit með þjónustu Barnaverndarstofu.*

Samkvæmt nýsamþykktum lögum, nr. 80/21. júní 2011, um breytingu á barnaverndarlögum, nr. 80/2002, var gerð sú breyting að eftirlitshlutverk ráðuneytisins var aukið. Ráðuneytið hefur samkvæmt lögnum eftirlit með því að vistunarúrræði á vegum ríkisins uppfylli hverju sinni þær

kröfur sem gerðar eru í lögum, reglugerðum, stöðlum og þjónustusamningum þegar það á við. Í þessu skyni skal ráðuneytið fela óháðum sérfræðingi að heimsækja heimili og stofnanir skv. 79. gr. barnaverndarlaga að lágmarki einu sinni á ári. Skal sérfræðingur sérstaklega leitast við að gefa börnum kost á að tjá sig um aðbúnað og líðan í samræmi við aldur og þroska barns og markmiði með vistun. Eftirlit þetta var áður hjá Barnaverndarstofu. Samkvæmt lögnum skal ráðherra setja reglugerð um þetta efni. Í athugasemdum í frumvarpinu með þessari grein kemur meðal annars fram að lögð sé áhersla á að ráðuneytið fylgist með reglubundnum hætti með uppbyggingu og nýtingu stofnana og heimila fyrir börn, fylgist með því hvernig úttektum og eftirliti sé háttað með allri starfseminni og leggi mat á hvort fylgt sé ákvæðum laga, reglugerða og gæðastaðla.

Best væri að mati ráðuneytisins að eftirlit með ríkisreknum heimilum væri á vegum utanaðkomandi aðila í þeim skilningi að verkefnið væri hjá sérstakri deild eða eftirlitsstofnun. Slík stofnun er nú ekki fyrir hendi, en umræða hefur verið um það innan stjórnsýslunnar að komið verði á stofnun sem sæi um eftirlit bæði með stofnunum sem fara með heilbrigðisþjónustu og félagslega þjónustu. Bent hefur verið á Embætti landlæknis í því sambandi sem nú fer með eftirlit með heilbrigðisþjónustu. Meðan slíkt ytra eftirlit er ekki fyrir hendi hvað varðar félagslega þjónustu á borð við barnavernd er ekki öðrum eftirlitsaðila til að dreifa en viðkomandi fagráðuneyti sem fer með yfirstjórn barnaverndarmála. Á vegum ráðuneytisins er nú nýhafid verkefni um eftirlit með velferðarþjónustu.

**Spurning nr. 2. Rökstuðningur fyrir því ef ekki á að breyta eftir ábendingum Ríkisendurskoðunar.**

Vísað er til svars við spurningu 1.

**Spurning nr. 3. Hvaða stefnu sé fylgt varðandi meðferðarúrræði barna, hvort breytingar hafi verið gerðar á henni eða hvort breytinga sé að vænta, hverjir muni þá vinna að þeim breytingum og með hvaða hætti eftirliti og mati á breytingum verði háttað.**

Svar.

Þann 1. apríl sl. var haldinn samráðsfundur ráðuneytisins og Barnaverndarstofu um vistanir barna utan heimilis. Barnaverndarstofa kynnti að komin væri upp ný staða varðandi umönnun barna á meðferðarheimilum þar sem einungis börn sem eiga í sem mestum vanda eru nú vistuð þar en önnur fái aðstoð á heimili sínu skv. MST kerfinu. Barnaverndarstofa flokkar hina nýju stöðu í þrennt.

1.

Þeir skjólstæðingar sem eru á heimilum Barnaverndarstofu núna séu í miklum vanda staddir. Unglingar þessir sýni alvarlegri ofbeldishegðun en áður var. Að undanförmu hafi komið upp alvarleg atvik, svo sem að starfsmönnum hafi verið ógnað með hnífi. Þau heimili sem geta tekið við þessum börnum eru Háholt og Lækjarbakkí auk Stuðla. Barnaverndarstofa vinnur að því að setja peninga í öryggisviðbúnað og að forstöðumaður geti kallað á aukavakt þegar ástandið er hættulegt. Fleiri skjólstæðingar með mikinn hegðunarvanda eru nú saman í hvert sinn á meðferðarheimilunum og það ber á auknum tengslum við eldri einstaklinga tengda fíkniefnaheiminum og öðrum lögbotum.

2.

Hvað varðar lokuðu deildina á Stuðlum, neyðarvistunina, þá sé viðvarandi biðlisti. Barnaverndarstofa leggur áherslu á að hættuleg tilvik geti átt sér stað.

3.

Vímuefnaðferð. Meðferðin á heimilunum sé almennt við hegðunarfanda, þ.m.t. vegna vímuefnavanda, en að áherslu vanti á sérhæfða vímuefnaðferð fyrir börn á aldrinum 16- 18 ára.

Tillögur Barnaverndarstofu sem fram komu á fundinum voru:

- A. Mjög brýnt sé orðið að bæta við rýmum í neyðarvistun í bráðatilvikum.
- B. Byggja þurfi upp úrræði fyrir þau börn sem sem verst séu sett í vímuefnavandanum, heimili sem gæti sinnt a.m.k. sex unglingum á hverjum tíma. Hugsanlega væri hagkvæmast að starfrækja eina einingu sem gæti sinn hlutverkum A og B.

Í framhaldi af fundinum barst ráðuneytinu bréf Barnaverndarstofu, dags. 1. júlí 2011, þar sem fram komu eftirfarandi tvær tillögur:

1. Forgangsverkefni verði að efla og bæta undirbúning vistana og eftirfylgd við börn og fjölskyldur eftir að vistun á meðferðarheimilum lýkur. Þannig verði brugðist jafnóðum við bakslögum, álagi á fjölskyldur, endurteknum neyðarvistunum og vistunarþörf til langs tíma. Mikilvægt sé að þjónustan einkennist af sveigjanleika og aðlögun að þörfum hvers barns og fjölskyldu. Með hliðsjón af því hve sveitarfélögin eru misjöfn að stærð og styrk og hve mikilvægt er að um samfellda þjónustu sé að ræða er lagt til að Stuðlum verði falið þetta hlutverk enda sé fyrst og fremst um meðferðarvinnu og eftirmeðferð að ræða. Þessi breyting krefst þess að sérfræðingum og öðrum starfsmönnum á Stuðlum verði fjölgað sem starfi í náinni samvinnu við foreldra, barnaverndarstarfsmenn, heimaskóla eða vinnustaði barna, meðferðarheimili, fjölkerfameðferð (MST) aðra meðferðaraðila og aðila í samfélaginu.
2. Opnað verði nýtt meðferðarúrræði á höfuðborgarsvæðinu sem sameini bráðavistun og meðferð vegna alvarlegrar vímuefnaneyslu og afbrotahegðunar. Áhersla verði lögð á aðlögun að fjölskyldu og jákvæðum félagshópi, aðgengi að hæfu og menntuðu starfsfólki, að skóla og vinnu og öflugri eftirfylgd eftir að vistun lýkur. Markhópurinn verði börn á aldrinum 16-18 ára með mikla þjónustuþörf, alvarlegan vanda vegna vímuefnaneyslu og afbrotahegðunar. Áætlað sé að sá hópur geti verið fimm til tíu einstaklingar á hverjum tíma.

Þá kemur fram í bréfi Barnaverndarstofu að stofan hafi að undanfögnu átt samráð við fulltrúa barnaverndarnefnda, starfsfólk meðferðarheimila og heilbrigðisþjónustu í því skyni að öðlast dýpri skilning á þeim þörfum sem nú blasi við og þeim tækifærum sem fyrir hendi séu.

Ítarlegri rökstuðning fyrir framangreindum tillögum er að finna í greinargerð Barnaverndarstofu sem er *fylgiskjal* með skýrslu þessari.

## Fylgiskjal

### Greinargerð um neyðarvistanir og meðferðarúrræði á vegum Barnaverndarstofu, þjónustupörf og tillögur til úrbóta

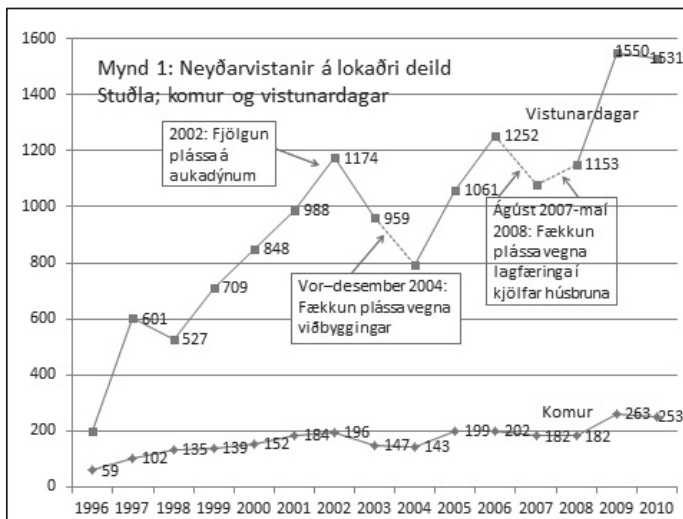
Halldór Hauksson, sviðsstjóri meðferðar- og fóstursviðs, júní 2011

#### Samantekt

Rýnt er í upplýsingar um aldurssamsetningu og meðferðarþörf barna í meðferðarúrræðum og mikið álag á neyðarvistun Stuðla sem annar ekki eftirspurn á álagstímum. Þetta álag gefur vísbendingar um að eftirfylgd eftir að vistun á meðferðarheimili lýkur sem og undirbúningi þeirra sem bíða eftir vistun geti verið ábótavant. Fjallað er um mikilvægi samfelldrar þjónustu við börn sem glíma við fjölþættan hegðunar- og tilfinningavanda, afbrotahegðun eða vímuefnavanda. Vísað er í rannsóknir sem sýna að slík þjónusta bætir meðferðarárangur og dregur úr bakslögum. Í þessu sambandi er lagt til að auka þjónustu Stuðla á sviði eftirfylgdar. Mikil blöndun skjólstæðinga á mismunandi aldri og með ólíkan vanda í neyðarvistun og meðferðarúrræðum getur haft neikvæð áhrif á meðferðarárangur. Fjallað er um þörf fyrir sérhæfða meðferð fyrir börn á aldrinum 16-18 ára sem glíma við alvarlegan hegðunar- og vímuefnavanda. Mörg þessara barna hafa verið vistuð á einu eða fleiri meðferðarheimilum Barnaverndarstofu og gert tilraunir til meðferðar á Vog. Fjallað er um meðferðarþörf og hvernig meðferð barna með fullorðnum eða á forsendum fullorðinna hentar skjólstæðingum barnaverndarnefnda í raun illa. Nefnd eru dæmi frá Norðurlöndum þar sem sakhæf börn eru dæmd til meðferðar í stað fangelsis. Með nýju sérhæfðu úrræði á höfuðborgarsvæðinu fyrir 16-18 ára börn sem glíma við vímuefnavanda og/eða hafa hlotið skilorðsbundna dóma myndi skapast möguleiki á aflánun í meðferð í stað fangelsis með fullorðnum sem einnig er forsenda þess að lögfesta megi Barnasáttmála Sameinuðu þjóðanna.

