

Akkrediteringsansøgning for Alkohol- behandlingen i Statsfængslet i Møgelkær

Udarbejdet af Center for Socialt Udsatte og Statsfængslet
i Møgelkær, maj 2010



HÖRSENS KOMMUNE

Kriterium 1: Forandringsmodel.	3
1.1 Introduktion:	3
1.2 Teoretisk fundament	4
1.2.1. Motivational Interviewing.	4
1.2.2. Kognitiv terapi	6
1.3. Empiriske erfaringer	8
1.4. Mål med behandlingen.....	8
1.5. Behandlingens overordnede opbygning.....	10
1. 6. Fængslet som ramme	11
1.7 Overordnede rammer og indhold i behandlingsmodellen.....	11
1.7.1. Interventionstyper	12
1.7.2. Den socialpædagogiske behandling	12
1.7.3. Den terapeutiske behandling.....	13
Kriterium 2: Etik.	14
2.1 Værdigrundlag for alkoholbehandlingen	14
2.2 Arbejdet med socialt sårbare personer:.....	14
2.3. Antagelser og overvejelser i forhold den valgte behandlingstilgang.....	16
2.4. Ethiske overvejelser vedrørende metode og målgruppe	17
2.5. Elementer af straf og tvang	17
2.6. Frivillighed.....	18
2.7. Total afholdenhed	19
2.8. Udvikling af de etiske aspekter.....	20
Kriterium 3: Målgruppe	20
3.1 Egnedetskriterier.	20
3.2. Kendetegn ved målgruppen	22
3.3. Kriminalitetstype.....	23
3.4. Overensstemmelse mellem målgruppe og den faktiske deltagergruppe:.....	24
3.5. Visitationsmetode	24
3.5.1. Information om behandlingen.....	24
3.5.2. Målgruppeafgrænsning og visitationsprocedure.....	25
3.6. Optagelsesprocedure	25
3.7. Etnicitet, religion og sprog.....	26
3.8. Kriterier for bortvisning.....	27
3.9. Udvikling af visitationsprocedure.....	27
Kriterium 4: Metode og motivation.	27
4.1. Metode, indsats og formål.....	27
4.2. Indhold i Dagbehandlingen.....	30
4.2.1. Gruppen:	31
4.3. Motivationsindsats	32
4.4. Opretholdelse af motivation under behandlingsforløbet.....	34
4. 5. Metodens anvendelsesområde	35
Kriterium 5. Varighed, intensitet og struktur	36
5.1. Behandlingens opbygning.....	36
5.2. Modulbeskrivelse	36
5.3. Gruppevis og individuel indsats.....	42
5.4. Krav om gennemførelse af behandlingen	43
5.5. Udvikling af behandlingens opbygning	43
Kriterium 6. Individuel planlægning og koordinering.....	44
6.1. Individuel tilpasning af behandlingen.....	44

6.2. Behandlingskontrakt og tilrettelæggelse af individuel behandlings- og handlingsplan	45
6.3. Bedømmelse af deltagerens fremskridt.....	46
6.4. Retningslinjer for fordeling af roller og ansvarsområder	46
6.5. Tiltag ved deltagers frafald	47
6.6. Samarbejdet med eksterne parter.	47
6.7. Udviklingspunkt i forhold til individuel planlægning og koordinering.....	48
6.8. Udslusning og videreførelse af behandling.....	49
Kriterium 7: Dokumentation, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling.	49
7.1. Dokumentation og dataindsamling	49
7.2. Proces- og resultatmål for behandlingen.....	49
7.3. Analyser af tilbagefald til kriminalitet.....	53
7.4. Analyse af frafald.....	53
7.5. Kvalitetssikring	54
7.6. Kvalitetsudvikling	54
7.7. Opfyldelse af datatilsynets regler om registrering af personfølsomme oplysninger.....	54
Kriterium 8: Medarbejdere, ledelse, samarbejde og arbejdsmiljø.	55
8.1. Personalets uddannelse og erfaringsniveau.	55
8.1.2 Fængselsbetjente	55
8.1.3. Ledere	55
8.2. Efteruddannelse, supervision og mødeaktiviteter	57
8.3. Supervision	58
8.4. Mødeaktiviteter	59
8.5. Opretholdelse af personalets, ledernes og behandlernes engagement	59
8.6. Håndtering af konflikter og problemer.	60
8.7. Introduktionsforløb for nye medarbejdere	60
8.8. Ansvars- og rollefordeling	61
Litteraturliste.....	62

Kriterium 1: Forandringsmodel.

1.1 Introduktion:

Statsfængslet i Møgelkær er et åbent fængsel med en kapacitet på i alt 176 pladser fordelt på åbne og halvåbne afdelinger.

Alkoholbehandlingen er beliggende i den åbne afdeling og varetages af Center for socialt udsatte (herefter CSU). Alkoholbehandlingen er et dagbehandlingstilbud normeret til 10 deltagere med 3 behandlere. Der er ligeledes 10 behandlingspladser med en alkoholbehandler tilknyttet på afd. KL, hvor indsatte med sædelighedsdomme afsøner¹. Der er tilknyttet en leder fra CSU med delt funktion for både alkoholbehandlingen på afd. N og afd. KL i Statsfængslet i Møgelkær og for behandlingsafdelingen ”Mælkebøtten” i Statsfængslet Midtjylland.

Der er fastlagt et ugentligt dagsprogram for deltagerne i alkoholbehandlingen som strækker sig fra kl. 8 til 14 og et fuldt behandlingsforløb varer som udgangspunkt 12 uger. Herudover er der behandlingspersonale til stede på afdelingen 1 aften om ugen. Der er ligeledes tilknyttet fængselsfunktionærer til afdelingen, tilsvarende normeringen på en almindelig afdeling.

Selve behandlingsafsnittet er beliggende i en separat bygning, der indeholder kontorer til behandlingspersonalet, større/mindre grupperum og fælles køkken/spiseplads m.v.

Deltagerne bor på en afdeling, som består af en belægningsbygning, bygning N, med plads til 14 indsatte M/K på enkeltstuer. Belægsbygningen kan ud over indsatte, der ønsker behandling for deres misbrug, også rumme indsatte, som har færdiggjort behandlingsforløbet, samt unge mænd under 18 år eller i øvrigt indsatte, som af fængslet er fundet egnede til at afsone på afdelingen. Indsatte, som ikke er i behandling, er i dagtimerne beskæftiget i fængslets almindelige arbejdsdrift.

De indsatte kan i fritiden færdes frit på fængslets område og benytte kondirum mv. og således komme i kontakt med hinanden på tværs af de afdelinger, de bor på. De indsatte fra behandlingsafdelingen vil således ikke blive skærmet fra de øvrige indsatte. De indsatte kan ligeledes have besøgende, fx familie, på afdelingen.

¹ Se akkrediteringstillæg for afd. KL

1.2 Teoretisk fundament

De bærende teoretiske kræfter i behandlingsmodellen bygger på kognitive metode samt MI - se uddybende beskrivelse i figur 1 side 8. Supplerende hertil kommer de specifikke faglige kompetencer og metoder, det udøvende personale besidder.

Antagelserne for den valgte behandlingstilgang i alkoholbehandlingen, er i overensstemmelse med det teoretiske grundlag, at mennesket er et socialt væsen, som udvikler sig i samspil med dets omgivelser. Mennesket er også grundlæggende motiveret for at leve et liv, hvor det ikke styres af misbrug. Misbrug opfattes således som værende udviklet som en kompensatorisk strategi til mestring af egen livssituation.

Yderligere har vi valgt evidensbaserede metoder, hvorfor alkoholbehandlingen har taget en drejning mod den kognitive retning frem for tidligere gestalt terapi.

1.2.1. Motivational Interviewing.

Motivationssamtalen bruges som rådgivningsteknik snarere end en bestemt terapi eller behandling. Den grundlæggende tanke er at fremkalde deltagerens egentlige indre motivation for ændring. I stedet for at benytte overtalelse, konfrontation eller tvang bygger motivationssamtalen på i et roligt tempo at identificere og mobilisere deltagerens indre værdier og mål i fremkaldelse af motivationen. Motivationssamtalens formål er at overvinde ambivalensen som anses for at være det der afholder deltageren fra at foretage ønskede ændringer i deres liv. Ligeledes er det deltagerens opgave, eventuelt med hjælp fra behandleren, at sætte ord på ambivalensen og forholde sig til den.

Mange af deltagerne har haft en opvækst præget af brud, omsorgssvigt og forskelligartede problemer, hvilket bl.a. har medført en stor ustabilitet gennem livet. Deltagergruppen udgøres således af personer, der i stor udstrækning har oplevet ikke at passe ind i de givne institutionelle og samfundsmæssige rammer og relationen til denne gruppe deltagere, er bl.a. derfor i udgangspunktet præget af distance. Denne problematik bearbejdes bl.a. med den motiverende samtale eller MI (Miller og Rollnick, 2004), som bidrager til at vise deltagerne interesse, forståelse samt hjælp. Her opnår man deltagerens tillid ved uforbeholdent at møde ham/hende med en positiv indstilling og vise interesse. Her handler det altså om, at møde deltageren hvor han/hun er og stimulere ham/hende til at finde løsninger på egne problemer gennem refleksion og derved opnå en adfærdsændring. I den motiverende samtaleteknik holder man sig for

øje, at man som behandler ikke kan lave om på deltageren, det er kun deltageren selv, der er i stand til at lave om på sig selv (Carl Erik Mabeck 2008:14).

De konstruktive adfærdsændringer forekommer, når deltageren forbinder forandringer med noget af indre værdi. Indre forandringsmotivation opstår i en accepterende, støttende atmosfære, hvor det er trygt for deltagerne at udforske det potentielt smertefulde nu i forhold til, hvad de ønsker eller forudsætter. Deltagerne er ofte fastlåst, ikke fordi de ikke selv ser det negative i deres situation, men fordi de har mindst to opfattelser af deres situation. Vejen ud af dette handler om at udforske og forfølge hvad personen oplever og hvad der, ud fra deres eget perspektiv, er vigtigst.

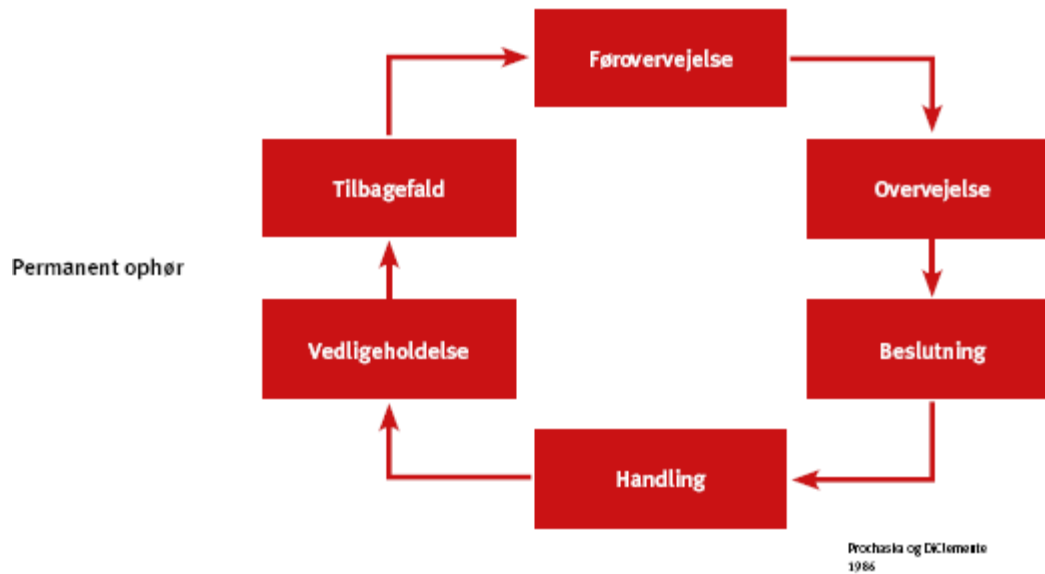
Troen på forandring spiller også en vigtig rolle for deltagerens mulighed for at opnå de ønskede forandringer. Dette grundet, at hvis deltagerne ikke tror på egne evner til ændringer, vil de sandsynligvis heller ikke sige de er parate til at ændre sig eller at det er vigtigt for dem. Det kan derfor være nødvendigt at arbejde med troen på forandring først, før deltageren kan begynde at snakke om vigtigheden og paratheden af forandringerne, således at den lave tro på forandring ikke bliver en forhindring.²

I forbindelse med motivation og forandring anvendes Forandringshjulet (Carl Erik Mabeck 2008:58)³ Hjulet består af en serie af stadier, som mennesker gennemgår, når de ændrer adfærd. Adfærdsændringerne er ofte resultat af en langvarig proces, hvor man har vekslet mellem forskellige grader af motivation og gjort sig en række overvejelser om fordele og ulemper ved at ændre adfærd. Denne proces er kendetegnet ved, at man bevæger sig mellem forskellige motivationsstadier. Flytter deltageren sig fra et stadium til det næste, kommer han nærmere målet. Til hvert stadium hører en bestemt strategi, med hvilken behandleren skal prøve at hjælpe deltageren videre i processen. For at bringe deltageren videre i adfærdsændringerne og bibeholde den nye livsstil, er det vigtigt, at samtalen tager udgangspunkt i deltagerens nuværende opfattelse af ønsker, mål, fordele og ulemper.

² Motivationssamtalen, Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2004) s. 82

³ Se bilag 2: Uddybelse af forandringshjulets stadier.

Model for motivation og forandring



Denne tilgang giver personalet mulighed for at etablere en kontakt eller relation, således at den indsatte oplever sig accepteret og dermed sænker paraderne. Dernæst er der mulighed for at arbejde kognitivt med de tanker og følelser som den indsatte rummer.

1.2.2. Kognitiv terapi

I den kognitive terapi antages der at være en specifik sammenhæng mellem emotioner og tænkning, hvilket betyder, at den kognitive terapi har et konstruktivistisk udgangspunkt, hvor menneskets opfattelse af sig selv og sine omgivelser konstrueres gennem menneskets kognition. Det vil sige, at verden forstås gennem perception og fortolkning, der kontinuerligt foregår under indflydelse af erfaringer og dermed forudindtagelser. Den objektive verden opleves således som subjektive fænomener, hvilket i behandlingsøjemed betyder, at deltageres oplevelser af sig selv og verden skal anerkendes og som udgangspunkt tages for pålydende (Mørch 2005:19f). Det er centralt, at deltageres udsagn anerkendes af behandlerne, men også at deres udsagn udfordres, hvis der er tale om negative automatiske tanker eller forvrængninger.

De negative automatiske tanker og forvrængninger findes i den enkeltes deltagers skemata. Et skemata begrebsliggør de generelle strukturer, der aktiveres i givne situationer og som har betydning for individets perception og fortolkning af denne situation. Skemata har på den måde indflydelse på, hvilken betydning oplevelser, hændelser eller lignende tillægges af den enkelte. Skemata er forholdsvis stabile og fremstår som sandhed, men hos langt de fleste er skemata komplekse, nuancerede og foranderlige (Mørch 2005:24). Hos målgruppen fremstår skemata dog oftest som rigide og for-

vrængende, hvilket viser sig ved fejltagtig informationsbehandling (fx overgeneralisering og hæftning ved det negative). Den centrale kognitive metode består i kognitiv omstrukturering:

- At opdage og erkende uhensigtsmæssige negative tanker
- At forstå deres uheldige indflydelse på problemerne
- At ændre eller erstatte problemerne med mere hensigtsmæssige og realitetstilpassede tankemønstre.
- At støtte deltageren i at øge de tanker, der vedligeholder fokus på et liv med ned-sat eller intet forbrug af rusmidler.

Den kognitive omstrukturering søges blandt andet opnået gennem dialog mellem deltager og behandler, hvor deltagerne vejledes til selv at gøre sine opdagelser. Til at opnå forandring bruges udforskende og forandrende spørgsmål. De *udforskende* spørgsmål stilles oftest først, hvor indre og ydre faktorer i en situation kortlægges. De ydre faktorer henviser til forhold, der kan iagttages, såsom hvem, hvor og hvordan. De indre faktorer henviser til de tanker, følelser og kropslige reaktioner, der opleves af personen i den givne situation. Denne todelte udformning af spørgsmålet er givtigt i forhold til først at adskille elementerne for derefter bedre at kunne sammenholde dem. De *forandrende* spørgsmål undersøger, hvorvidt de indre faktorer har logisk sammenhæng med de ydre faktorer. Der spørges blandt andet ind til, hvorvidt situationen kan forstås anderledes eller, hvorvidt der findes en anden grund til, at situationen udviklede sig som den gjorde (Mørch 2005:35). At deltagerens udsagn både anerkendes, men også udfordres løbende gennem dialog viser sig fx. hvis en deltager udtaler, at han blot ønsker at blive ved med at bruge alkohol i samme mængder som hidtil. I denne situation vil behandlerne anerkende hans beslutning, men samtidig stille nysgerrige spørgsmål samt gøre ham opmærksom på, hvilke konsekvenser det vil have for hans liv i det lange løb, dette for at afklare ambivalensen. Der arbejdes altså med at lave en analyse af fordele og ulemper, der kan rette op på forvrængede skemata hos deltagerne (Mørch 2005:263ff). Samlet set er målet, at den kognitive teori anvendes til en af-dækkende og indsigtsgivende behandling. Dette har som mål, at hjælpe klienten med at afdække og identificere eventuelle personlige og interpersonelle konfliktforhold, og via nye opnåede selvindsigter, at undersøge og afprøve alternative måder at forholde sig til sig selv og andre på.

1.3. Empiriske erfaringer

Modellens teoretiske hovedgrundlag, kognitiv terapi og MI, udgør ud fra egne erfaringer et virksomt grundlag for at arbejde med alkoholmisbrugere i Kriminalforsorgen.

De empiriske erfaringer med MI, har i flere studier vist, at sandsynligheden for, at deltagerne ser sig i stand til at træffe et valg om – og gennemføre – en mere hensigtsmæssig adfærd (fx mht. tobaksrygning og alkoholindtagelse) øges, når principper og teknikker fra MI anvendes⁴.

I forhold til empiriske erfaringer med kognitiv terapi, så findes der adskillige behandlingstilbud i både danske og udenlandske fængsler, der anvender kognitiv terapi. Der findes blandt andet en metaanalyse udfærdiget af den norske kriminalforsorg, hvor misbrugsbehandling i fængsler bliver undersøgt (KRUS 2004). Evalueringen er koncentreret om et spørgeskema, der består af en række påstande, holdninger og dilemmaer, som den enkelte deltager skal tage stilling til. Spørgeskemaet består af seks forskellige variabler.

- Følger af alkoholforbrug
- Følger af narkotika
- Hvor stor en rolle spiller misbruget
- Ansvarlig brug af alkohol
- Holdning til tilbagefald
- Problemløsning

Resultaterne af spørgeskemaerne er analyseret med det formål at måle graden af forandring før og efter behandlingen i forhold til de seks variabler. Der er svag positiv forandring i forhold til alle variablerne, men størst i forhold til problemløsning. Alt i alt er der dog evidens for, at kognitiv terapi samt social læring har positiv indflydelse på ændring af alle ovenstående forhold (KRUS 2004).

1.4. Mål med behandlingen

Grundlæggende er der mål, som er bredt gældende for alle deltagere i behandlingstilbuddet og individuelle mål, der knytter sig til den enkelte deltager i behandlingen.

⁴ Motivationssamtalen, Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2004) s. 9 og 10

Disse tager afsæt i den enkeltes livssituation og de problematikker den enkelte arbejder med.

Målene er bl.a. valgt med udgangspunkt i, at de skal bidrage til progression i behandlingen og udvikling for deltagerne.

Følgende er mål, som gælder for alle deltagere i behandlingen, så vel deltagere i dagbehandlingen og deltagere i individuelt tilrettelagte behandlingsforløb.

Målene er opdelt i resultatmål og procesmål:

Resultatmål:

- 95 % gennemfører planlagt behandling.⁵
- 50 % er tilknyttet videre behandling⁶ ved udskrivning.

Procesmål:

- At deltagerne får forbedret deres fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau.
- At deltagerne opnår en stærkere afklaring og erkendelse af misbruget samt styrke motiverende grunde til at ændre misbruget.
- At deltagerne bliver i stand til at identificere egne højrisikosituationer og håndtering af disse.
- At deltagerne opnår færdigheder i at mestre et liv uden eller med et væsentligt reduceret brug af alkohol og andre rusmidler.

Eksempler på individuelle mål for den enkelte deltager:

- At etablere kontakt til familie eller netværk.
- At genfinde tilliden til mig selv
- At etablere kontakt til ædru netværk, herunder AA eller NA
- At tilrettelægge min fremtid efter behandlingen.

De individuelle mål tager som udgangspunkt også afsæt i de overordnede mål for behandlingen.

⁵ Med planlagt behandling menes at deltageren gennemfører behandlingsforløbet på 12 uger eller til endt afsoning af dom på mindre end 12 uger.

⁶ Med videre behandling menes alt fra ambulante behandling til døgnbehandling.

1.5. Behandlingens overordnede opbygning.

Modellen er baseret på mange års erfaring med behandlingsarbejde i såvel det tidlige Vejle Amt som i det nationale misbrugsfelt. Der anvendes videnskabelig viden om misbrugsbehandling - både i og uden for fængsler - til at understøtte behandlingsarbejdet.

Behandlingsmodellen består af en kombination af flere praksisbaserede, metodiske og teoretiske elementer. Modellen indeholder elementer fra flere modeller, som er tilpasset de konkrete forhold i fængslet samt målgruppen af indsatte. Der lægges vægt på, at behandlingen tilrettelægges målrettet, struktureret og metodebevidst. Faktorer såsom motivation, empati, positive relationer og etik er vigtige. Koordinering, samarbejde og uddannelsesforhold er tillige vigtige rammer for personalet.

Teoretisk og metodeområde	Uddybende beskrivelse
Socialpædagogisk metode	I socialpædagogikken går fagpersonen ind i en konkret aktivitet og bruger sig selv med henblik på sammen med brugeren at støtte og fremme dennes udvikling
Kognitive metoder	Kognitiv terapi går ud på at forandre selve den måde den enkelte tænker på, så vedkommende i stedet for at tænke selvundertrykkende eller selvdestruktivt kan tænke mere oplyst, frit og realistisk om egen situation og muligheder.
Motivational Interviewing	Er en rådgivningsteknik til at opbygge deltagerens motivation og styrke deltagerens ønske om forandring.

Figur 1: Uddybende beskrivelse af behandlingsmodellens teoretiske fundament.

Den konkrete misbrugsbehandling tager udgangspunkt i et faseopdelt behandlingsforløb. Formålet med en faseopdelt behandlingsmodel er at anvende viden og erfaring om effektiv behandling i et overskueligt, struktureret og sammenhængende program. Det er erfaringen, at personer med misbrug har brug for overskuelighed og struktur i hverdagen. Ligeledes er det nødvendigt, at deltagerne tager et personligt ansvar for deres adfærd og programmets aktiviteter. Behandlingsmodellen kan i princippet rumme alle befolkningsgrupper, aldre, etnicitet, begge køn mv.

Der skelnes ved optagelse i alkoholbehandlingen ikke mellem danskere og etniske danskere. Dog forudsættes det, at deltagerne har en hvis forståelse af det danske sprog da dette er en forudsætning for at kunne følge med i og profitere af gruppebehandlingen eller et individuelt forløb.

1. 6. Fængslet som ramme

Behandlingsmodellen tager også afsæt i den komplekse opgave det er, at skulle behandle deltagere, der både er frihedsberøvede og har et behandlingskrævende alkoholproblem. Modellen er tilrettelagt på en sådan måde, at den er praktisk omsættelig inden for rammerne af fængslets virksomhed. Der lægges i modellen vægt på, at behandlingspersonale og fængslets personale indgår i et tæt samarbejde om at løse behandlingsopgaven.