#### 1 Neyðarvistanir á lokaðri deild Stuðla

Meðferðarstöð ríkisins að Stuðlum í Grafarvogi starfar samkvæmt reglugerð nr. 271/1995 og hefur tvíþætt hlutverk, annars vegar gæslu og umönnun í neyðarvistun á lokaðri deild og hins vegar greiningu og



meðferð á meðferðardeild (sjá kafla 3). Barnaverndarnefndir sækja um vistun barna á meðferðardeild til Barnaverndarstofu en nefndirnar ráðstafa sjálfar plássum í neyðarvistun á lokaðri deild. Helstu ástæðurnar neyðarvistana eru vímuefnaneysla, útigangur, afbrot eða ofbeldishegðun.

Hlutverk neyðarvistunar er ekki meðferð heldur gæsla og umönnun meðan barnaverndarnefnd undirbýr frekari úrræði og skal hámarksvistunartími ekki vara lengur en 14 daga, sbr. reglugerð nr. 271/1995. Stuðlar hafa jafnan hvatt barnaverndarnefndir til að hafa vistun eins stutta og kostur er.

Á mynd 1 sem sýnir fjölda vistunardaga og komur má sjá að notkun barnaverndarnefnda á neyðarvistun hefur aukist jafnt og þétt frá opnum Stuðla í september 1996 til ársloka 2010. Meðallengd hvernar vistunar hefur að jafnaði verið um 6 dagar (vistunardagar/komur). Eins og fjallað verður um í kafla 1.2 eru vistanir í mörgum tilfellum lengri auk þess sem barnaverndarnefndir vista sum börn endurtekið.

Undanfarin tvö ár, 2009 og 2010, hefur nýting lokaðrar deildar verið um 85% sem þýðir að á álagstímum er deildin full. Hafa barnaverndarnefndir kvartað yfir þessu til Barnaverndarstofu, sérstaklega á fyrstu mánuðum ársins 2011. Í töflu 1 kemur fram að hafna þurfti beiðnum eða fyrirspurnum barnaverndarnefnda um neyðarvistun fyrir 68 börn á tímabilinu janúar-maí 2011. Þar af var barn týnt í 21 tilfalli sem þýðir að nefndin vildi taka pláss frá þangað til barn kemur í leitirnar. Flestar synjanir voru í mars en dregið hefur úr þeim í maímánuði. Í flestum tilfellum fæst pláss einhverju síðar, stundum er beiðni ítrekuð einu sinni eða oft, pláss tekið frá eða að viðkomandi barnaverndarnefnd hefur ekki samband aftur.

<b>Tafla 1: Fyrirspurn/vistunarbeiðni synjað</b>	<b>janúar</b>	<b>febr.</b>	<b>mars</b>	<b>apríl</b>	<b>maí</b>	<b>Samtals</b>
Einstaklingar	10	12	22	16	8	68
Par af barn týnt	3	4	7	4	3	21

Svo margar synjanir um neyðarvistun eru óviðunandi en því ber að halda til haga að starfsmenn Stuðla leggja sig alltaf fram um að þjónusta nefndirnar sem best og leysa krefjandi verkefni við erfiðar aðstæður. Ekki er aðstaða til að tvískipta deildinni, og eins og fjallað verður um hér í framhaldi getur aldurs- og kynjahlöndun barna með mjög mismunandi vanda orkað mjög tvímælis og veldur áhyggjum. Af þessum sökum hefur ekki verið gripið til þess ráðs að vista börn á aukadýnum, eins og reynt var á tímabili árið 2002, því erfitt getur reynt að hafa stjórn á slíkum aðstæðum.

### 1.1 Kynjahlutföll og aldursdreifing

Eins og fram kemur í töflu 2 eru kynjahlutföll nokkuð jöfn á árunum 2007 og 2008. Árið 2009 eru vistanir stúlkna 30% algengari en vistanir stráka (115/148) þrátt fyrir jafnan fjölda stráka og stelpna. Árið 2010 snýst þetta við þegar vistanir drengja eru 56% algengari en vistanir stúlkna (154/99) auk þess sem fjöldi drengjanna að baki þessum vistunum er 56% meiri en fjöldi stúlkna (62/40).

<b>Tafla 2: Fjöldatölur og kynjahlutföll lokuð deild</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>Samtals</b>
Fjöldi barna (einstaklingar)	93	106	114	102	415
Fjöldi stráka / fjöldi stelpna	44/49	57/49	57/57	62/40	
Fjöldi vistana (komur)	182	182	263	253	880
Vistanir strákar / vistanir stelpur	97/85	93/89	115/148	154/99	

Eins og fram kemur á mynd 2, sem sýnir árin 2007-2010, er aldursdreifing barna á neyðarvistun mikil. (Miðað er við fjölda vistana og aldursskiptingin miðuð við þann aldur sem barn hefur náð eða nær á árinu). Marktækar sveiflur eru í hlutfallstölum 16-18 ára barna milli ára sem að einhverju leyti getur tengst lokun Götusmiðjunnar sumarið 2010 sem einnig var lokuð sumarið 2007 vegna flutninga. Misjafnt var hins vegar hvort barnaverndarstarfsmenn notuðu neyðarvistun Stuðla ef barn fór án samþykkis eða var vísað úr Götusmiðjunni (sjá nánar kafla 2).

Þessi mikla aldursblöndun barna á lokaðri deild hefur valdið töluverðum áhyggjum, sérstaklega við ákveðnar aðstæður ef vista þarf mjög unga einstaklinga á deildinni en það gerist einkum ef Barna- og unglingsgeðdeild Landspítala neitar að vista ákveðin börn sem mörg hver hafa verið þjónustuð af spítalanum til margra ára.

Barnaverndarstofa hefur skoðað þann möguleika að skipta upp neyðarvistun eftir aldri. Ef miðað er við meðaltöl 12, 13 og 14 ára á tímabilinu 2007-2010 (19%) barna má gera ráð fyrir um 42 vistunum 12-14 ára barna á ári. Ef miðað er við meðaltöl 17 og 18 ára barna á sama tímabili (32%) má gera ráð fyrir 70 vistunum 17-18 ára barna á ári en hér ber að hafa í huga miklar sveiflur í fjölda eldri hópsins eftir árum. Til að bæta aðstæður hafa Stuðlar ákveðið að breyta skrifstofurými inn af vaktherbergi í aukasetustofu fyrir börn sem bætir möguleika á tvískiptingu deildarinnar auk þess að bjóða upp á eitt aukapláss á álagstímum eða sérstakt aðskilið pláss þegar um yngri börn er að ræða.

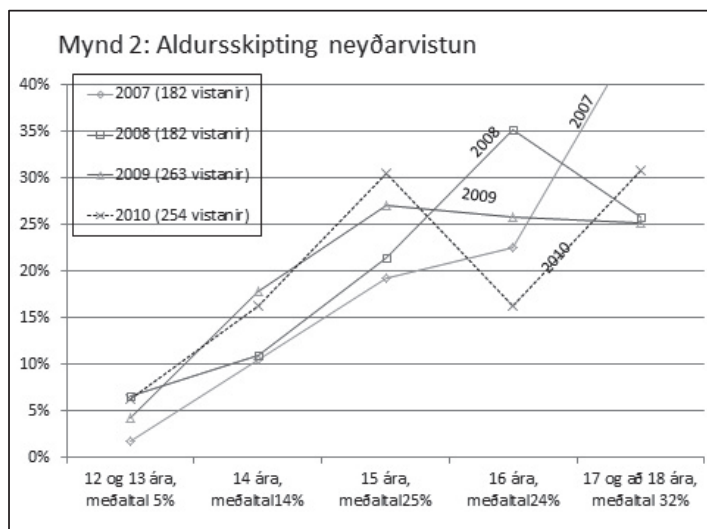
## 1.2 Endurteknar neyðarvistanir sömu barna á ákveðnum tímabilum

Í töflum 3 og 4 er fjallað um fjölda neyðarvistana og samanlagða vistunardaga barna sem komu á árinu 2010 að meðtöldum neyðarvistunum sömu einstaklinga á 12 mánaða tímabili fyrir fyrstu neyðarvistun á árinu 2010. Ávallt er reiknað til ársloka 2010.<sup>1</sup> Með þessari reikniaðferð hafa þau 102 börn sem komu í neyðarvistun árið 2010 verið vistuð samtals 349 sinnum á tímabilinu (eða að meðaltali 3,4 sinnum hvert barn en hafa ber í huga að staðalfrávikid er 2,8 sem í þessu tilfelli þýðir að meðaltalið hækkar vegna þeirra tiltölulega fáu einstaklinga sem vistast mjög oft).

Í töflu 3 má sjá flokkun á fjölda neyðarvistana og hversu mörg börn liggja að baki hverjum flokki, allt frá 37 börnum sem vistast einu sinni upp í þrettán vistanir eins barnsins á tímabilinu.

Fjöldi vistana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Fjöldi barna	37	17	11	8	8	3	6	3	6	1	0	1	1
Hlutfall	36%	17%	11%	8%	8%	3%	6%	3%	6%	1%	0%	1%	1%

<sup>1</sup> Dæmi: Ef fyrsta vistun er 1. júlí 2010 þá reiknast með allar vistanir frá 1. júlí 2009 til ársloka 2010.



Eins og fram kemur í reglugerð nr. 271/1995 um Meðferðarstöð ríkisins fyrir unglinga skal hámarksvistunartími á lokaðri deild ekki vara lengur en 14 daga. Reglugerðin kveður ekki á um hámarksfjölda vistana eða hámark samanlagðra vistunardaga tiltekinna barna. Þannig getur samanlagður vistunartími í raun orðið mjög hár eins og fram kemur í töflu 4 um árið 2010.

**Tafla 4: Samanlagður fjöldi vistunardaga úr einni eða fleiri vistunum sömu barna (2010+12 mánaða tímabil fyrir fyrstu vistun barns árið 2010)**

Dagar	2-5	6-10	11-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-70	71-102
Fjöldi barna	20	21	13	12	11	11	5	5	4
Hlutfall	20%	21%	13%	12%	11%	11%	5%	5%	4%

Endurteknar neyðarvistarir sömu einstaklinga gætu gefið vísbendingar um annmarka í úrræðum eða samvinnu kerfa við að leysa úr meðferðarþörf. Í töflu 5 eru allar neyðarvistarir á umræddu tímabili (2010+12 mánuðir fyrir fyrstu vistun 2010) skoðaðar með tilliti til tengsla við meðferðarúrræði á vegum Barnaverndarstofu eða hvort börnin voru í fóstri. Hver einstaklingur getur talist í fleiri en einn flokk<sup>2</sup> (fyrir utan þau börn sem ekki er sótt um úrræði fyrir eða tengjast úrræði á tímabilinu, flokkur 1). Í ljós kemur meðal annars að börn á biðlista eftir meðferð eiga 21% vistana og börn sem hafa lokið meðferð eiga 21% vistana [flestar á fyrstu mánuðunum eftir að meðferð lauk]. Einstaklingar geta tvítalist í báðum þessum flokkum en raunfjöldi einstaklinga í báðum flokkunum er 55 (54% allra einstaklinga á tímabilinu) og vistast þeir samtals 148 sinnum (42% allra vistana á tímabilinu).

Þau börn á neyðarvistun sem eru á biðlista eða að koma úr meðferð verðskulda sérstaka athygli. Ætla má að þjónusta á biðtíma meðferðar, svo sem stöðumat og hvatningarviðtöl ástamt stuðningi við fjölskyldu til að hafa eftirlit með barni o.s.frv., sem og víðtæk eftirfylgd við barn og fjölskyldu eftir að vistunarhluta meðferðar lýkur sé til þess fallin að draga úr baksögum og þörf fyrir neyðarvistun. Rannsóknir hafa leitt í ljós að mikilvægt er að styðja við börn eftir að meðferð lýkur en einnig að hefja undirbúningsvinnu með þeim sem bíða eftir meðferð. Ekki sé vænlegt til árangurs að sinna meðferðarþörf unglinga með inngripi sem einskorðast af innskrift og útskrift af stofnun. Meðferðin þurfi að líkjast þróunarferli sem spanni mat, meðferð og eftirfylgd, hún þurfi að vera sveigjanleg og klæðskerasniðin að breytilegum þörfum og vilja

<sup>2</sup> Dæmi: Barn væri neyðarvistað samtals 6 sinnum á tímabilinu, þar af einu sinni áður en sótt er um úrræði, einu sinni meðan barn er á biðlista, einu sinni í inntökuferli, einu sinni meðan á meðferð stóð og tvisvar eftir að meðferð lauk.



skjólstæðings til breytinga; meðferðarþörfin kalli á samfellda umönnun (continued care) (Kaminer & Godley, 2010; Kaminer & Winters 2011) sjá kafla 5.

<b>Tafla 5: Tengsl barna sem vistast á neyðarvistun við önnur úrræði á vegum Barnaverndarstofu. Tímabil: Allar vistanir einstaklinga í neyðarvistun árið 2010 (N=102) + vistanir sömu einstaklinga á 12 mánaða tímabili fyrir fyrstu neyðarvistun á árinu 2010.</b>			
<b>Flokkar (hvernig tengsl einstaklingur átti við úrræði við hverja neyðarvistun)</b>	<b>Einstaklingar (geta tvítalíst milli flokkana 2-7)</b>	<b>Vistanir</b>	<b>Meðalfjöldi vistana í hverjum flokki á einstakling</b>
1. Engin umsókn eða tengsl við úrræði á tímabilinu, þ.e. flokkar 2-7 eiga ekki við	34	49 (14%)	1,4
2. Áður en sótt er um úrræði eða áður en tengsl við úrræði eru hafin. Einn eða fleiri flokkar 3-7 áttu við síðar á tímabilinu	20	30 (23%)	1,5
3. Á biðlista eftir úrræði á vegum Barnaverndarstofu, m.v. dagsetningu umsóknar barnaverndarnefndar	39	<b>74</b> <b>(21%)</b>	1,9
4. Í inntökuferli (dagana áður en meðferð byrjar)	25	32 (9%)	1,3
5. Er í meðferðarúrræði á vegum Barnaverndarstofu	34	<b>76</b> <b>(22%)</b>	2,2
6. Kom úr meðferð á vegum Barnaverndarstofu á tímabilinu	35	<b>74</b> <b>(21%)</b>	2,1
7. Í fóstri	6	14 (4%)	2,3
<b>Samtals</b>	<b>Raunfjöldi einstaklinga: N=102</b>	<b>349</b> <b>(100%)</b>	<b>3,4</b> <b>(SD=2,8)</b>
<i>Fjöldi einstaklinga sem voru einungis neyðarvistarir í inntökuferli (4) eða meðan á meðferð stóð (5)</i>	5	5	1
<i>Raunfjöldi einstaklinga á biðlista (3) og/eða sem höfðu verið í meðferð (6), þ.e. sömu einstaklingar ekki tvítaldir í flokkum 3 og 6</i>	55 (54%)	148 (42%)	2,7
<i>Raunfjöldi í fóstri án umsóknar um eða án tengsla við meðferðarúrræði á tímabilinu</i>	4	10	2,5

Þegar fjallað er um neyðarvistanir er full ástæða til að spyrja hvort þær séu í einhverjum tilvikum ofnotaðar. Í fjölkerfameðferð (MST) er lögð á það sérstök áhersla að forðast neyðarvistanir ef þess er nokkur kostur og reynt að efla foreldra í að takast á við erfiðar upptakomur. Þetta er gert með aukinni aðstoð við fjölskyldu barns og öryggisáætlunum á heimavelli og reynt að koma í veg fyrir að vandi barns verði stærri í hugum fólks en hann er í raun og veru og nái þar með stjórn á foreldrunum. Þó er ljóst að vandi sumra barna og foreldra getur á tímabilum orðið það mikill að brýn þörf er á neyðar- eða bráðavistun og það getur einnig átt við börn sem fá MST meðferð og gildir ekki síst um börn sem glíma við alvarlegan vímuefnavanda, sem fjallað verður um í kafla 2. Hins vegar virðist ljóst að setja þarf ákvæði í reglugerð um Stuðla um sérstök viðbrögð og samráð ef sama barn er neyðarvistað ítrekað á tilteknu tímabili svo tryggja megi að vinnsla máls sé árangursrík og markviss.

Starfsmenn Barnaverndarstofu, Stuðla og stærstu barnaverndarnefnda hafa skoðað vistunarlista barna á lokaðri deild á 12-16 mánaða tímabilum. Þegar tímabilið janúar 2010 til maí 2011 var skoðað með tveimur

stærstu notendum neyðarvistunar, Barnavernd Reykjavíkur og Félagsþjónustu Kópavogs, komu fram mikilvægar bakgrunnsupplýsingar um börn sem eru neyðarvistuð mjög endurtekið: Erfiðar heimilisaðstæður og/eða búsetuvandi barna, þroskafrávik eins og greindarskerðing eða röskun á einhverfurófi sem og geðrænir erfiðleikar – oftast í tengslum við vímuefnaneyslu, þar með talin misnotkun áfengis. Þær skoðanir komu fram að vandi þessara barna geri kröfu um meiri samfellu í meðferð og umönnun, ekki síst með tilliti til eftirfylgdar og/eða nánari afskipta á biðtíma eftir úrræði. Umönnunarþörf og vandi barna á neyðarvistun er mjög mismunandi þrátt fyrir að vistunarástæður kunni að vera af svipuðum toga eins og neysla, útigangur, afbrot eða ofbeldishegðun. Þau börn sem vistuð eru endurtekið glíma oft við vanda og sýna hegðun sem getur reynt mjög á önnur börn og starfsmenn neyðarvistunar. Starfsmenn Stuðla og Barnaverndarstofu hafa haft af þessu nokkrar áhyggjur og ekki síður af aldurs- og kynjablöndun.

## 2 Bráðavistun vegna geðræns vanda eða fíkniefnavanda

Með hækkun sjálfræðisaldurs árið 1998 jókst þörfin fyrir lækniþjónustu við börn sem glíma við alvarlegan hegðunarvanda í tengslum við vímuefnaneyslu og/eða geðræna erfiðleika. Á sama tíma var ljóst að fjölga þyrfti neyðarvistunarplássum og töldu Barnaverndarstofa og BUGL æskilegast að byggja neyðarvistun sem heilbrigðiskerfið og barnaverndaryfirvöld stæðu að í sameiningu sem varð því miður ekki að veruleika. Þess í stað var gerður þjónustusamningur árið 1999 um þjónustu Landspítalans við Stuðla, meðferðarheimilin og unglingsdeild SÁÁ. Framkvæmd þjónustusamningsins hefur að mörgu leyti tekist mjög vel og eflt samvinnu þessara kerfa. Sá hluti samningsins sem snýr að bráðavistunum vegna vímuefnavanda og/eða geðræna erfiðleika sem valda alvarlegum hegðunarvanda hefur reynst erfiðari í framkvæmd. Hefur BUGL jafnan gert grein fyrir því að geta með engu móti vistað unglinga í slíkum vanda auk þess sem 33A hefur haft mikla fyrirvara á vistunum unglinga sökum blöndunar við fullorðna sem deildin er sérhæfð í og gert þá kröfu að barnageðlæknar fylgi þeim eftir á 33A. Svo virðist sem ekki sé einhugur um það innan Landspítalans hvernig framkvæmd þjónustunnar skuli vera. Að mati Barnaverndarstofu, framkvæmdastjóra geðsviðs og framkvæmdastjóra kvenna- og barnasviðs Landspítala hefur spítalanum ekki tekist að sinna bráðavistunum þessara barna, sbr. fund þessara aðila 30. júní s.l.