Udførelsen af alkoholbehandling under fængselsmæssige rammer kræver at behandlerne udviser forståelse og accept af at de arbejder i et straffende system.

Det er vigtigt med forståelse selvom man ikke er enig. Dette er især vigtigt at de indsatte mærker behandlernes accept af reglerne og at fængselsbetjentene bakker op om behandlingen. Der forudsættes altså et tæt tværfagligt samarbejde samt tværfaglig uddannelse.

Der ligger tilmed en dobbelthed i arbejdet med at behandle mennesker der afsoner en straf. Dobbeltheden i den todelte hovedopgave er; kontrol og støtte og det er især fængselsbetjentene, der oplever dette. Disse har, som følge af deres ret til at udøve kontrol, sanktionere og bevillige privilegier en særlig position. Det drejer sig altså om på den ene side, at der er en forskel mellem deltagerne og betjentenes/behandlernes positioner og rettigheder, mens det på den anden side også handler om ikke at lade denne forskel blive udmøntet negativt i de personlige relationer mellem indsat og funktionærer/behandlere. Relationen mellem deltager og betjent/behandler, hviler altså på et knivsæg, hvor balancen opretholdes ved, at der udøves ligeværdighed i de personlige relationer.

Tillige er det vigtigt, at behandlerne i deres daglige arbejde er loyale overfor fængslets regler og rammer.

1.7 Overordnede rammer og indhold i behandlingsmodellen

Misbrugsbehandlingen er sammensat på en sådan måde, at jo større problemer deltageren har på sine personlige kompetencer med egenstyring, desto tættere vil struktu-

ren støtte den enkelte. I takt med at behandlingen skrider frem, forventes sideløbende bedring af egne kompetencer og dermed krav til eget ansvar og aktiv deltagelse i behandlingen. Optimalt bør deltageren ved udskrivelsen være mindre afhængig af ydre struktur og rusmidler som følge af udvikling af egen indre psykisk integritet og struktur. Det socialpædagogiske behandlingsmiljø udgør grundlaget for, at deltagerne kan indgå i de terapeutiske indsatser.

1.7.1. Interventionstyper

Overordnet indeholder misbrugsbehandlingen to typer af intervention (måder og niveauer at gribe ind i den enkeltes liv på):

1. Den socialpædagogiske behandling.
2. Den terapeutiske behandling.

1.7.2. Den socialpædagogiske behandling

Understøttende og vedligeholdende behandling

Den socialpædagogiske behandling er bygget op omkring et fælles grundlag, hvori samtlige deltagere tager del: fælles måltider, rengøring, fælles aktiviteter mv. Det behandlingsmæssige sigte er at træne og vedligeholde de mest basale færdigheder. Hermed udvikles kompetencer til at kunne indgå i sociale sammenhænge og få en praktisk hverdag til at fungere på et grundlæggende niveau.

Som en overbygning hertil er der mulighed for individuelt tilpassede aktiviteter og gøremål, som aftales mellem deltager og behandler. Deltageren har her mulighed for at opdyrke egne interesse- og fagområder. Det behandlingsmæssige formål er at optimere den enkeltes personlige kundskaber og forudsætninger samt at overdrage ansvaret for egen situation og udvikling. Det pædagogiske tilbud indeholder en hierarkisk struktur i fastlagte rammer. I takt med at den ydre struktur aftager, overdrages deltagerne i højere grad ansvaret for selv at strukturere og tage ansvar for behandlingens aktiviteter.

I den socialpædagogiske behandling sigtes der mod at understøtte de positive og opbyggende kræfter i deltageren, samt vedligeholde og gerne forstærke allerede eksisterende personlige kompetencer hos den enkelte. På den måde får den enkelte gennem social færdighedstræning hjælp til at underbygge evnen til at tilpasse sig almindelige sociale krav og konventioner. Inden for denne behandlingsramme ligger også træning

af de faglige og de almindelige praktiske kundskaber, der skal til for at begå sig i samfundet, ligesom psykoedukation (undervisning om psyken og sindet.) og misbrugseduktion (undervisning fx i misbrugets udvikling og konsekvenser, risikofaktorer - og situationer) hører til inden for denne ramme.

1.7.3. Den terapeutiske behandling.

Den terapeutiske behandling bygger videre på den socialpædagogiske behandling. Deltagelse i den terapeutiske behandling baserer sig dels på deltagerens egen motivation samt på en vurdering af deltagerens egnethed. Det vigtigste deltagelseskriterium er deltagerens egen motivation til egenrefleksion.

Det terapeutiske arbejde retter sig mod undersøgelse af dynamikkerne imellem personlighed, relationer og misbrug. Gennem fornyet egenindsigt og afprøvelse af nye adfærds- og handlestrategier forebygges faldgruber mod tilbagefald. Den terapeutiske behandling tager afsæt i individuelle konfliktområder, der vedrører den enkeltes situation, relationer og udvikling.

Behandlingen har fokus på personlighedens indvirkning på misbruget: Hvilke tanker eller impulser udefra gør, at deltageren bruger rusmidler til at opretholde en uensigtsmæssig "balance" i livet? Herefter: Hvilke tanker eller impulser vil hjælpe deltageren til at undgå indtagelse af rusmidler? Der arbejdes generelt ud fra en kognitiv grundmodel, der sammenholder vekselvirkningen imellem deltagerens: Tanker – følelser – adfærd og kropslige signaler. Dette samspil bestemmer, hvilke handlinger deltageren udfører efterfølgende i forhold til misbruget.

Der arbejdes målrettet med at identificere de faktorer ved deltagernes personlighed, der medvirker til misbruget. Dette gøres med henblik på, at deltageren identificerer tanker og antagelser om sig selv, som bidrager til indtagelse af rusmidler. Der arbejdes i kognitiv terapi med at definere og klarlægge, hvilke tanker og antagelser, der kan bidrage til at leve et liv uden indtagelse af rusmidler. Herefter støttes deltageren i at øge de tanker, der vedligeholder fokus på et liv uden brug af stimulanser.

Den afdækkende og indsigtsgivende behandling har som mål at hjælpe deltageren med at afdække og identificere eventuelle personlige og interpersonelle konfliktforhold, og via nye opnåede selvindsigter undersøge og afprøve alternative måder at forholde sig til sig selv og andre på. Dette område sigter mod egentlige terapeutiske behandlingsmetoder, hvor den vigtigste udvikling foregår gennem refleksive processer.

Kriterium 2: Etik.

2.1 Værdigrundlag for alkoholbehandlingen

Alkoholbehandlingen tager afsæt i de dele af CSU's værdigrundlag, der vedrører følgende områder:

Syn på menneske og samfund

Det enkelte menneske er en tænkende, følende og handlende person, der udvikler sig og udfolder sig under ansvar og hensyntagen til sine medmennesker og omgivelser. Det enkelte menneske er et fysisk, psykisk, socialt og åndeligt/kulturelt væsen. Det enkelte menneske har ret og pligt til at have indflydelse på, og ansvar for sin egen livssituation, og for det samfund det er en del af.

Syn på behandling og indsats

Den gode relation til mennesket bygger på empati, tillid og respekt for den enkeltes integritet.

Omdrejningspunktet for den gode relation er at skabe motivation og grundlag for ændring gennem en ligeværdig alliance. Det enkelte menneske tager, ud fra egne ressourcer og færdigheder, ansvar for de ændringer, der bringer personen i en rolle i samfundet, hvor han/hun kan fungere tilfredsstillende.

Syn på misbrug og afhængighed

Misbrug og afhængighed defineres ud fra WHO's sygdomsklassifikation ICD 10. Misbrug udvikles som kompensatorisk strategi til mestring af egen livssituation. Afhængighed skabes i indoptagelsen af dels de psykologiske erfaringer, dels i den biokemiske erfaring, der skabes hos personen.

Udgangspunktet for behandlingen er, at der arbejdes med mindst mulig indgriben i den personlige integritet. Behandlerpersonalet forpligter sig på at forankre sin adfærd og indstilling til målgruppen og behandlerarbejdet med nævnte værdigrundlag som bærende igennem arbejdet.

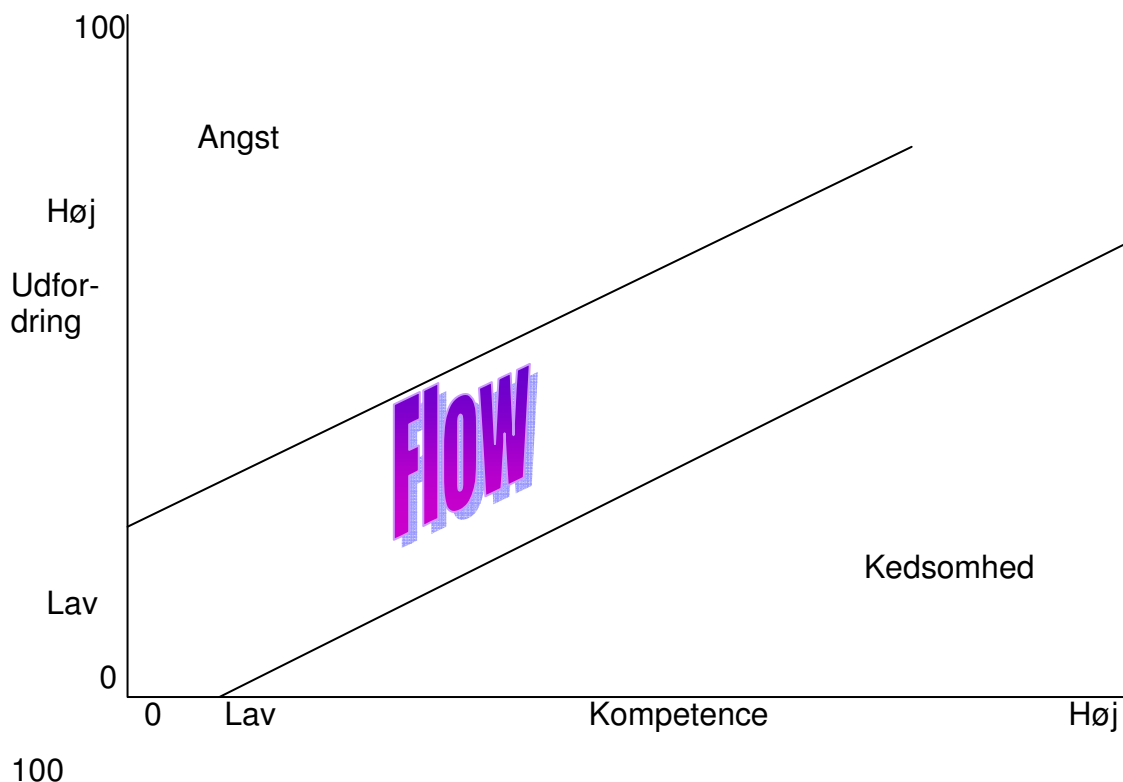
2.2 Arbejdet med socialt sårbare personer:

For mange af deltagerne kan det være krævende at opholde sig i dagbehandlingen, hvor de i dagtimerne indgår i interaktion med mange mennesker. Dette skyldes de ge-

nerelle belastninger der kendetegner målgruppen. Derfor er det yderst vigtigt at kunne udvise den enkelte deltager fleksibilitet i forhold til, hvad han/hun kan rumme at deltage i. Flexibiliteten gør, at den enkelte har plads og rum til at deltage på egne præmisser, uden at strukturen på hverdagen sættes over styr. Den fleksible strukturering af praksis værner således om den enkeltes integritet, men det skal dog ikke forstås således, at der ikke stilles krav til deltagerne om at udvikle sig gennem hele forløbet. Behandlerne forsøger konstant at motivere den enkelte til at tage et skridt frem, så den enkelte deltagers flow for forandring rammes (jf. flowmodellen nedenfor). I den forbindelse er det afgørende at have en forståelse for den enkelte deltagers grænser, så der ikke opstår situationer, hvor behandlingen enten bliver ligegyldig eller for svær at håndtere for den enkelte

Flowmodellen anvendes som et pædagogisk redskab, der både bruges af personalet til at forstå deltagernes udvikling, men som også benyttes i samtaler med deltagerne selv.