Fljótlega kom í ljós við framkvæmd þjónustusamningsins að í stað þess að ákveðin börn sem barnaverndarnefndir höfðu afskipti af ættu greiddara aðgengi að bráðavistunarplássum á Landspítala virtist dæmið snúast við og börn með flókinn vanda og/eða undir áhrifum sterkra vímuefna frekar vera vistuð á lokaðri deild Stuðla en áður – að vísu með stórbættu aðgengi að ráðgefandi lækni BUGL. Einnig er það svo að þegar unglingar fá bráðaþjónustu á 33A miðast dvölin að jafnaði við sólarhring eða fáa daga eða fráhrarfsmeðferð í skilningi afeitrunar eins og um fullorðna einstaklinga væri að ræða. Barnaverndarnefndir hafa hins vegar þörf fyrir bráðavistun í marga daga eða nokkrar vikur með tilliti til þeirra áhrifa sem langvarandi notkun sterka vímuefna hafa á hegðun, tilfinningar, geðrænt ástand og sjálfstjórn.

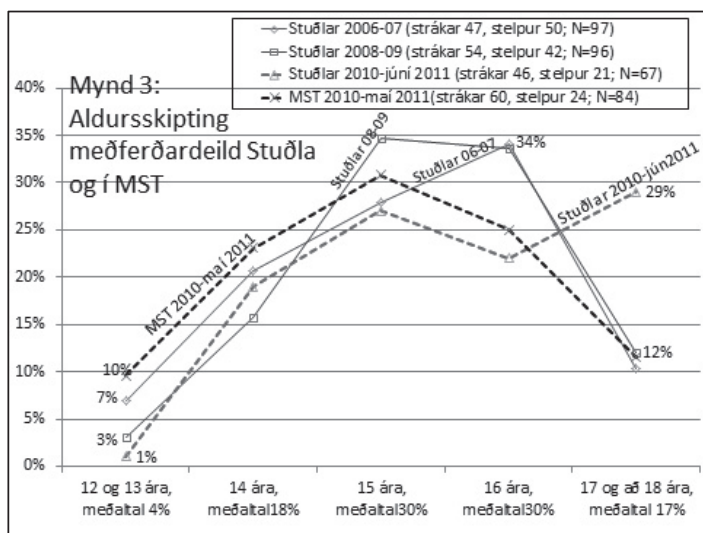
Allmargir unglingar sem barnaverndaryfirvöld hafa afskipti af vegna hegðunar- og vímuefnavanda (og hafa jafnvel verið neyðarvastaðir endurtekið á lokaðri deild Stuðla) gera tilraun til meðferðar á Voggi sem getur gagnast þeim og sumir fara jafnvel áfram á Staðarfell. Mörgum er hins vegar vísað út af Voggi vegna hegðunarvanda eða fara af sjálfir eftir nokkurra daga viðdvöl. Barnaverndarnefndir kvarta yfir því að ekki sé haft samband eða samráð við barnaverndarstarfsmann þegar unglingur fer eða er látinn fara af Voggi og að erfitt sé fyrir barnaverndarstarfsmenn að eiga samvinnu við Vog um meðferð unglinga.

Unglingum í þessum hópi var iðulega vísað í Götusmiðjuna meðan hún starfaði og gátu sumir náð ágætum árangri á 2-4 mánaða vistunartíma auk eftirmeðferðar. Götusmiðjan var opið úrræði sem hafði þann kost að barnaverndarnefndum reyndist auðvelt að fá samþykki unglings fyrir vistuninni og greitt aðgengi var að plássum. Staðurinn uppfyllti þannig á ákveðinn hátt þörf fyrir bráðavistun sem gat skipt miklu máli í vinnslu vandamála þar sem bakslög eru algeng. Starfsfólk Götusmiðjunnar, barnaverndarnefnda og Barnaverndarstofu hafði hins vegar áhyggjur af þeim óstöðugleika í meðferðarumhverfinu sem þetta fyrirkomulag olli – auk þeirra áhrifa sem sá fjöldi unglunga hafði sem gátu dvalið á staðnum í einu (alls voru þar 13 pláss) sem og blöndunar við skjólstaðinga eldri en 18 ára.

Brottfall úr Götusmiðjunni var hátt og ef miðað er við tímabilið frá júlí 2007 til maí 2010 dvöldu um 19% barnanna skemur en eina viku, 22% í 1-4 vikur, 18% í 4-8 vikur, 28% í 8-16 vikur sem var skilgreindur tími grunnmeðferðar, 11% í 16-32 vikur til framhaldsmeðferðar og 2% lengur en 32 vikur. Einnig voru dæmi um að mörgum börnum í einu væri vísað burt úr Götusmiðjunni fyrir reglubrot. Misjafnt var hvort barnaverndarstarfsmenn notuðu neyðarvistun Stuðla þegar barn fór án samþykkis eða var vísað úr Götusmiðjunni.

### 3 Meðferðarúrræði

Inleiðing fjölkerfameðferðar (MST) árið 2008 leiddi til þess að fjölskyldur 12-18 ára barna á suðvesturhorni landsins sem glíma við alvarlega hegðunarferðleika og/eda vímuefnavanda eiga kost á



ítarlegri og gagnreyndri meðferð á heimavelli í allt að 5 mánuði. Eftir stækkun MST teymanna fyrripart árs 2011 verður hægt að þjónusta um 80 fjölskyldur á ári. Eitt af markmiðum MST er að koma í veg fyrir eða draga úr þörf fyrir vistun utan heimilis. Einnig er reynt að meta hvenær MST getur nýst í framhaldi af stofnanameðferð eða stýtt þann tíma sem vista þarf barn á stofnun eða fósturheimili.

Meðferðarstofnunum á vegum Barnaverndarstofu hefur fækkað umtalsvert á síðustu árum í kjölfar minnkandi eftirspurnar barnaverndarnefnda eftir meðferð

utan heimilis. Viðhorf til stofnanameðferðar hafa breyst og rannsóknir leitt í ljós að einungis skuli vista unglunga í mjög alvarlegum vanda á meðferðarstofnun (Andreassen, 2003). Athygli vekur að á sama tíma hefur neyðarvistunum barna á lokaðri deild Stuðla fjölgað eins og fjallað var um í kafla 1. Greining og meðferð á meðferðardeild Stuðla hefur þann tilgang að enduraðlaga barn að fjölskyldu og heimahögum og draga úr þörf fyrir lengri vistun utan heimilis. Greining og meðferð á Stuðlum er einnig forsenda þess að hægt sé að ráðstafa barni í langtímameðferð en í dag starfa 3 langtímameðferðarheimili með 17-19 plássum og vistunartíma frá 6-12 mánuðum.

Ákveðnar vísbendingar eru um að meðalaldur barna á Laugalandi og Háholti taki breytingum og sé um einu ári hærrí á árinu 2011 en á árinu 2009. Þó ber að taka þessum vísbendingum með fyrirvara þar sem um fáa einstaklinga er að ræða ár hvert.

Skýrari vísbendingar um hækkandi aldur koma fram á Stuðlum. Eins og sjá má á mynd 3 verður umtalsverð fjölgun 17 og 18 ára barna (miðað við aldur sem barn náði eða nær á árinu) á tímabilinu frá janúar 2010-júní 2011. Lokun Götusmiðjunnar í júlí 2010 getur haft áhrif á þessa auknu eftirspurn en Barnaverndarstofa hafði ekki fjárhagslegt svigrúm til að opna nýtt stofnanaúrræði fyrir 16-18 ára. Þar að auki má gera ráð fyrir að innleiðing MST árið 2008 hafi þau áhrif að börn sem eiga í vaxandi vanda eftir MST meðferð komi þar með síðar til meðferðar á stofnun. 12-13 ára börnum fer fækkandi á Stuðlum og hlutfallslega fleiri börn á aldrinum 12-16 ára eru í MST en á Stuðlum á tímabilinu 2010 til maí/júní 2011. Hlutfallið snýst við fyrir aldurshópana 17 og að 18 ára sem eru umtalsvert fleiri á Stuðlum en í MST.

Athygli vekur að kynjahlutföll virðast skekkjast á tímabilinu 2010 til dagsins í dag en þá eru helmingi fleiri strákar en stelpur í meðferð á Stuðlum. Nær þrefalt fleiri strákar en stelpur eru í MST (og helmingi fleiri strákar en stelpur voru í MST 2008-2009). Erfitt er að meta hvað veldur þessari þróun sem einnig átti sér stað á neyðarvistun Stuðla, sbr. kafla 1, en vert að athuga það nánar með þeim barnaverndarnefndum sem vista börnin.

### 3.1 Umönnunarþyngd, aðgengi og sérhæfing úrræða

Eftirspurn eftir meðferð á Stuðlum hefur verið nokkuð stöðug undanfarin ár en á tímabilum eins og að hausti þegar barnaverndarstarfsmenn koma úr sumarfríum hefur ekki verið hægt að fylla öll meðferðarpláss. Reynt hefur verið að bjóða upp á eftirmeðferð á Stuðlum en lengi verið ljóst að efla þarf þann hluta. Erfiðar hefur reynst með eftirmeðferð og eftirfylgd af meðferðarheimilum sem virðist ekki einungis tengjast staðsetningu þeirra heldur á einhvern hátt óljósri samvinnu ríkis og sveitarfélaga. Árangur af stofnana meðferð stendur ekki í beinu samhengi við vistunartímamann heldur fjöhlíða og viðurkenndar aðferðir sem beitt er í meðferðinni (Andreassen, 2003). Einnig er vitað að meðferðarþörf unglunga sem glíma við hegðunar- og vímuefnavanda þar sem bakslög eru algeng einskorðast ekki við inn- og útskrift í úrræði heldur þarf í raun að tryggja samfellda umönnun, þjónustu og eftirlit á mismunandi stigum (sjá kafla 4 og 5) (Kaminer & Godley, 2010). Af þessu tilefni er lagt til að Stuðlum verði falið aukið hlutverk á sviði eftirfylgdar og fjölskyldumeðferðar, einnig gagnvart öðrum meðferðarheimilum, svo tryggja megi samfellda umönnun, sjá kafla 6.

Fyrri hluta árs 2011 hefur verið biðlisti eftir meðferð á Stuðlum sem meðal annars tengist því að Stuðlar drógu úr innskriftum í mars og apríl vegna mjög krefjandi 16-18 ára skjólstaðinga og mikils álags sem skapaðist á meðferðardeildinni. Ekki hefur verið umtalsverð bið eftir langtímameðferð undanfarin misseri en hins vegar telja barnaverndarnefndir sig eiga í erfiðleikum með að fá úrræði fyrir ákveðna unglunga á aldrinum 16-18 ára sem þurfa sérhæfða vímuefna meðferð samhliða meðferð við alvarlegum hegðunarvanda eða afbrotahæðun. Flestir þessara unglunga hafa verið til meðferðar áður, jafnvel í mörgum úrræðum á vegum Barnaverndarstofu eða á Vog. Ekki getur því talist með öllu fyrirsjáanlegt hvernig meðferðarþörf þessa hóps er mætt í dag auk þess sem vandi þeirra er oft þess eðlis að mjög erfitt getur verið að blanda þeim saman við þann hóp unglunga sem dvelja á Stuðlum eða meðferðarheimilunum þó beiðnum um vistun sé ekki hafnað. Stærð hópsins getur verið breytileg en í upphafi árs 2011 áætluðu þrjár stærstu barnaverndarnefndir landsins að á þeim tíma væri samtals um að ræða 4-6 einstaklinga á aldrinum 16-18 ára sem þyrftu í raun öflugri meðferð vegna vímuefnavanda sem oftar en ekki tengist alvarlegum hegðunarvanda, brotthlaupum og/eða afbrotum.

Fækkun meðferðarheimila, styttri vistunartími með tíðari innskriftum og sú stefna að vista einungis unglunga á stofnun sem glíma við alvarlegasta vandann þýðir að umönnunarþyngd er almennt þyngri og meiri á hverjum tíma. Þeim atvikum hefur fjölgað umtalsvert allt frá tímabilinu 2008-2009 sem starfsmenn meðferðarheimila þurfa að takast á við ofbeldi sem leiðir til þess að áherslan í meðferðarstarfinu færist í auknum mæli í að halda öryggismörkum. Slík þróun getur haft keðjuverkandi áhrif á möguleika til fjölbreytts og árangursríks meðferðarstarfs með börnum og foreldrum og haft neikvæð áhrif á starfsmenn meðferðarheimila til lengdar. Hefur Barnaverndarstofa fengið utanaðkomandi aðila til að endurskoða öryggismál meðferðarheimila, meðal annars með tilliti til verklags, stjórnunar og mannafla. Einnig hefur Barnaverndarstofa gefið heimilunum heimild til að kalla til aukamannafla ef þörf krefur og jafnframt bætt við ákveðnum stöðugildum.

### 3.2 Afplánun óskilorðbundinna refsidóma og lögfesting barnasáttmálans

Í skýrslu vinnuhóps dómsmálaráðuneytis og Barnaverndarstofu frá árinu 2010 um afplánun sakhæfra barna er fjallað um leiðir til lögfestingar Barnasáttmála sameinuðu þjóðanna sem gerir þær kröfur að einstaklingar undir 18 ára aldri þurfi ekki að afplána í fangelsi með fullorðnum. Hér á landi eru mjög fáir einstaklingar undir 18 ára aldri dæmdir til óskilorðsbundinnar refsingar á ári hverju sem mælir á móti þeim möguleika að reisa sérstakt úrræði enda dveldu dæmdir einstaklingar á tímabilum einangraðir í slíku úrræði (sem er andstætt hagsmunum þeirra) auk þess sem úrræðið myndi á tímabilum standa tóm. Vinnuhópurinn kemst einnig að þeirri niðurstöðu að hagsmunum ungra fanga undir 18 ára aldri sé almennt betur borgið með vistun og afplánun í meðferð á vegum barnaverndaryfirvalda og leggur fram tvær megin tillögur: Annars vegar að Barnaverndarstofu verði falið í lögum að annast bæði gæsluvarðhald og afplánun fanga undir 18 ára aldri líkt og gert hefur verið að ákveðnu marki með samningi Barnaverndarstofu og Fangelsismálastofnunar frá 5. nóvember 1999 um vistun fanga undir 18 ára aldri á meðferðarheimilum. Hins vegar að byggt verði við neyðarvistun Stuðla vegna gæsluvarðhalds og að byggð verði sérstök eining við eitt af meðferðarheimilum Barnaverndarstofu þar sem hægt væri að vista unga fanga tímabundið sem ekki vilja taka þátt í meðferð eða brjóta ítrekað reglur og með grófum hætti. Þeir gætu síðan unnið sig aftur inn í meðferðina í stað þess að fara í afplánun á vegum Fangelsismálastofnunar líkt og núverandi samkomulag stofnananna gerir ráð fyrir. Hér þyrfti að huga sérstaklega að öryggisstigi á meðferðarheimilinu, sem er umtalsvert lægra en í fangelsi, sem og lagaheimildum starfsmanna til valdbeitingar (Skýrsla vinnuhóps, 2010).

Ef tillögur vinnuhópsins eru skoðaðir í því ljósi sem varpað hefur verið á stöðu neyðarvistana og meðferðarúrræða í köflunum hér að framan verður að viðurkenna að tillögur um þjónustu við gæsluvarðhalds- og afplánunarfanga í viðbyggingum við núverandi starfsemi þarf að endurskoða. Blöndun eldri unglunga, sem sýna alvarlega og ítrekaða brotahegðun og eru í vímuefnaneyslu, við þann breiða hóp sem meðferðarkerfið þjónustar að öðru leyti, getur orkað mjög tvímælis og líklegt að slík blöndun sé ekki til þess fallin að mæta meðferðar- eða öryggisþörf viðkomandi unglunga í báðum hópum. Hér þarf einnig að huga að aldurs- og kynjablöndun. Síðast en ekki síst þarf að tryggja að meðferðin sé sérhæfð svo hún sé líkleg til að skila árangri sem snýr meðal annars að landfræðilegri staðsetningu meðferðarstaðarins eins og fjallað verður nánar um hér að neðan.

Farið hefur verið yfir meðferðarþörf unglunga sem hljóta óskilorðsbundna dóma á samráðsfundum Barnaverndarstofu með Stuðlum annars vegar og Fangelsismálastofnun hins vegar. Flest þeirra barna sem framið hafa ítrekuð afbrot sem leiða til óskilorðsbundins dóms glíma við alvarlegan hegðunar- og vímuefnavanda og þyrftu á sérstöku úrræði að halda sem tekur á báðum þáttum. Þó kennir reynslan að ákveðnir einstaklingar sem afplána dóma eða sitja í gæsluvarðhaldi eiga ekki samleið með harðari hópnum

og gætu því afplánað á öðrum meðferðarheimilum. Tryggja þarf öryggi og aðgreiningu kynja innan úrræðisins og sumir vilja meina að nauðsynlegt sé að aðskilja kynin í aðskildum úrræðum. Talið er mikilvægt að börn geti afplánað áfram á sama stað eftir 18 ára aldur. Varasamt er talið að byggja upp úrræði sem er lokað og í litlum tengslum við samfélag og heimahaga barnanna og þarf staðsetning úrræðisins að vera á höfuðborgarsvæðinu og taka mið af möguleikum að fá hæft starfsfólk og að börnin geti tengst samfélaginu og aðlagast því á sem mestan hátt. Meðferðarstaðurinn þarf að geta haldið aftur af unglíngum sem vilja yfirgefa staðinn en gera verður ráð fyrir að barn sem afplánar dóm í hálfopinni meðferð komi til með að geta hlaupið burt; aðalatriðið er hins vegar að tekið sé við barninu aftur. Lögð er áhersla á að ábyrgð á úrræðinu þurfi að vera á einni hendi en mismunandi stofnanir þurfi að skuldbinda sig til samvinnu, svo sem Fangelismálastofnun, heilbrigðisstofnanir, Barnaverndarstofa og fleiri. Fara þurfi yfir málaflokkinn í víðu samhengi, meðal annars til að tryggja að börn upplifi að lögbrot hafi afleiðingar en að tryggt sé að ef um afplánun er að ræða þá geti hluti hennar verið utan stofnana og í tengslum við samfélagsþjónustu og sáttamiðlun. Nauðsynlegt er að eftirfylgd og samfélagsleg aðlögun sé fastur hluti af meðferðarferlinu og almennt að í meðferðinni sé beitt viðurkenndum aðferðum og tekið á helstu áhættuþáttum afbrotahegðunar, sjá kafla 4.

#### 4 Áhættuþættir og viðurkenndar aðferðir

Áhættuþættir andfélagslegrar hegðunar hafa verið skoðaðir í fjölmörgum rannsóknum undanfarna áratugi. Andrews og Bonta skilgreina 4 meginþætti og 4 viðbótarþætti:

1. Saga um andfélagslega hegðun
2. Andfélagslegir persónuleikaþættir
3. Andfélagslegur hugsanastíll
4. Andfélagslegir vinir
5. Aðstæður í fjölskyldu (tilfinningatengsl, samskipti, eftirlit, afleiðingar)
6. Skóli og vinna
7. Tómtundir og áhugamál
8. Misnotkun vímuefna

Allir þessir áhættuþættir fyrir utan sögu um andfélagslega hegðun eru breytanlegir. Úrslitaatriði fyrir meðferðarárangur er að meðferðin beinist að þeim breytanlegu áhættuþáttum sem eru ráðandi hjá hverjum og einum. Þegar tekin er ákvörðun um hverjir skuli vistast í stofnana meðferð er talið mikilvægt að meta vægi áhættuþátta svo einungis þeir sem eru í mikilli áhættu og geta ekki nýtt sér meðferð á heimavelli séu vistaðir á stofnun. Ekki sé útilokað að þeir sem glíma við miðlungs eða lítinn vanda geti orðið fyrir neikvæðum áhrifum af vistun á stofnun með einstaklingum með mjög alvarlegan vanda (Andrews & Bonta, 2010; Andreassen, 2003). Hér ræður þó innihald meðferðarstarfsins, hæfni og reynsla starfsfólks á meðferðarstofnun ávallt úrslitum (Kaminer, 2005). Tryggja þarf að í meðferðinni sé notast við viðurkenndar aðferðir sem henta þroska og meðferðarþörfum unglingsins (móttækileiki). Meðhöndla þarf áhættuþætti eins og kvíða eða þunglyndi, meðal annars til að auka getu og vilja til meðferðar, en meðhöndlun kvíða og þunglyndis ein og sér er ekki talin tryggja árangur í meðferð andfélagslegrar hegðunar. Taka þarf tillit til áhættuþátta eins og veikleika í vitsmunastarfi sem hafa áhrif á hegðunarvanda, getu til að nýta sér meðferðina og meðferðarhorfur. (Andrews & Bonta, 2010; Henggeler, 2009). Áhersla er lögð á aðferðir sem æfa félagsfærni, sjálfstjórn og félagsvæn viðhorf, dæmi: Aggression Replacement Training og Motivational Interviewing (Andreassen, 2003).