Figur 2: Flowmodellen



(Kilde: Knoop 2005)

2.3. Antagelser og overvejelser i forhold den valgte behandlingstilgang

Antagelserne for den valgte behandlingstilgang er i overensstemmelse med det teoretiske grundlag, at mennesket er et socialt væsen, der udvikler sig i samspil med omgivelserne. Mennesket opfattes også grundlæggende som motiveret for at leve et liv, hvor det ikke styres af misbrug. Misbrug opfattes således som værende udviklet som en kompensatorisk strategi til mestring af egen livssituation. I denne forståelse ligger, at misbruget udvikles, fordi deltagerne rent socialt, psykologisk og/eller biologisk har nogle erfaringer, der er ansporende for afhængighed af alkohol⁷. Det er som oftest et

⁷Afhængighed defineres ud fra WHO's klassifikationssystem ICD-10

sammenfald af faktorer, der gør, at et forbrug opstarter og senere udvikler sig til et længerevarende misbrug, og det er derfor ikke muligt at pege på én ting, der har betydning for misbrug og menneskelige handlinger generelt. Selvom de nævnte faktorer kan have betydning for den enkeltes måde at leve sit liv på, så er menneskets handlinger ikke determineret af disse faktorer – der er altid mulighed for at forandre handle- og reaktionsmønstre.

2.4. Ethiske overvejelser vedrørende metode og målgruppe

Vi oplever, at mange af deltagerne i alkoholbehandlingen har, eller har haft psykiske problemer. Dette understøttes af en international undersøgelse fra 2002, som konkluderede om den psykiske sundhed, at blandt knap 23.000 fængslede i 12 forskellige lande, var omkring 4 % psykotiske, mellem 10 % (mænd) og 12 % (kvinder) led af en stærk depression, mens 65 % af mændene og 42 % af kvinderne havde en såkaldt personlighedsforstyrrelse. En dansk undersøgelse har tidligere vist, at blandt de 8.403 individer, der var i kontakt med kriminalforsorgen d. 3. november 1992, så havde 29 % tidligere været indlagt på en psykiatrisk klinik. Dette betyder naturligvis ikke, at alle disse mennesker burde overføres til et psykiatrisk hospital. Men det viser, at der i alkoholbehandlingen som man mange andre steder, findes deltagere der dagligt kæmper med psykiske vanskeligheder.

Dette er bl.a. medvirkende til, at der ud fra de valgte teorier tages der udgangspunkt i en fremadrettet behandlingsindsats, hvorfor barndomsoplevelser ikke spiller en stor rolle i behandlingen. Grundlæggende er dette valgt fordi deltagerne altovervejende har behov for at se fremad og tænke i muligheder.

2.5. Elementer af straf og tvang

Set i lyset af deltagergruppens historik er det kendetegnende, at en streng konsekvenspædagogik endnu ikke har vist sig at virker. Dette betyder i praksis, at der efterstræbes mindst mulige konsekvenser og yderligere stigmatisering af deltagere, der ikke kan overholde de gældende regler.

I stedet bruges dynamisk sikkerhed og dialog, hvor deltagerne opfordres til at reflektere over, hvad deres handlinger betyder for dem selv, andre etc.

I tilfælde af brud på regler eller aftaler, tages der stilling til eventuelle tiltag i den konkrete situation. Deltagerne bliver kun ekskluderet fra behandlingen, hvis der er tale om trusler eller vold mod personale eller andre deltagere.

Tilbagefald opfattes ikke i sig selv som grundlag for at blive udskrevet fra behandling. Misbrug og herunder tilbagefald betragtes som en måde at kompensere for de problemer, som personen oplever. Derfor fører et tilbagefald heller ikke nødvendigvis til bortvisning. I sådanne tilfælde vil den pågældende deltager som udgangspunkt blive ekskluderet fra selve gruppebehandlingen i 14 dage og overgå til individuelle samtaler, hvor der kan arbejdes med tilbagefaldet. Herefter vurderes det, om deltageren ønsker at fortsætte i behandlingen og om det er hensigtsmæssigt.

2.6. Frivillighed

Misbrugsbehandlingen er baseret på frivillighed og har sit grundlæggende fundament i den enkeltes egen motivation til alkoholfrihed eller reduktion af alkoholforbrug. Der tages højde for, at behandlingen foregår inden for rammerne af fængslets regler og retningslinier. Behandlingen indrettes efter dette, og personalet arbejder med dette som et vilkår.

Det frivillige aspekt er vigtigt, og det betyder i praksis, at deltageren selv skal indvillige i og acceptere, at hans alkoholforbrug kræver behandling. Behandleren og deltageren skal finde en behandlingsalliance, hvilket vil sige et fælles grundlag, hvor det tilbud, der gives er i overensstemmelse med deltagerens ønsker. At tage udgangspunkt i deltagerens perspektiv, er af stor betydning, når rammerne netop er præget af ufrivillighed. Frihed og frivillighed er under alle omstændigheder relationel, men deltagerens oplevelse af selv at kunne vælge og have indflydelse gøres til det centrale.

Som et redskab til at understrege og arbejde i overensstemmelse med frivillighed, bruges kontrakter, som skal underskrives af deltageren inden opstart i behandlingen. I denne forpligter den kommende deltager sig bl.a. til ikke at indtage alkohol eller stemningsændrende stoffer under forløbet, at samarbejde med personalet samt at møde i behandlingen hver dag. Kontrakter⁸ fordrer det frie og ansvarlige individ og skaber netop grundlag for at undgå, at styringen foregår gennem påbud og direkte intervention, men nærmere gennem den enkeltes frihed til at handle. Gennem brug af kon-

⁸ Se bilag 3: Behandlingskontrakt

trakter, bliver deltagerne gjort til et aktivt individ, der frivilligt underlægger sig nogle bestemte regler og påtager sig ansvar, som han forventes at overholde.

Sekundær motivation (Fx når pårørendes ønske om at den pågældende deltager bør søge behandling, er den umiddelbare drivkraft) anses også for legitim årsag til at indgå i behandlingen.

2.7. Total afholdenhed

Som forståelsesramme og som redskab til psykoedukation, betragter vi afhængigheden som skabt i menneskets psykologiske og biokemiske erfaringer og det kræver væsentlige personlige ressourcer at kunne kontrollere afhængigheden og stoppe med at drikke efter eksempelvis 2 øl. Det anerkendes dog, at det for nogle mennesker er muligt at håndtere afhængigheden, men at det yderst sjældent gælder for denne målgruppe bl.a. i kraft af deres mangel på selvkontrol.

Vi ser det således, at afhængigheden bunder i vores overlevelsesmekanisme. Forstået sådan, at inde i midten af hjernen er det såkaldte belønningssystem, som kort sagt giver os en behagelig oplevelse, når det påvirkes af en række stoffer, som fx alkohol. Belønningssystemet har den funktion, at sikre vores overlevelse ved at belønne os med en behagelig fornemmelse, når vi spiser. Alkohol og andre rusmidler er stoffer, som direkte påvirker dette belønningssystem, der sidder centralt inde i hjernen lige over hjernestammen og har forbindelse til den forreste del af hjernen, hvorved den kan påvirke følelser og tanker. At det har en betydning for vores fødeindtagelse, kan ses på, at folk på stoffer som fx kokain, ofte er ligeglade med at spise idet belønningssystemet mere eller mindre tilfredsstilles af rusmidlet⁹.

Afhængigheden ses som noget, der er knyttet til den enkelte person og som skal kontrolleres eller styres, hvis den afhængige ønsker at leve uden rusmidlet. Denne fokusering på afhængigheden som en personlig tilstand eller egenskab gør, at afhængigheden ikke i sig selv indeholder potentiale for at forandre sig. Der er derimod en statisk størrelse, der skal tilføres behandling, der kommer udefra eller indefra en anden del af personen, end der hvor afhængigheden er tilknyttet.

Misbruget kan i denne forbindelse ikke nødvendigvis kureres, men hvor den enkelte kan lære at håndtere sit misbrug ved at tage kontrol over afhængigheden og stoppe

⁹ Rusmidlernes biologi, Henrik Rindom, 2007. s. 22-24

med at drikke. For at denne proces skal lykkes, er det afgørende, at det sker på frivillig basis.

Deltagerne optages i behandlingen selvom de ikke har ædruelighed som mål, men der arbejdes alligevel med total afholdenhed som præmis for ædruelighed. Det at vi bruger total afholdenhed som pejlemærke skyldes, at det skønnes mest hensigtsmæssigt idet erfarings- og forskningsmæssige resultater, viser at, det er de færreste, der kan lære at drikke socialt. Ud fra dette, mener vi ikke, det er forsvarligt som behandler direkte at anbefale dette ud fra den viden, vi har om afhængighed.

Alligevel ønsker mange af deltagerne, at komme til at drikke socialt, og dette ønske respekteres selvfølgelig og kan eventuelt være et delmål for den enkelte deltager.

2.8. Udvikling af de etiske aspekter.

Vi har netop i CSU været igennem et værdiprojekt, med fokus på, hvilke værdier der skal være de styrende i organisationen. I denne forbindelse har der været nedsat en arbejdsgruppe, der især har haft fokus på arbejdet med etikken omkring værdierne. Denne proces blev afsluttet i nov. 2009 med et heldags seminar for alle medarbejdere i CSU. Der arbejdes nu med implementering af værdierne i det daglige arbejde..

Kriterium 3: Målgruppe

3.1 Egnethedskriterier.

Den samlede målgruppe omfatter en primær målgruppe og en særlig målgruppe¹⁰.

Den primære målgruppe for behandlingsafdelingen er:

- Mandlige og kvindelige voksne¹¹ alkoholmisbrugere, der kan bekræfte at de har oparbejdet et behandlingskrævende misbrug, der primært domineres af alkohol.
- Alkoholmisbrugere evt. med et nuværende eller tidligere sidemisbrug af hash eller medicin, men ikke med et regelmæssigt forbrug af opiater eller centralstimulerende stoffer.
- Alkoholmisbrugere som ikke er ordineret benzodiazepiner og morfinpræparater (da de ellers vil være for påvirkede til at deltage i gruppebehandlingen og profitere af denne).

¹⁰ Se akkrediteringstillæg for afd. KL

¹¹ Med voksne menes 18 år, eller derover.

- Alkoholmisbrugere som vil og evner at deltage i såvel gruppe som individuel behandling.

En del af deltagerne har erfaringsvis psykiske vanskeligheder. Indsatte, der lider af blokerende og svære ubehandlede dobbeltbelastninger primært svære sindslidelser og personlighedsforstyrrelser, hører **ikke** ind under målgruppen. Dette grundet, at vi ikke antager, at de med så massive psykiske vanskeligheder ville kunne profiterer af behandlingen. Deres psykiske vanskeligheder gør det svært for dem at være i en gruppe, og en eventuel medicinering påvirker dem i en sådan grad, at de ikke kan følge den daglige undervisning og behandling.

Ophold i behandlingsafdelingen tilbydes indsatte med et fængselsophold af mere end 14 dages varighed, men selvfølgelig er det optimalt at følge 12 ugers programmet. Hvis der er plads, optages alle, som bliver vurderet til målgruppe.

Årsagen til at personer optages til trods for at de har relative korte domme bag sig er, at de trin og processer mennesker gennemgår, når de forandrer sig, ser ud til at være de samme, med eller uden behandling. I den forstand kan behandlingen betragtes som støtte til en naturlig forandringsproces, der kan støtte forandring eller få den til at forløbe hurtigere. Et af de relativt robuste forskningsresultater er, at selv relativt kortvarig behandling under visse omstændigheder kan udløse ændring. En eller to rådgivningssamtaler kan ofte medfører langt større ændringer i adfærden end ingen rådgivning. En lang række undersøgelser fra mange forskellige lande har dokumenteret effekten af kortvarig behandling if. til at reducere et omfattende eller problematisk alkoholforbrug.¹² En lille rådgivningsindsats kan altså medføre store ændringer.

En faktor, som ofte også gør en forskel, er midlertidig, hvilken behandler personen bliver tildelt. Undersøgelser har tillige vist, at visse egenskaber hos rådgiveren er forbundet med gode behandlingsresultater. Alt i alt ser det ud til, at behandlerens måde at være på er mindst lige så vigtig som den specifikke metodik eller retning, der arbejdes ud fra¹³.

De problemer deltagerne selv eller deres pårørende oplever if. med at deltageren har et behandlingskrævende misbrug af alkohol er:

¹² Bien, Miller og Tonigan (1993); Miller (2000)

¹³ Motivationssamtalen, William R. Miller, Stephen Rollnick (2004)s. 20-22

- At de konstant eller periodevis har svækket evne til at kontrollere indtagelsen af alkohol.
- At de fokuserer på alkohol, altså en overdreven tankevirksomhed omkring rusmidlet alkohol, dets virkning og/eller dets brug.
- At den relative værdi de tillægger alkohol ofte fører til tilsidesættelse af andre af livets vigtige områder.
- At de fortsætter brugen af alkohol trods uønskede bivirkninger.
- At de har manglende realitetssans især benægtelse.
- At deres fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau forværres efterhånden som drikkeriet fortsætter
- At de har svært ved at kontrollere afvigende opførsel under indtagelse af alkohol.

De lider ofte under uønskede bivirkninger som er relaterede problemer eller svækkelse af:

- Det fysiske helbred (abstinenser, skrumpelever, mavekatar, hukommelsestab)
- Det psykiske helbred (nedsat tænkeevne, ændring i humør og opførsel)
- Social omgang med andre (ægteskabelige problemer, børnemishandling, forringede sociale relationer)
- Nedsat arbejdsevne (fx dropper ud af uddannelse eller bliver fyret)
- Juridiske og økonomiske problemer.

3.2. Kendetegn ved målgruppen

Deltagerne har en række generelle belastninger, som kendetegner målgruppen. Disse starter for det meste i barndommen, som for mange har været karakteriseret ved manglende stabilitet og omsorg samt svigt i form af skiftende opholdssteder og svære tilknytningsforhold til familie og netværk og følelsesmæssig afvisning. En eller begge af forældrene har ofte haft et misbrug og deltagerne har i nogle tilfælde været udsat for forskellige former for overgreb. Opvæksten har som oftest været præget af ophold hos plejefamilier og institutioner. Senere i livet fortsætter problematikkerne for eksempel ved marginalisering på arbejdsmarkedet og vanskeligheder med kontakt til offentlige myndigheder, som kan resultere i dårlig økonomi. Denne gruppe er alt i alt socialt afvigende, oftest som produkt af dårlige livsbetingelser, som videre har ført til stigmatisering, udstødelse og social deroute.

Disse livsvilkår bidrager til nogle fysiske, psykiske og sociale problemstillinger hos den deltagende. Fx kan lavt selvværd og manglende selvtillid være dominerende i deltagernes hverdag og gør det vanskeligt for den pågældende at indgå i fællesskaber med andre deltagere. Nogle af deltagerne har fysiske mén efter vold, dårlige mad – og motionsvaner og især efter mangeårigt misbrug, som kan have resulteret i fx blodpropper.

For deltagerne er sammenhængen mellem misbrug og kriminalitet også tydelig. Den stærke sammenhæng mellem misbrug og kriminalitet kan dog ikke udelukkende forsvare en ensrettet årsagssammenhæng. Misbrug og kriminalitet ser vi således på som to afvigende sider af samme sag, som gensidigt betinger og forstærker hinanden. Misbrugere har en højere kriminalitetsfrekvens end andre lovovertrædere, og jo større forbruget er, desto mere omfattende er kriminaliteten.

Målgruppen vurderes generelt at have behov for:

- Fysisk, psykisk og social stabilitet
- Forbedret fysisk helbred og sundere livsstil.
- Afklaring og erkendelse af misbruget og dets konsekvenser.
- Afhængighedsindsigt
- Identificering af egne højrisikosituationer.
- Opbygning af tillidsbaserede relationer.
- Fokus på deres personlige ressourcer og færdigheder.
- Færdigheder i at mestre et liv uden eller med reduceret brug af rusmidler.

3.3. Kriminalitetstype

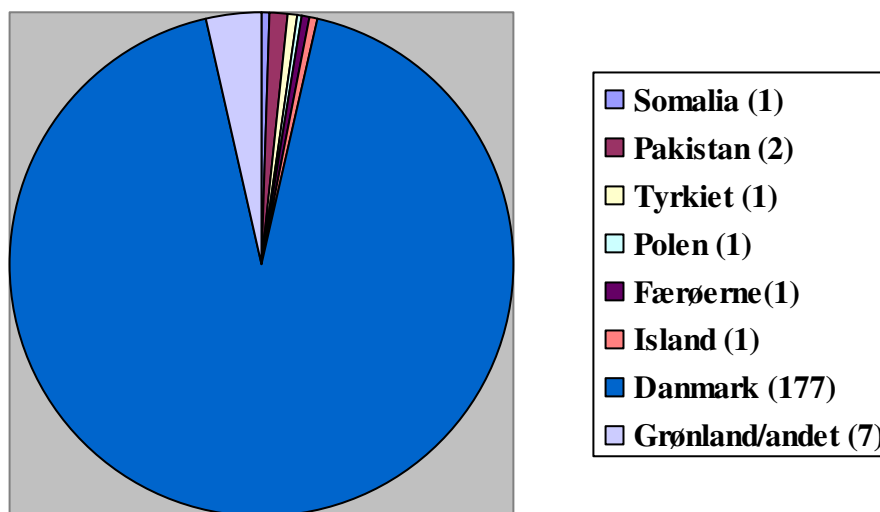
Der kan ikke trækkes en grænse mellem, hvilke typer af kriminalitet behandlingen retter sig mod, og hvilke typer af kriminalitet, der falder udenfor målgruppen. Så længe deltageren i sin helhed falder inden for målgruppen skeles der ikke til kriminaliteten. I visitationsprocessen laves en samlet vurdering af deltageren.

Sædelighedsindsatte er på afdeling KL.

3.4. Overensstemmelse mellem målgruppe og den faktiske deltagergruppe:

Siden alkoholbehandlingens start i maj 2004 til januar 2010, har der i alt været indskrevet 191 deltagere. Ud af disse var 23 kvinder og 177 mænd med en gennemsnitsalder på ca. 36 år.

Fordelingen hvad angår etnicitet er afbildet i nedenstående figur:



Figur 3: Fordeling på etnicitet

Da mange af oplysningerne om deltagernes misbrug i forvejen registreres i kriminalforsorgens system, har man i alkoholbehandlingen valgt ikke at registrere disse oplysninger netop af hensyn til dobbelt registrering. I forbindelse med akkrediteringsprocessen har vi som tidligere nævnt, valgt at lave nye skemaer som fremadrettet vil sikre registrering af disse oplysninger.

3.5. Visitationsmetode

3.5.1. Information om behandlingen.

Ansøgere til alkoholbehandlingen i Møgelkær, er personer på fri fod, der afventer afsoning eller personer, der opholder sig i arresthuse eller er i gang med at afsone i et fængsel. Egnede indsatte til behandlingen fremsøges af kriminalforsorgens personale i arresthusene, KIF-afdelingerne eller andre fængselsafdelinger. Det er derfor af yderste vigtighed, at alle samarbejdsparter er bekendt med målgruppen til afdelingen samt har kendskab til behandlingens indhold og metoder. Der anvendes derfor ressourcer både

af fængslets personale og af CSU til at informere samarbejdspartnere om behandlingen. CSU og afdelingens personale har i samarbejde også udarbejdet en informationsfolder¹⁴ vedr. ophold og behandling i alkoholbehandlingen i Møgelkær til behandlingsdeltagerne

3.5.2. Målgruppeafgrænsning og visitationsprocedure

Med inspiration fra ASI, har vi udarbejdet et ansøgningsskema¹⁵, til vurdering af, om en ansøger passer til målgruppebeskrivelsen. Ved ønske om behandling fremsendes skemaet til pågældende som udfylder det i samarbejde med en medarbejder¹⁶ fra det sted han opholder sig.

Statsfængslet Møgelkær og CSU samarbejder herefter om visitationen til afdelingen. Der er nedsat et visitationsudvalg bestående af 3 behandlere og afdelingsleder for fængselsbetjentene som behandler indkomne ansøgningsskemaer og tager stilling til hvem, der skal til forsamtale. Forsamtalen foretages af en behandler og tager udgangspunkt i ansøgningsskemaet og de problematikker, der eventuelt viser sig i den.

I skemaet og især gennem forsamtalen samles den nødvendig information for at sikre overensstemmelse imellem målgruppebeskrivelsen og den faktiske målgruppe.

På baggrund af forsamtalen tages en beslutning om optagelse af visitationsudvalget. Optagelse i behandlingen vurderes både ud fra et fængsels- og sikkerhedsmæssigt samt et behandlingsmæssigt perspektiv.

Ved forvaringsdømte og langtidisdømte (over 8 år) indgår en juridisk vurdering i beslutningen. Det er dog fængslets, som ansøgeren overføres fra, der har ansvaret for at direktoratet for kriminalforsorgen høres i sagen.

3.6. Optagelsesprocedure

Der er løbende optag til behandlingen. Når en ny deltager ankommer til afdelingen bliver han modtaget af en fængselsbetjent, som viser rundt på afdelingen, oplyser om praktiske forhold, regler, og andre standard forhold. Den nye deltager får ligeledes tilknyttet en behandler som kontaktperson. Hvis den pågældende behandler ikke er på

¹⁴ Se bilag 4: Informationsfolder.

¹⁵ Se bilag 24: Ansøgningsskema.

¹⁶ FX en misbrugskonsulent, en KIF-medarbejder, en socialrådgiver fra fængslet eller en fængselsfunktionær.

arbejde, får den nyankomne at vide, hvornår denne møder. Derefter lades han/hun ofte alene sammen med en medindsat, som fortæller om dagligdagen og viser rundt på afdelingen, for på den måde hurtigt at inkludere den nye deltager i fællesskabet.

3.7. Etnicitet, religion og sprog

I løbet af de år behandlingstilbuddet har eksisteret, har der kun været ganske få deltagere med anden etnisk baggrund end dansk, så erfaringerne hermed er få. Det lave antal skyldes udelukkende, at der ikke har været mange ansøgere med anden etnisk baggrund end dansk. I forhold til de få deltagere der har været, har det ikke afstedkommet nogen problemer, der kan siges at knytte sig til netop denne faktor. Det eneste hensynstagen det har medført er, at i tilfælde hvor deltagere ikke har spist svinekød, har det været nødvendigt med et alternativ.

Det der har været kendetegnende for de deltagere, som har været i behandlingen, og som har haft anden etnisk baggrund end dansk, er faktisk de samme fysiske, psykiske og sociale problematikker, som kendetegner målgruppen generelt.

Deltagerne har oplevet de samme problemer med alkohol, og har misbrugt på samme problemstillinger. Tillige har deres opvækst været karakteriseret af de samme problematikker som de etnisk danske deltagere. Dette har også for dem, ført til at de er blevet stigmatiseret og udstødt.

Det er derfor også uden betydning om deltageren er 1. eller 2. generationsindvandrer, flygtning eller familiesammenført idet de ikke adskiller sig fra målgruppen på områder, der har betydning for deres behandling. Det er altså helt andre parametre end etnicitet, køn eller religion der måles på if. til at matche deltagerne til målgruppen.