Ákveðið hlutfall foreldra á erfitt með að taka þátt í meðferð vegna sinna eigin erfiðleika og/eða erfiðra samskipta við ungling í vanda þar sem bakslög eru algeng og áhrif á fjölskyldulíf talin óbærileg. Ónóg samvinna barnaverndarstarfsmanna og meðferðaraðila við foreldra og ungling í skipulagi og framkvæmd meðferðar dregur úr virkni hennar og eykur líkur á alvarlegum mótþróa (Andrews & Bonta, 2010; Henggeler, 2009; Slettebø, 2009; St.meld.nr20, 2005-2006). Langtímarannsóknir leiða í ljós að slök tilfinningatengsl innan fjölskyldu, óstöðugleiki eða skortur á eftirliti og afleiðingum auki líkur á andfélagslegri hegðun. Almennt hafi meðferðarþrógrömm sem beinist að þessum þáttum og þátttöku foreldra jákvæð áhrif á vandamál og afbrotahegðun barna ef þau eru leiðbeinandi og byggja á grunni hugrænnar atferlismeðferðar, innihaldi þjálfun sem leiði til aukinnar hæfni, byggji á hágæða meðferðarsambandi og séu framkvæmd af vel þjálfuðum meðferðaraðilum undir ströngu gæðaeftirliti sem tryggi að meðferðin sé framkvæmd með sambærilegum móti og þegar virkni hennar var rannsökuð. Dæmi um aðferðir sem beitt er hér á landi og uppfylla ofangreind skilyrði eru Parent Management Training (PMT) sem er þjálfun og meðferð fyrir fjölskyldur barna að 12 ára aldri, sem og fjölkerfameðferð (MST) á heimavelli fyrir fjölskyldur 12-18 ára barna (Andrews & Bonta, 2010). Í MST er unnið með samskipti, eftirlit, afleiðingar og aðra áhrifavalda vandans í tengslum við öll kerfin í kringum barnið (foreldra, fjölskyldu, félagahóp, skóla og nærumhverfi) (Henggeler, 2009).

#### 4.1 Meðferðarúrræði á Norðurlöndum vegna afbrotavanda

Að mati nágranna okkar á Norðurlöndum eru viðbrögð við alvarlegum hegðunarvanda og afbrotum í formi fangelsunar og útilokunar frá samfélaginu talin árangurslaus og skaðleg leið sem hafi neikvæð áhrif á persónuþroska, dragi úr félagsfærni og félagstengslum og leiði til stimplunar. Þess í stað er lögð áhersla á persónuþroska, dragi úr félagsfærni og félagstengslum og leiði til stimplunar. Þess í stað er lögð áhersla á skjót viðbrögð vegna lögbrota unglunga og sem dæmi má nefna að ef barn fremur ofbeldisglæp eða annað alvarlegt afbrot í Danmörku þá skal liggja fyrir bráðabirgðaáætlun um meðferð máls innan 7 daga þar sem unnið er með unglingi og foreldrum að því að draga úr líkum á frekari afbrotum. Ítarlegri áætlun um meðferð máls er gerð í framhaldi. Dómstólum er heimilt að dæma börn til meðferðar í stað fangelsisvistar. Hér á eftir verður í dæmaskyni fjallað um nokkrar leiðir sem Danir og Norðmenn beita í meðferð afbrota og alvarlegs hegðunarvanda.

##### 4.1.1 Stigskipt þjónusta

Danskir dómstólar geta dæmt sakhæfa unglunga sem framið hafa alvarleg og/eða endurtekin lögbrot í samfelld meðferðarferli, *Ungdomssanktionen*, þar sem meðferðarþörf en ekki sjálfst lögbrotið ræður tímalengd og styrkleikum inngrípa í allt að 24-30 mánuði. Dómurinn byggir á bakgrunnsupplýsingum um vanda unglings svo meta megi hvort úrræðið fullnægi meðferðarþörf eða hvort ofbeldishætta sé talin það mikil að vistun í fangelsi þjóni þörfum unglings betur. Samhliða dómi í *Ungdomssanktionen* gera félagsmálayfirvöld sveitarfélags aðgerðaáætlun með fjölskyldu og unglingi sem er endurskoðuð reglulega: Sett eru skýr, afmörkuð og mælanleg *yfir- og undirmarkmið* um hegðun, aðlögun að samfélagi, tengsl við fjölskyldu og félagahóp, meðferðarinngríp, nám og vinnu osfv.

Ungdomssanktionen samanstendur af þremur fösom:

1. Öryggisdeild með vistun að jafnaði í 2 mánuði (undangengið gæsluvarðhald á deildinni ekki meðtalið). Heimilt að hafa útidyr og glugga læsta og hafa eftirlit með samskiptum út fyrir deildina.
2. Opin stofnun eða annað viðeigandi úrræði að jafnaði í 12 mánuði. Val á úrræði tekur mið af meðferðarþörf á grunni greiningar/mats sem skal að mestu lokið í fasa 1 eða fyrir þann tíma.

3. Dagdeildarumönnun („ambulant“ umönnun) og eftirlit í þann tíma sem eftir er að 24 mánaða tímabili en þó að lágmarki í 6 mánuði.

Hægt er að flytja ungling til baka á öryggisdeild ef alvarleg bakslög verða en ákveðin tímamörk gilda fyrir fasa 1 og 2 (Servicestyrelsen, 2010). Bent hefur verið á annmarka við að flytja ungling ítrekað til baka á öryggisdeild sem ekki er staðsett innan sömu stofnunar og opna meðferðin. Slíkt geti komið niður á samfellu og skapi óstöðugleika í meðferðinni (Brøgger, 2007).

Svokallaður „Koordinator“ er skipaður í upphafi ferlisins og er framlengdur armur barnaverndarstarfsmanns, hefur hlutverk tengiliðs og persónulegs ráðgjafa í gegnum allt ferlið. Sérstaklega reynir á hlutverk hans í þriðja fasanum. Hann stendur vörð um samhengi meðferðarfasa og þverfaglega aðkomu mismunandi kerfa að fjölþættum vanda (afbrotavanda, misnotkun vímuefna, tilfinningavanda og skólavanda o.s.frv.), heldur fundi með unglingi, foreldrum, aðilum í nærumhverfi og öðrum svo markmiðum áætlunar um meðferð máls verði fullnægt (Servicestyrelsen, 2010).

#### 4.1.2 Opin meðferð og MultifunC

Í skýrslu norska dómsmálaráðuneytisins frá 2006 um valkosti við refsingar vegna afbrota er lagt til að með sérstakri heimild í barnaverndarlögum verði hægt að dæma sakhæfa unglunga að 18 ára aldri til meðferðar á stofnun á vegum barnaverndaryfirvalda í stað afplánunar í fangelsi. Einungis skuli vista ungling í fangelsi ef engin önnur leið telst fær en við eins opnar aðstæður og kostur er, endurmeta forsendur með stuttu millibili og stefna sem fyrst að flutningi í vægara úrræði og meðferð. Mikilvægt er talið að við afplánun og gæsluvarðhald sé aðgengi að skóla, vinnu og viðeigandi aðstoð. Lögð er áhersla á að stytta vistunartíma en draga úr líkum á bakslögum með samfelldri og þverfaglegri þjónustu á mismunandi stigum þar sem stofnanir skuldbindi sig til að veita nauðsynlega þjónustu. Samfélagsþjónusta og sáttamiðlun (Restorative Justice) er sögð mikilvæg fyrir bæði ósakhæfa og sakhæfa unglunga (St.meld.nr20, 2005-2006).

Gerð er áætlun um meðferð máls til lengri tíma þar sem svokallaður „mentor“ gegnir samræmingarhlutverki (svipað og „koordinator“ í Ungdomssanktionen). Áætlunin byggir á einstaklingsbundnum bakgrunnsupplýsingum sem nýtast einnig dómstólum við umfjöllun mála. Í norsku skýrslunni er lagt til að skipaður verði þverfaglegur samráðshópur með hverjum þeim sem afplánar dóma. Hópurinn sé skipaður fulltrúum refsivörslukerfis, barnaverndar, vímuefnameðferðar, læknis- og félagsþjónustu, menntakerfis, o.s.frv. (St.meld. nr. 20, 2005-2006). Norska dómsmálaráðuneytið hefur á seinustu misserum gert nánari útfærslur á þessum tillögum en á sama tíma hafa tvö unglungafangelsi verið reist með 4-6 plássum á hvorum stað til að draga úr þörf fyrir vistun unginga í fangelsi með fullorðnum. Þess má geta að Svíar vinna nú að úrræðum utan stofnana í anda þeirra norsku (Munnlegar upplýsingar, 2010).