Så umiddelbart henvender behandlingen sig ikke mere til etniske danske deltagere end deltagere med anden etnisk baggrund. Men som det også er tilfældet med kriminalitetstyper, kan der ligge nogle overvejelser if. til, hvordan det kan influere på gruppedynamikken mellem deltagerne og de hierarkier, der gør sig gældende. Dog vil disse overvejelser *ikke* afstedkomme en afvisning if. til optag, men blot en ekstra opmærksomhed fra personalets side under forløbet, såfremt det skulle vise sig at skabe problemer eller konflikter. Det er heller ikke et udtalt krav, at deltageren taler dansk og der har heller aldrig været en ansøger hvor dette ikke var tilfældet. Dog skal det siges, som også nævnt tidligere, at for at deltageren opnår udbytte af gruppebehandlingen vil det fordrer, at han eller hun i en hvis grad forstår og taler dansk. Der indgår ikke nogle religiøse elementer i behandlingen.

3.8. Kriterier for bortvisning

Tilbagefald er ikke grundlag for bortvisning. Hvis deltagerne indtager alkohol eller stoffer så ekskluderes de fra gruppebehandlingen i 14 dage. I denne periode behandles og vurderes tilbagefaldet i individuelle samtaler og der tages stilling derfra. (Se figur 4: Behandlingsstruktur).

Ved vold eller trusler om vold er fængslets regler, at den pågældende deltager flyttes fra afdelingen og overføres til lukket fængsel.

Deltagere, der bliver flyttet fra afdelingen, kan altid søge tilbage på lige vilkår med andre.

3.9. Udvikling af visitationsprocedure

Vi har under processen med udarbejdelsen af akkrediteringsansøgningen valgt, at udforme et nyt ansøgningsskema til optimering og præcisering af visitationsproceduren if. til at matche ansøgere med målgruppebeskrivelsen. På denne måde er der mulighed for at foretage en ensartet, kontinuerlig og tilfredsstillende visitation til alkoholbehandlingen.

Kriterium 4: Metode og motivation.

4.1. Metode, indsats og formål

Behandlingsforløbets tilsigtede mål blev fremhævet i kriterium 1.4. I dette afsnit udbygges formålene et for et, og der beskrives nogle af de metoder, der tages i anvendelse for at opnå netop disse mål, samt hvordan disse metoder skaber de ønskede forandringer hos deltageren. For overblikkets skyld er metode, indsats og formål sat ind i nedenstående skema. Tillige er de 8 moduler indsat i skemaet, for at vise hvordan temaerne i de 8 moduler i gruppebehandlingen hænger tæt sammen med målsætningerne. Det skal dog siges, at der i praksis kan eksistere flere formål indenfor en given aktivitet, ligesom den samme aktivitet kan skabe flere forskellige forandringer hos deltageren. Disse nuancer er svære at passe ind i et skema, hvorfor de forandringer, der er angivet som følger af en given aktivitet nogle steder vil række ud over det formål, der er angivet med aktiviteten.

Evalueringen af de enkelte mål sker ved brug af deltagernes individuelle målsætninger og de kommende ansøgnings-, opfølgings- og udskrivningsskemaer

A) At deltagerne får forbedret deres fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau.	
Metode/aktivitet	<p>Fysisk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daglige gåture/træning. Behandlerne deltager i dette og er i samtale med behandlingsdeltagerne. Samtalerne kan have karakter af alt fra ”smalltalk” til behandlende samtaler af målrettet og struktureret karakter. Deltagerne skal være med, og de motiveres af personalet til at motionere. • Indtagelse af 1 fælles måltid. <p>Psykisk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anerkende og rumme deltagerne • Hjælpe og opfordre deltagerne til at sætte mål og nå dem. • Konfliktåndterning gennem kognitive metoder • Positiv indgangsvinkel • ”Kulturudgange” <p>Socialt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppebehandlingen • Social kompetencetræning • MI anvendes som et aktivt redskab særligt til at identificere deltagernes værdier og anerkende hinandens værdier som et aktivt. Dernæst at identificere skridt de ønsker at tage og hvad de selv kan gøre for at fastholde de beslutninger de tager.
Forandringer	<p>Fysisk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forbedring af den almene sundhedstilstand • Reducering af stress- og spændingstilstande • Deltagerne trænes i at aflæse kroppens signaler • Gennem den daglige motion får deltagerne; motion, frisk luft, de mærker årets gang og får mulighed for en god samtale samt relationsdannelse. • Gennem diverse fysiske aktiviteter og mulighed for samtaler og vejledning herom med personalet, opnår deltagerne redskaber til at forbedre deres fysiske tilstand. <p>Psykisk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deltagerne opnår forståelse af sammenhængen mellem det fysiske og psykiske. • Udvikling af positive relationer mellem deltagerne • Trænes evnen til at fokusere og fordybe sig • Deltagerne bevidstgøres og gives værktøjer til at kunne håndtere de følelser, erfaringer og uhensigtsmæssige samspilsmønstre, der gør sig gældende i familier med misbrug. <p>Socialt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gruppedynamikken giver deltagerne mulighed for social læ-

	<p>ring og træner deres sociale færdigheder.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mange af deltagerne er ikke vant til at indgå i sociale sammenhænge, fx det at sidde og spise sammen omkring et bord. Derfor er de fælles måltider en god træning i at udvikle sociale kompetencer og socialt fællesskab i deltagergruppen. • Læring af hensigtsmæssige vaner, normer, handling og adfærd. samt tanke- og følelsesmæssig forvaltning, kommunikation, samspilmønstre og samværsformer. • Bevidstgørelse om betydningen af den måde, hvorpå mennesker i almindelighed behandler hinanden. • Bryder social isolation
Moduler	<ul style="list-style-type: none"> • Pårørende • Netværk • Personligt lederskab • Værdier og motivation.
B) At deltagerne opnår en stærkere afklaring og erkendelse af misbruget samt styrke motiverende grunde til at ændre misbruget.	
Metode/aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitive metoder i gruppe og individuelle samtaler • Gennem MI at fastholde deltagerens motivation fx gennem dialog om evne, vigtighed og parathed • Undervisning/oplysning • Afhængighedsindsigt
Forandringer	<ul style="list-style-type: none"> • Deltagerne bliver tydeligere på deres ønsker og mål for behandlingen. • Deltagerne bevidstgøres om deres individuelle grunde og fordele ved at skabe ændringer og afveje dette overfor ulemperne ved misbruget. • Deltagerne opnår forståelse af afhængighedsudvikling og de fastholdende mønstre, der er forbundet hermed. • Deltagerne opnår indsigt og afklaring, der bringer dem i stand til at kunne træffe realistiske beslutninger til et fremtidigt brug eller afholdenhed
Moduler	<ul style="list-style-type: none"> • Afhængighedsindsigt og konsekvenser • Tilbagefaldsforebyggelse • Højrisiko • Fremtid
C) At deltageren bliver i stand til at identificere egne højrisikosituationer og håndteringen af disse	
Metode/aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> • Gennemgang af egne højrisikosituationer og nye handlestrategier. • Kognitive metoder • ”Kulturudgange”
Forandringer	<ul style="list-style-type: none"> • Deltagerne bliver i stand til, at identificere og håndtere risikosituationer samt at forstå, mestre og undgå adfærd, der kan føre til tilbagefald. • Deltagerne tilegner sig strategier, der gør det lettere at standse et tilbagefald. • Deltagerne udfordres ved frihed under ansvar

Moduler	<ul style="list-style-type: none"> • Højrisiko • Tilbagefald
D) At deltagerne opnår færdigheder i at mestre et liv uden eller med et væsentligt reduceret brug af alkohol og andre rusmidler.	
Metode/aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitive metoder, fx at analyserer handling – tanke – følelse skema og fordele/ulempe skema. • Sætte noget i stedet for misbruget • Transformere negative tanker til positive • Alternative handlestrategier • Hjælp til nyt netværk • Fastlægge videre livsplaner
Forandringer	<ul style="list-style-type: none"> • Deltagerne finder eller genskaber et livsindhold samt en mening i tilværelsen, der kan træde i stedet for misbruget • Deltagerne tager ansvar for egen forandring og anvender de opnåede erfaringer. • Deltagerne opnår færdigheder til på en sund og ansvarlig måde, at få dækket grundlæggende behov samt skabt vækst og trivsel uden brug af rusmidler. • Finder nye interesser, mening og værdi i daglig fortagsomhed, der ikke er præget af misbrug i de mellem menneskelige relationer.
Moduler	<ul style="list-style-type: none"> • Værdier og motivation • Personligt lederskab • Netværk og identitet

4.2. Indhold i Dagbehandlingen

Behandlingsprogrammet er bygget op om 8 moduler. Til hvert modul er der knyttet nogle opgaver, der omhandler det givne tema. Disse opgaver tages op i gruppen og danner ramme for de samtaler, der er i gruppebehandlingen. Udover gruppebehandlingen tilbydes deltagerne også enesamtaler, hvor der ikke er nogen på forhånd fastlagte temaer eller emner, der skal berøres.

I gruppebehandlingen bruges en struktureret skabelon for hvert modul som indeholder emner der skal gennemgås og i hvilken rækkefølge, hvilke modeller og ligeledes hvilke hjemmeopgaver der knytter sig hertil.¹⁷

I enesamtalerne varierer strukturen alt efter hvad der giver mening for den enkelte deltager. Det fagligt uddannede personale tilpasser således struktur på samtalerne for den enkelte deltager indenfor de socialpædagogiske samt rådgivnings- og behandlingsmæssige rammer.

¹⁷ Se afsnit 5.2 for detaljeret modulbeskrivelse

Overordnet søges der gennem behandlingen arbejdet med deltagernes misbrug, men afhængigt af deltagernes forudsætning er der nuancer af den endelige intention med behandlingen

Som hovedregel er alkoholbehandlingens forløb planlagt ud fra et 12 ugers program, men i praksis kan deltagerne godt følge programmet i længere eller kortere tid Ved et ophold i Dagbehandlingen vil deltageren gennemgå nedenstående moduler:

Indslusningsfase: Præsentation, introduktion og undervisning.

1. modul: Afhængighedsindsigt og konsekvens

2. modul: Værdier og motivation

3. modul: Pårørende

4. modul: Netværk og identitet

5. modul: Højrisiko

6. modul: Tilbagefaldsforebyggelse

7. modul: Personligt lederskab

8. modul: Fremtid

Udslusningsfase: Afklaret efterbehandling. Status over behandlingsforløb. Fælles farvel.

Øvrigt indhold: Individuel terapi i gruppen, motivationscirklen, fordele/ulemper ved beruset/ædru adfærd, konfliktløsning, kommunikation, motion, afspænding, gåture, udflugter, film, gæsteundervisere, refleksion.

Et behandlingsforløb bliver tilpasset den aktuelle gruppesammensætning, hvorfor rækkefølge og indhold kan ændres.

Der er i behandlingen ikke nødvendigvis en intention om, at deltageren skal opnå ædruelighed, men blot et ønske om at forandre misbrugsmønster eller motivere til forandring afhængigt af den enkelte deltagers kompetencer.

4.2.1. Gruppen:

Gruppearbejdet hvori deltageren eksponeres, udgør en central strategi og bevirker, at de andre deltagere bliver en væsentlig betingelse for den enkelte. De fleste finder bekræftelse og støtte i hinandens historier, fordi de via andres bekendelser oplever, at de ikke er alene med deres problemer. At bekende i gruppen medfører et fællesskab om-

kring det at være alkoholiker. De får her også mulighed for gennem de kognitive øvelser, at spejle sig i de andre deltagere og deres tanker og følelser.

Deltageren oplever altså i eksponeringen af sig selv og andre, at selvom de måske kommer med vidt forskellige erfaringer, så er de overordnet set i samme båd. Denne følelse af ikke at stå alene, bidrager til en stemning i gruppen, hvor de anerkender hinandens erfaringer, og der åbnes på den måde op for, at hver enkelt deltagers fortælling kan gøres til genstand for fortolkning.