Tekið er fram í norsku skýrslunni að meðferð skjólstæðinga með alvarlegan hegðunarvanda og afbrotavanda geri kröfu um meiri mönnun en þekktist á öðrum meðferðarstofnunum.<sup>3</sup> Tryggja þurfi góða menntun, hæfni og sameiginlegan hugmyndagrunn starfsmanna. Eru svokallaðar MultifunC stofnanir nefndar sem mögulegur kostur sem og einnig fjölkerfameðferð (MST) á heimavelli. Á grundvelli yfirlitsrannsóknna á aðferðum sem virka í stofnanameðferð voru fyrir um 5-6 árum síðan settar á fót fimm MultifunC stofnanir í Noregi og tvær í Svíþjóð. Meðferðin beinist að breytanlegum áhættuþáttum andfélagslegrar hegðunar unglunga sem glíma við mjög alvarlegan hegðunarvanda. MultifunC eru hálfopnar stofnanir í miklum tengslum við kerfin í kringum barn og foreldra, aðlögun að almennum skóla í

<sup>3</sup> Dæmi má taka af MultifunC stofnunum þar sem er umtalsvert fleira starfsfólk en þekktist af íslenskum meðferðarstofnunum sem sinna unglungum með sambærilegan vanda. Þannig vinna rúmlega 40 manns á MultifunC stofnuninni í Ås sunnan við Osló í Noregi þar sem hægt er að vista allt að 8 unglunga auk eftirmeðferðar.



nágrenninu strax á fyrstu vikum meðferðar sem og tíðum tengslum við félagsvæna vini og viðfangsefni fyrir utan stofnunina. Jafnóðum er tekist á við bakslög og reynt að draga úr neikvæðum áhrifum stofnanavistunar. Meðferðin tekur um 6 mánuði auk eftir meðferðar í heimahögum unglings í 3-4 mánuði. Umfangsmiklar árangursrannsóknir fara fram á MultifunC og eru Danir að opna tvær slíkar stofnanir.

## 5 Vímuefna meðferð unglunga og samfelld þjónusta

Vandi unglunga sem vísað er til meðferðar vegna vímuefnavanda er oft samtvinnaður alvaralegum hegðunarvanda sem hefur afgerandi áhrif á viðhorf og getu til meðferðar. Bakslög og endurteknar meðferðartilraunir eru að margra mati regla fremur en undantekning. Erlendar rannsóknir hafa leitt í ljós að brottfall unglunga úr vímuefna meðferð geti verið á bilinu 30-50% og hlutfall þeirra sem nota vímuefni áfram þrátt fyrir að hafa lokið meðferð geti jafnvel verið hærra. Helsti annmarki á vímuefna meðferð fyrir unglunga séu fastmótaðar aðferðir þar sem nokkurn vegin sömu inngrip og leiðir eru notuð fyrir alla án tillits til viðbragða og margbreytilegra þarfa viðkomandi unglings (Kaminer & Winters 2011). Bent hefur verið á að ekki sé vænlegt til árangurs að sinna meðferðarþörf unglunga með inngripi sem einskorðast af innskrift og útskrift af meðferðarstofnun. Meðferðarþörfin sé meira í líkingu við þróunarferli í stærra samhengi sem spanni mat, meðferð og samfellda umönnun (continued care). Þannig sé eðlilegt að gera stöðumat og hefja meðferð í formi hvatningarviðtala (Motivational Interviewing) áður en til vistunar kemur og auka þannig líkur á framförum og gera áhrifin skýrari af sjálfum vistunarhluta meðferðarinnar. Í meðferðinni þurfi að nota viðurkenndar aðferðir sem leiði til aukinnar getu og vilja til breytinga og meta þurfi framfarir reglulega með matslistum. Og þar sem fallhætta er umtalsverð meðal unglunga sem glíma við hegðunar- og vímuefnavanda hafi hefðbundin eftir meðferð í raun ekki reynst vel. Því sé mikilvægt að aðstoða viðkomandi unglunga og fjölskyldur áfram með skýrum og leiðandi hætti í heimaumhverfi þeirra (assertive continuing care). Samfelld umönnun þurfi einnig að fela í sér ákveðið og samfellt eftirlit með stöðunni og möguleika á að grípa aftur til sterkara meðferðarinngríps ef bakslög verða (adaptive continuing care) (Kaminer & Godley, 2010). Bandarísk samtök á sviði fíkniefna meðferðar<sup>4</sup> hafa lagt til að í stað þess að nota hugtakið „eftir meðferð“ verði þessu ferli lýst sem „samfelldri umönnun“; meðferð þurfi að vera sveigjanleg og klæðskerasniðin að breytilegum þörfum og vilja skjólstæðings til breytinga (Kaminer & Winters 2011).

Oft hefur verið fjallað um einkenni góðrar vímuefna meðferðar fyrir unglunga og hvernig meðferðarþörf þeirra er frábrugðin þörfum fullorðinna. Meðferðarþörfin einkennist af hinu sérstaka þroskaskeiði unglingsára með ólíkum viðhorfum og hugðarefnum miðað við fullorðna og ólíku vægi umhverfisþátta, mikilvægi foreldranna og sterkra áhrifa úr félagahópi. Mikilvægt sé að sníða meðferðina að þörfum hvers og eins með tilliti til hugræns-, tilfinningalegs-, líkamlegs-, félagslegs- og siðferðisþroska. Eftir því sem vímuefnanotkun færir niður í yngri aldurshópa verði vart við seinkaðri þroska á þessum sviðum sem aftur gerir sérstakar kröfur til meðferðar. Þar sem allflestir unglingar koma í meðferð að undirlagi fullorðinna þurfi að beita sérstökum hvatningaraðferðum til að þeir haldist í meðferðinni og fáist til samvinnu. Meðferðinni þurfi að takast að auka líkur á því að líf án vímuefna verði eftirsóknarvert í augum unglingsins (SAMSHA/CSAT, 1993).

Bandarískur sérfræðingahópur skilgreindi 9 lykilþætti í vímuefna meðferð fyrir unglunga á grundvelli fræðilegrar þekkingar og notaði þættina til að meta gæði vímuefna meðferðar á 144 sérhæfðum stofnunum fyrir unglunga (Brannigan og félagar, 2004):

<sup>4</sup> The American Society of Addiction Medicine (sjá Kaminer og Winters, 2011)

1. *Samræmi milli greiningar og meðferðar*  
Alhliða greining og mat á sálfræðilegum, geðrænum og læknisfræðilegum vandamálum, námserfiðleikum, fjölskylduvirkni og öðrum þáttum í lífi unglings.
2. *Alhliða og samþætt meðferðarnálgun*  
Meðferðin taki til allra þátta í lífi unglings og einskorðist ekki við vímuefnanotkun.
3. *Fjölskylda taki þátt í meðferð*  
Vandinn á sér oft rætur í fjölskyldunni og almennt næst betri árangur með þátttöku foreldra (forsjáaraðila), sem og nánnum tengslum við heimili og fjölskyldu unglings, skóla og eftir atvikum refsivörslukerfi.
4. *Í takti við þroska*  
Meðferð skal sníða að þroska og þörfum unglunga en ekki einungis aðlöguð út frá prógrammi fullorðinsmeðferðar.
5. *Hvatning og utanumhald*  
Meðferðin þarf að byggja upp traust milli unglunga og meðferðaraðila. Nota þarf viðurkenndar hvatningaraðferðir og umbunarkerfi.
6. *Hæfir starfsmenn*  
Starfsmenn skulu hafa þjálfun í þroska unglunga, geð- og sálrænum fylgiröskunum, misnotkun og ánetjan vímuefna.
7. *Kyn- og menningarbundnar þarfir*  
Innihald meðferðar skal mæta mismunandi þörfum drengja og stúlkna, minnihlutahópa og koma til móts við menningarmun.
8. *Samfelld umönnun*  
Meðferðin skal innihalda þjálfun sem dregur úr líkum á bakslögum, eftirmeðferðaráætlun og leiðir í þjónustu á heimavelli. Hafa skal samband og kanna árangur eftir að meðferð er lokið.
9. *Meðferðarárangur*  
Gera skal ítarlegt mat á framförum í meðferðinni og leiðum til að bæta meðferðina auk þess að beina athyglinni að bjargráðum og styrkleikum.

Sömu lykilþættir hafa verið lagðir til grundvallar í öðrum umfangsmiklum rannsóknum vestanhafs þar sem kortlagt er innihald vímuefna meðferðar fyrir unglunga og þarfir fyrir úrbætur. Fjallað er um fjöhlíða meðferðarþarfir unglunga og bent á að blöndum í meðferð með fullorðnum henti unglungum í raun illa. Séu hins vegar ekki aðrir möguleikar fyrir hendi en að meðhöndla unglunga með fullorðnum beri að gæta varúðar og hafa í huga að alls ekki sé tryggt að meðferðin þjóni þörfum þeirra nægilega vel. Áhersla er lögð á mikilvægi læknisþjónustu vegna líkamlegra sjúkdóma í tengslum við vímuefnaneyslu og geðræna fylgikvilla (Mark og félagar, 2006; Knudsen, 2009).

## 6 Tillögur um úrbætur

Á ýmsum samráðsfundum Barnaverndarstofu með barnaverndarnefndum og á starfsdegi félagsmálastjóra 2011 hafa komið fram óskir um sérstakt úrræði fyrir eldri unglunga í alvarlegum hegðunar- og vímuefnavanda. Nýlega sendi starfshópur á vegum Barnaverndar Reykjavíkur skýrslu til Barnaverndarstofu um stöðu meðferðarmála ungmenna þar sem meðal annars var óskað eftir sérhæfðu úrræði fyrir eldri unglunga í vímuefnavanda, auknu samstarfi við Barna- og unglingageðdeild Landspítalans, aukinni samfelli í meðferð, aukinni eftirfylgd og stóraukinni aðstoð við unglunga og fjölskyldur eftir að meðferð er lokið. Loks var auglýst sérstaklega eftir aukinni skilvirkni í dómskerfinu svo ungmenni skynji að afbrot hafi afleiðingar (Skýrsla starfshóps Barnaverndar Reykjavíkur, 2011). Starfsmenn Stuðla hafa árum saman lagt á það áherslu að óskýrar afleiðingar dómskerfisins við

endurteknum lögbrotum unglunga geri það að verkum að þeir sjái sig síður tilneydda til að taka þátt í meðferð. Sáttameðferð hefur reynst vel sem hluti af meðferð barna sem sýna afbrotahæðun en því miður virðist sáttameðferð vegna sakhæfra barna hafa átt erfitt uppráttar hér á landi og er ástæða til að hvetja til aukinnar útbreiðslu hennar.

Eins og fram kemur í umfjöllun þessarar greinargerðar er það mikilvægt forgangsverkefni að efla og bæta undirbúning vistana barna sem bíða eftir meðferð í meðferðarúrræðum sem og eftirfylgd við börn og fjölskyldur eftir að vistun á meðferðarheimili lýkur. Þannig sé brugðist jafnóðum við bakslögum, álagi á fjölskyldur, endurteknum neyðarvistunum og vistunarþörf til langs tíma. Mikilvægt er að þjónustan einkennist af sveigjanleika og aðlögun að þörfum hvers barns og fjölskyldu en að útfært verði skýrt verklag í samráði við barnaverndarnefndir. Með tilliti til mismunandi stærðar og styrks sveitarfélaga og ekki síst mikilvægi samfelldrar þjónustu er lagt til að Stuðlum verði falið þetta verkefni enda koma öll þau börn sem í hlut eiga á neyðarvistun og/eða meðferðardeild Stuðla. Stuðlar myndu einnig sinna þessu verkefni í tengslum við önnur meðferðarheimili Barnaverndarstofu og mögulega áframhaldandi fjölskyldumeðferð vegna barna á meðferðarheimilum. Þessi breyting krefst fjölgunar sérfræðinga og annarra starfsmanna á Stuðlum sem starfi í náinni samvinnu við foreldra, barnaverndarstarfsmenn, heimaskóla eða vinnustaði barna (ekki síst auknu hlutverki Fjölsmiðjunnar), meðferðarheimili, fjölkerfameðferð (MST), lögreglu (m.a. með tilliti til sáttameðferðar), aðra meðferðaraðila og aðila í samfélaginu. Samvinna við Fjölsmiðjuna um þjónustu við einstaklinga á aldrinum 16-18 ára er mjög mikilvæg, þar sem bakslög geta verið tíð og einstaklingsbundin geta mismikil. Einnig verði stutt við innra starf meðferðarheimila með tilliti til yfirstandandi endurskoðunar Barnaverndarstofu á verklagi, stjórnun, starfsaðferðum, starfsmannafjölda og öryggi á meðferðarheimilum. Eins og fram kemur í kafla um neyðarvistun er afar brýnt að við endurskoðun á reglugerð um Stuðla verði kveðið á um sérstök viðbrögð og samráð ef sama barn er neyðarvistað ítrekað á tilteknu tímabili.

Eins og fram kemur í þessari greinargerð hníga mjög sterk rök að opnun nýs meðferðarheimilis á höfuðborgarsvæðinu sem sameini bráðavistun og meðferð vegna alvarlegrar vímuefnaneyslu og afbrotahæðunar eldri unglunga. Áhersla sé á aðlögun að fjölskyldu og jákvæðum félagahópi, aðgengi að hæfu og menntuðu starfsfólki, að skóla og vinnu og öflugra eftirfylgd eftir að vistun lýkur. Markhópurinn verði börn á aldrinum 16-18 ára með mikla þjónustubörf, samleitinn og alvarlegan vanda á sviði vímuefnaneyslu og afbrotahæðunar en áætlað er að sá hópur geti talið á bilinu 5-10 einstaklinga á hverjum tíma: Í upphafi árs 2011 áætluðu þrjár stærstu barnaverndarnefndir landsins að á þeim tíma væri samtals um að ræða 4-6 einstaklinga á aldrinum 16-18 ára sem þyrftu í raun öflugri meðferð vegna vímuefnavanda sem oftast en ekki tengist alvarlegum hegðunarvanda, brotthlaupum og/eða afbrotum. Í þessum hópi hafa þeir ungu fangar verið mjög fáir sem ekki hafa getað eða viljað afplána á starfandi meðferðarheimilum Barnaverndarstofa og fara þess vegna í fangelsi með fullorðnum. Með hinu nýja meðferðarheimili mætti hins vegar þjónusta all flest og nær öll börn, sem sæta gæsluvarðhaldi eða hljóta óskilorðbundna refsíðoma, á forsendum meðferðar í stað refsivörslu í fangelsi með fullorðnum. Þannig má tryggja lögfestingu Barnasáttmála Sameinuðu þjóðanna en eins og fram kemur í skýrslu vinnuhóps um afplánun sakhæfra barna er ekki hægt að útiloka að það kunni að þjóna hagsmunum tiltekinna einstaklinga betur að afplána í fangelsi með fullorðnum ef ofbeldishegðun er það mikil að vista þyrfti viðkomandi einstakling til langs tíma í lokuðum hluta meðferðarheimilis aðskilinn frá öðrum börnum (Skýrsla vinnuhóps, 2010).

Ef þessi tillaga um nýja stofnun nær fram að ganga dregur úr óæskilegri blöndun barna á neyðarvistun og meðferðardeild Stuðla sem í dag getur haft mjög neikvæð áhrif á meðferðarárangur. Þannig mætti efla og bæta þjónustu Stuðla við börn á aldrinum 12-16 ára sem glíma við hegðunar- og/eða vímuefnavanda og

þjónustu við börn að 18 ára aldri sem glíma við hegðunarvanda á grunni þroskaskerðingar eða geðræns vanda (og sem BUGL á erfitt með eða neitar að þjónusta í dag vegna hegðunarvanda og ofbeldishegðunar). Tryggja þarf heilbrigðisþjónustu á staðnum og þverfaglega vinnu. Hin nýja stofnun byggir á stigskiptri þjónustu:

- a) Öryggis- og bráðavistun vegna alvarlegs hegðunar- og/eða vímuefnavanda. Þessi hluti yrði einnig notaður þegar bakslög verða í meðferðinni (b) sem kalla á öryggisgæslu ásamt því að vera gæsluvarðhaldsúrræði fyrir réttarvörslukerfið. Mikilvægt er að hafa öryggis- og bráðavistun sem stysta og halda meðferð áfram í hálfopnum hluta (b) með möguleika á endurteknum öryggisvistunum ef þörf krefur.
- b) Áframhaldandi hálfopin meðferð með sérstakri áherslu á viðurkenndar aðferðir á sviði vímuefnavanda og afbrotahegðunar (sbr. greinargerð). Æskilegt að skilgreind verði mismunandi stig öryggisviðbragða eftir meðferðarþörf og réttarstöðu hvers einstaklings ef hann hyggst yfirgefa staðinn, allt frá almennum fortölum yfir í beitingu þvingunar eða tímabundinnar öryggisvistunar (a). Í meðferðinni sem og eftirfylgd sem sinnt væri frá meðferðarheimilinu eftir útskrift verði lögð áhersla á sáttameðferð og samfélagsþjónustu, samvinnu við fjölskyldu, barnavernd og félagsþjónustu, skólakerfi eða vinnustaði (m.a. Fjölsmiðju), aðra meðferðaraðila og Fangelsismálastofnun.
- c) Eftirfylgd (sjá umfjöllun hér að ofan).

## Heimildir

- Andreassen, T. (2003). *Behandling af ungdom i institusjoner; Hva siger forskningen?* Oslo: Kommunalforlaget AS.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct, 5. útgáfa*. New Providence, NJ: LexisNexis.
- Brøgger, M. H. (2007). *Ungdomssanktionen. En gennemgang af straffelovens § 74 a samt en analyse af eventuelle behov for en reform indenfor området*.  
[http://www.jura.au.dk/fileadmin/site\\_files/filer\\_jura/dokumenter/forskning/rettid/2008/afh4.pdf](http://www.jura.au.dk/fileadmin/site_files/filer_jura/dokumenter/forskning/rettid/2008/afh4.pdf). Norska dóms- og lögregluráðuneytið.
- Henggeler, S. W. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescent (önnur útgáfa)*. New York: The Guilford Press.
- Kaminer Y. & Winters K. C. (2011). Adolescent behavior change. Process and outcome. Birtist í: Y. K. Winters, *Clinical manual of adolescent substance abuse treatment* (pp. 143-161). Washington, DC: American psychiatric publishing, Inc.
- Kaminer, Y. (2005). Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: A critical review. *Addictive behaviors, 30*, 1765-1774.
- Kaminer, Y., & Godley, M. (2010). From assessment reactivity to aftercare for adolescent substance abuse: Are we there yet? *Child and adolescent psychiatric clinics of north america, 19*(3), 577-590.
- Knudsen, H. K. (2009). Adolescent-only substance abuse treatment: Availability and adoption og components of quality. *Journal of substance abuse treatment, 36*, 195-204.
- Munnlegar upplýsingar. (2010). Upplýsingar í samtali við Anne Brita Normann, rágjafa í norska dóms- og lögregluráðuneytnu.
- Brannigan R. og félagar. (2004). The quality of highly regarded adolescent substance abuse treatment programs. Results of an in-depth national survey. *Archives of pediatrics and adolescent medicine, 158*, 904-909.
- SAMSHA/CSAT. (1993). *SAMHSA/CSAT Treatment improvement protocols. Executive summary and recommendations*. Vefsíða <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK26058/>

- Servicestyrelsen. (2010). *Håndbok om ungdomssanktionen (önnur útgáfa)*. Óðinsvé: Servicestyrelsen.
- Skýrsla starfshóps Barnaverndar Reykjavíkur. (2011). *Skýrsla starfshóps um stöðu í meðferðarmálum ungmenna*.
- Skýrsla vinnuhóps. (2010). *Skýrsla vinnuhóps um afplánun sakhæfra barna*. Dóms- og mannréttindaráðuneytið.
- Slettebø, T. (2009). *Oppfølging av foreldre med barn/ungdom plassert i fosterhjem eller på institusjon*. [http://brage.bibsys.no/diakon/handle/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_9860](http://brage.bibsys.no/diakon/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_9860). Norska fjölskyldu- og jafnréttisráðuneytið.
- St.meld.nr20. (2005-2006). *Alternative straffereaksjoner overfor unge lovbrøytarar*. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-20-2005-2006-.html?id=332074>. Norska dóms- og lögregluráðuneytið.
- Tamini L. M. & félagar. (2006). Characterizing substance abuse programs that treat adolescents. *Journal of substance abuse treatment*, 31, 59-65.