Det er dog ikke alle deltagere der oplever sig som værende i samme båd. Nogle finder forskellighederne i deres erfaringsgrundlag begrænsende for, hvorvidt de kan bruge hinanden til noget. Nogle oplever altså ikke, at gruppen kan bidrage til deres udvikling, fordi de befinder sig et helt andet sted end dem. Nogles modstand mod gruppen kan dog også tolkes som at være knyttet op til mere fængselskulturelle betingelser. Man ønsker måske ikke at blive identificeret med de andre deltagere i alkoholbehandlingen, fordi deres mangeårige misbrugsproblemer anses som et svaghedstegn i fængselshierarkiet. På den måde kan et tilhørsforhold til ” de gamle og hardcore alkoholikere” eventuelt være skadeligt for ens position i fængslet.

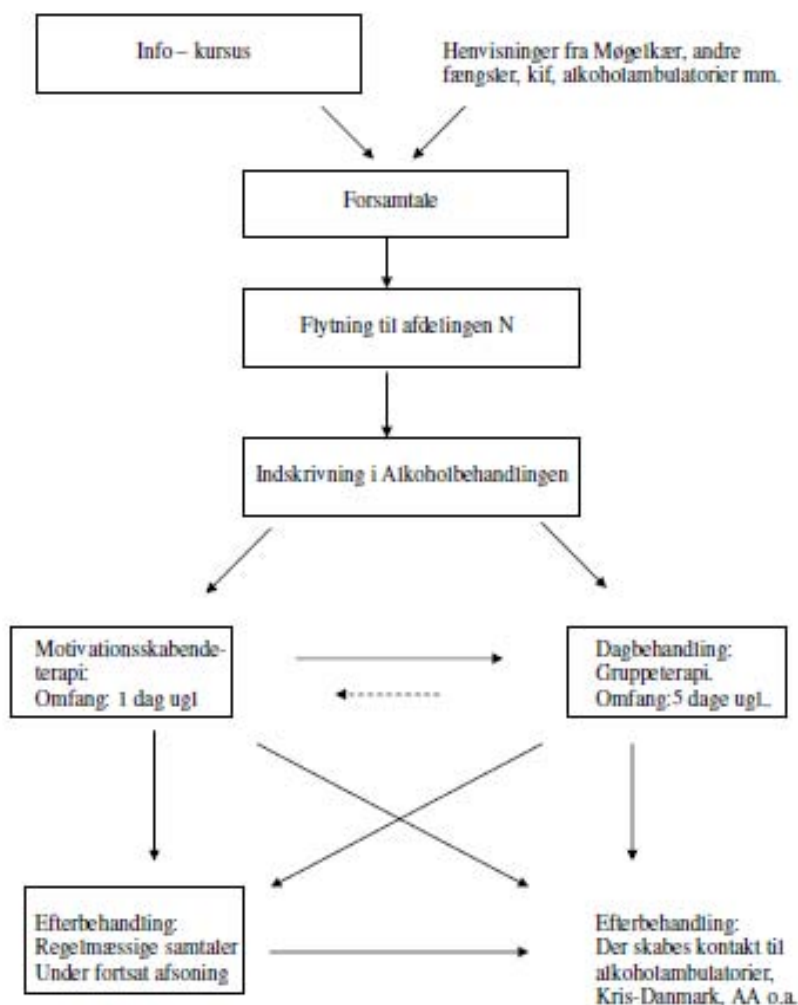
Nogle vil være af den opfattelse, at man ikke skal vise svaghed i et fængsel – og heller ikke i behandlingen – fordi dette kan bruges mod en, også oppe på afdelingen. Fængslets struktur kan altså være begrænsende betingelse for nogle af deltagernes imødekommenhed overfor bekendelseskulturen i behandlingen. Dette er behandlerne også bevidst om, hvilket netop er en af grundene til, at der tilbydes enesamtaler. Her forsøger behandlerne således at skabe et mere beskyttet rum, hvor deltagerne kan opleve større mulighed for at kunne åbne op.

4.3. Motivationsindsats

Fra alkoholbehandlings side foretages der ikke en decideret motivationsindsats forud for ansøgningen. Dette finder sted hos den afdeling eller institution, hvor deltageren befinder sig på ansøgningstidspunktet. Motivationsarbejdet er først noget, der tages rigtigt fat på, når vedkommende er indskrevet i behandlingen.

Motivation i forbindelse med at fastholdelse deltagerne i behandlingstilbuddet er et tema, vi har arbejdet aktivt med siden efteråret 2005. Som det ses i behandlingsstrukturen (figur 4), er der pile der går både fra og til motivationsbehandlingen. Disse pile symboliserer at det er muligt at gå begge veje og i princippet flere gange.

Behandlingsstruktur på Møgelkær



Figur 4: Behandlingsstruktur

Det forudsættes som tidligere nævnt, at man ikke er påvirket af stemningsændrende stoffer, og er aktivt deltagende i gruppeterapien. Der kan være problemer i at fastholde gruppe deltagerens engagement, hvis der er andre deltagere, der ikke er motiverede, idet det medfører tilbøjelighed til forstyrrende adfærd. Det samme gælder hvis en deltager har et tilbagefald. Vi har derfor tilrettelagt programmet således, at hvis en deltager har en forstyrrende adfærd eller eksempelvis drikker på en udgang, forbliver han på afdelingen, men udelukkes fra gruppen og overgår til individuel behandling/samtaler. Deltageren indgår på den måde fortsat i behandlingstilbuddet, og oplever på den måde konsekvensen af sin adfærd gennem en indskrænkning af tilbuddet, uden nødvendigvis at blive ekskluderet fra behandlingen. Oplevelsen hos deltageren bliver mere i retning af, at der skiftes gear og behandlingen tilrettelægges anderledes.

Når adfærd og motivation på den måde igen er i orden, kan deltageren tage plads i gruppen igen. Dette sker i praksis efter et par uger. Pausen er faktisk ikke en straf men en periode til vurdering og har tillige en vigtig signalværdi også if. til de andre deltagere.

En mindre gruppe af indsatte, som afsoner på afd. KL og enkelte på andre afdelinger, og som ikke kan deltage i gruppebehandling af personlige eller sikkerhedsmæssige grunde, tilbydes særligt tilrettelagte behandlingsforløb. Disse vil typisk bestå af enesamtaler kombineret med individuelle opgaver. Dette sker i sammenhæng med tilbud om daglig beskæftigelse i det øvrige fængsel. Der kan tilrettelægges mindre gruppeforløb, hvis dette bliver muligt. Der arbejdes almindeligvis med samme elementer i behandlingen som målgruppen på afd. N.

Der tilbydes også individuelle forløb for indsatte, der er begyndende og/eller delvis afklaret i forhold til deres misbrug og som ønsker at modtage behandling. Individuelle forløb er ligeledes for indsatte, der afventer udredning og evt. visitation til behandling. Forløbet tilrettelægges som individuel behandling. Behandlingen målrettes med henblik på, at den indsatte opnår stærkere afklaring og erkendelse af misbruget samt styrker egne motiverende grunde til at påbegynde behandling. Behandlingen har endvidere karakter af forbehandling, hvor deltagerne bliver tydeligere på deres foreløbige ønsker og mål for behandlingen.

Vi har siden 2006 haft 2-4 deltagere i motivationsbehandling sideløbende med vores gruppebehandling. Dette fremgår ikke af statistikken, idet der kun registreres de der udelukkende er i beskæftigelse i gruppebehandlingen på fuld tid.

4.4. Opretholdelse af motivation under behandlingsforløbet.

Da motivationsindsatsen er en gennemgribende del af behandlingsarbejdet, er det også svært at definere, præcist hvor og hvornår den foregår. En konkret aktivitet, hvor den dog er meget fremtrædende, er if. til arbejdet med deltagerens individuelle målsætninger. Dette foregår i enesamtaler, hvor sigtet er, at tilskynde dem til fortsat at arbejde hen i mod deres mål. I denne forbindelse, og if. til motivationsarbejdet mere generelt, er det centralt, at deltageren ikke presses ind i et forløb, som de ikke selv har lyst til at deltage i – det er essentielt, at de netop deltager på den måde, de kan og ønsker. Herigennem skabes mulighed for, at de får en række succesoplevelser, hvilket igen skaber lyst og gå-på-mod if. til at arbejde videre mod deres personlige målsætning. Såvel de-

res målsætninger, som arbejdet frem mod disse, skal altså passe til netop det, deltageren kan honorere (jf. Figur 2: Flowmodellen). Endvidere er det vigtigt, at deres ambivalens og de skridt de tager anerkendes, og ikke mindst at disse fremskridt også synliggøres for deltagerne, da de ofte ikke selv har øje for den udvikling, de har gennemgået. Motivationsarbejdet tager udgangspunkt i, at der ofte er nogle helt særlige grunde til, at en deltager eksempelvis ikke kan håndtere at møde i behandlingen om morgenen eller arbejde med sine individuelle målsætninger, hvorfor der gennem dialog med deltageren forsøges at finde de bagvedliggende årsager og støtte og motivere på baggrund af dette.

Det er sket en enkelt gang, at en deltager er overgået til et andet behandlingstilbud, i dette tilfælde var der tale om et blandingsmisbrug, hvorfor han fortsatte i behandling for sit stofmisbrug. Derimod har vi god erfaring med at fastholde deltagere, som har gennemgået et behandlingsforløb hos os, hvor de efterfølgende bliver i Statsfængslet Møgelkær, evt. på samme afdeling. I dette tilfælde er der tilbud om efterbehandling bestående i regelmæssige samtaler og mulighed for at deltage i sociale arrangementer. Dette er deltagerne meget glade for og de fortæller, at det giver dem mulighed for at fastholde de målsætninger, de har sat sig under deres behandling.

4. 5. Metodens anvendelsesområde

Det, at der arbejdes med størst mulig fleksibilitet i behandlingsforløbet gør, at en forskelligartet deltagergruppe kan rummes i behandlingen. Vi har bl.a. derfor også valgt et modulopbygget program, som gør behandlingen overskuelig og forudsigelig. Det er tillige vores erfaring, at de 8 emner der her gennemgås, er yderst relevante if. til deltagerens problemer.

Metoderne der anvendes er uden religiøse elementer og beskæftiger sig med menneskers følelser, tanker, adfærd og samspillet med omgivelserne. Metoderne bygger ligeledes på et åbent samarbejde mellem den professionelle og deltageren og de er på denne måde universelle, således at de kan anvendes på alle, uanset etnisk oprindelse.

Der er dog deltagere, der profiterer mindre af de kognitive metoder, og if. til denne problematik, er behandlerne netop påbegyndt efteruddannelse indenfor det systemiske/narrative område. Dette bruges således rent samtaleteknisk, der hvor behandlerne oplever at deltageren ikke opnår udbytte af den mere strukturerede kognitive samtaleform.

Som nævnt under kriterium 3.7 er der kun få erfaringer med deltagere med anden etnisk baggrund end dansk eller med et udtalt religiøst tilhørsforhold, og i disse tilfælde, har det ikke skabt nogen problemer, der kan knyttes til netop disse faktorer.

Kriterium 5. Varighed, intensitet og struktur

5.1. Behandlingens opbygning

Behandlingsforløbet er ikke af nogen fast varighed. Der arbejdes dog med 8 faste moduler samt ind- og udslusning, som tager i alt ca. 12 uger at gennemføre. (modulerne er beskrevet mere detaljeret i kriterium 5.2)

De 8 moduler er opbygget således, at der fra uge til uge er en sammenhæng mellem emnerne. Når en deltager har gennemført alle modulerne, skulle han gerne have oplevet en rød tråd igennem hele forløbet.

Optimalt set kan der argumenteres for, at alle deltagere gennemgår et fuldt forløb fra modul 1 til 8. Dette er dog ikke muligt grundet krav til opfyldelse af behandlingsgarantien og krav til at have fuld belægning. Men som også tidligere nævnt mener vi ikke, at det nødvendigvis er længden af behandling, der er afgørende.

Afhængig af, om det er de samme deltagere, der er i behandling, når modulerne er gennemført, kan der ændres i indholdet, så der er nogle nye temaer, der arbejdes med under hvert modul. Det vil sige, at selvom en deltagers ophold varer så længe, at forløbet gentages, vil det dog stadig ikke blive identisk med det foregående, da både de personlige målsætninger, der arbejdes med, ændres kontinuerligt og gruppesammensætningen også ændrer sig.

Vi arbejder som sagt med et modulbaseret program, hvor hvert modul indeholder nogle oplæg, opgaver samt fælles gennemgang. Ved sygdom eller andet fravær fra behandlernes side, skubbes programmet blot tidsmæssigt. Dog er der også mulighed for, i sådanne situationer, at benytte sig af vikarer og gæstelærere, som laver noget med deltagerne, der er et supplement til modulerne i behandlingen.

5.2. Modulbeskrivelse

De 8 moduler er sideordnede og kan følges individuelt. De indeholder følgende:

Indslusning: Præsentation, introduktion og undervisning.

Formål: At få nye deltagere til at føle sig hjemme og være klar til at indgå i behandlingsmiljøet samt sikre at den nye kender daglige rutiner.

At fortælle sin livshistorie på en måde, hvor der fokuseres på at åbne for nye mulige måder at se på sit livsforløb

At forlige sig med sin livshistorie og sit ophav samt at skærpe opmærksomheden på valg af den fremtidige historie.

Metode: Den nye præsenteres den første dag ved morgenmødet for øvrige deltagere og personale.

En deltager udvælges til at være den der i de første dage er behjælpelig med praktiske forhold og i øvrigt er den, der får den nye deltager inddraget i det sociale liv og dagsrytmer.

Der udleveres en mappe indeholdende velkomst, papir og kuglepen, samt dagbog.

Den nye deltager arbejder med sin livshistorie for at blive klar til at kunne fortælle den i gruppen en af de første dage. De øvrige deltagere giver sammen med behandlerne respons på livshistorien ved at finde to styrker og to hindringer for at forblive ædru.

1) Afhængighed og konsekvens:

Formål: Dette modul har til formål, dels at undervise i hvad afhængighed er, dels at arbejde med hvilke konsekvenser det har for den enkelte. Derudover arbejdes der med hvilke forsvarsmekanismer der er med til at fastholde den enkelte i afhængigheden.

Deltagerne arbejder med misbrugets udvikling set if. til deres livssituation ; ”*Jellineks kurve/dødsruten*”¹⁸ samt ”*Muren*”¹⁹, som er en opgave i forsvarsmekanismer. Vi ser filmen ”Bænken, og deltagerne oplyses om de meget omfattende medicinske skadevirkninger der er ved et langvarigt alkoholforbrug.

Metode: Modulet starter med at deltagerne undervises i stoffet alkohol, samt forskellige måder at definere afhængighed på.

Derefter gennemgås ”*Jellineks kurve*”, og deltagerne laver deres egen dødsrute.

Deltagerne ser filmen ”Bænken” og de arbejder derefter med forsvarsmekanismer, i form af undervisning i ”*Muren*”, og de laver opgaven med forsvarsmekanismer/fordele og ulemper.

Modulet afsluttes med at de undervises i de medicinske skader ved et langvarigt alkoholoverforbrug.

¹⁸ Se bilag 5: ”*Jellineks kurve/dødsruten*”

¹⁹ Se bilag 6: ”*Muren*”

Hjemmearbejde: *"Jelliniks kurve/dødsrute"*: Deltagerne bestemmer selv, om de vil overstrege de symptomer de kan genkende på *"Jellinek's kurve"*, eller om de selv vil skrive tingene ind i dødsruten. Det er vigtigt med ca. årstal, mhp. at afdække over, hvor lang tid det tog dem at udvikle afhængigheden, ligesom det skal afdækkes, hvor længe de har befundet sig samme sted på kurven.

"Muren": Deltagerne skal lave opgaven vedr. forsvarsmekanismer(muren) hvor de efter at have fået undervisning i *"muren"*, selv skal finde ud af, hvad de gør for at fastholde sig selv i afhængigheden og benægtelsen, hvilke fordele og ulemper det har.

2) Værdier og motivation:

Formål: Dette modul har til formål, at deltagerne får afdækket deres livsværdier og deres motivation for at lave ændring i deres liv.

Metode: Behandleren holder et lille oplæg om værdier, om hvad det er og ikke er. Derefter udleveres opgaven til arbejdet med livsværdierne. Derefter skal de afdække fordele og ulemper ved at stoppe med at drikke, og hvordan det hænger sammen med deres værdier. Efter dette laver de fordele og ulemper ved fortsat druk også dette set i sammenhæng med deres værdier. Modulet afsluttes med at de skalerer deres evne, parathed og vigtighed af at lave en ændring i deres liv.

Hjemmearbejde: *"Livsværdier"*²⁰: Dette er en hjemmeopgave, hvor de skal tænke og reflektere meget over, hvad der virkelig betyder noget for dem og det er godt at de har tid til dette. Opgaven fremlægges mundtlig for de andre.

*"Fordele og ulemper ved at stoppe/fortsætte"*²¹: Laves i behandlingen og fremlægges mundtlig for gruppen.

*"Evne, Parathed og Vigtighed"*²²: Laves i behandlingen og fremlægges mundtligt for gruppen.

3) Medafhængighed:

Formål: Dette modul har til formål, at deltagerne bliver opmærksomme på, hvilken familie de selv kommer fra, hvor der har været misbrug, og hvem der har været betydningsfulde voksne i deres liv. Derudover bliver de klar over mekanismerne i medafhængighed. Mange af deltagerne vil både være afhængige og med afhængige, og i dette modul bliver de klar over, hvad misbruget gør ved deres omgivelser og evt. deres børn.

²⁰ Se bilag 7: Livsværdier

²¹ Se bilag 8: Fordele/ulemper ved at stoppe/fortsætte

²² Se bilag 9: Evne, parathed og vigtighed

Metode: Modulet starter med, at deltagerne får opgaver omkring familien og tegningen af deres *genogram*²³. Dette fremlægges for de andre i gruppen.

Når dette er lavet, så holder en behandler et oplæg omkring medafhængighed, med fokus på nærmeste familie, kone/mand og børn.

Deltagerne ser filmen ” When a man loves a woman”, og de får udleveret opgaven til filmen. Fælles samtale i gruppen om oplægget, opgaven og filmen.

Derefter får deltagerne opgaven med relationer. Opgaven fremlægges mundtligt for gruppen.

Når gruppesammensætningen er til det, så inddrages familien ved en pårørende dag med diverse aktiviteter og undervisning. Efter en konkret vurdering ca. en gang om året.

Hjemmearbejde: ”*Familie og genogram*”: Denne opgave løses i behandlingen, hvor deltagerne sætter sig rundt omkring og har mulighed for at spørge.

”*Filmopgaven*”²⁴: Udleveres således at de ser filmen med de fokus som opgaven angiver.

”*Relationer*”²⁵: Der gives intro til opgaven og denne opstartes i behandlingen. Deltagerne laver den færdig til næste dag hvor den fremlægges mundtligt for gruppen.

4) Identitet og netværk:

Formål: Dette modul har til formål, at deltagerne bliver opmærksomme på, hvad de har af netværk og hvilke roller de spiller og sammen med hvem. Hvilke personer i deres netværk er med til at påvirke dem positivt eller negativt.

Metode: Behandleren starter med at holde et kort oplæg om at vi alle er forskellige og har forskellige roller if. til hvem vi er sammen med. Fx klassens klovn, den seje dreng, den pæne pige osv. Helt ind i familien har vi ofte bestemte roller, og disse kan være meget svære at komme ud af, hvis vi først er kommet ind i dem.

Derefter får deltagerne til opgave at lave nuværende netværk ud fra ”*dartskiven*”²⁶ vedr.: familie, venner (herunder både de ædru og dem de drikker med), bekendte, naboer, kollegaer og professionelle. Der arbejdes med at beskrive hvilken rolle de så har sammen med forskellige ud fra følgende: Hvordan opfatter jeg mig selv sammen med familie, venner osv.? Hvilke roller spiller jeg? Hvad gør rollen for mig? Hvilken overbevisning har jeg om mig selv i denne relation?

²³ Se bilag 10: Genogram

²⁴ Se bilag 11: Filmopgave

²⁵ Se bilag 12: Relationer

²⁶ Se bilag 13: Dartskiven

Når deltagerne har gennemgået dette indenfor alle områder, så bedes de om at mærke og tænke efter, hvornår de har det bedst, og hvad det er der gør det.

5) Højrisiko:

Formål: Dette modul har til formål, at identificere og arbejde med de situationer, hvor risikoen for tilbagefald er størst.

Der arbejdes ud fra det kognitive 5 kolonne system, og der arbejdes både med de Negative Automatiske Tanker (NAT), som fører til tilbagefald, og de Alternative (AT) som kan bane vejen for at gøre andet i højrisikosituationerne.

Metode: Først skal deltagerne lave opgaven; ”*Identifikation af akutte højrisikosituationer*”²⁷. Instruktionen til opgaven består i, at de skal finde 3 forskellige situationer, hvor de altid, eller næsten altid tidligere har indtaget alkohol og/eller stoffer. De laver en overskrift, på et generelt niveau, til hver situation, og beskriver kort, hvad der gør at de netop har valgt denne situation. Situationen fremlægges for gruppen. Derefter arbejdes der med situationerne i 5 kolonnen.

Først arbejdes der fælles med én af situationerne i forhold til NAT²⁸; Hvordan er det de plejer at håndtere situationen, således at de havner i tilbagefald, if. til tanker, følelser, adfærd og konsekvens.

Derefter arbejder deltagerne med den valgte situation i forhold til AT²⁹, hvordan kan de handle, tænke og føle anderledes, således at konsekvensen i stedet bliver positiv for dem selv og evt. andre.

Dette arbejde gøres med hver enkelt, som selv udvælger en af deres 3 situationer de vil arbejde med fælles.

Hjemmearbejde: Deltagerne skal nu selv gennemarbejde de to situationer på samme måde, som de arbejdede med den første. Dette laves til dagen efter.

Deltagerne fremlægger en af de to situationer de har arbejdet med hjemme, ligesom vi gjorde ved den fælles gennemgang.

6) Tilbagefaldsforebyggelse:

Formål: Dette modul har til formål, at deltagerne bliver opmærksomme på, og arbejder med deres advarselstegn på tilbagefald, lige fra de helt små tegn, til hvad de gør, hvis de reelt står i tilbagefaldet.

²⁷ Se bilag 16: Identifikation af akutte højrisikosituationer

²⁸ Se bilag 14: Registrering af NAT

²⁹ Se bilag 15: Registrering af AT

Metode: Der arbejdes med de 10 faser, ud fra Gorski's principper. Derefter udarbejder den enkelte deltager stikord, til et såkaldt "kørekort"³⁰, med en grøn, en gul og en rød fase. Disse stikord skrives ind på computeren, og lamineres i en lille størrelse, således de altid kan have det med sig.

Hjemmearbejde: "De 10 faser"³¹: deltagerne skal arbejde med hvilke ting de genkender ud fra beskrivelserne i Gorski's faser. Dette kan gøres fælles, eller de kan arbejde selvstændigt med de enkelte opgaver, og så fremlægge svarene for resten af gruppen.

"Kørekort": Her skal de hver især, med baggrund, i det de har været igennem både med højrisiko og advarselstegn, skrive stikord ned, således det giver mening for dem. Dette gøres for både den grønne, den gule og den røde fase.

7) Personligt lederskab:

Formål: Dette modul har til formål, at deltagerne begynder at få fokus på deres mønstre if. til at lade andre, eller tilfældigheder bestemme over deres liv. De arbejder med, hvad de plejer at gøre, ser en film om alternativet, og derefter arbejder de med, hvordan de selv kan tage lederskab i deres liv.

Metode: Modulet startes med at vi ser filmen "Terminalen". Derefter introduktion og arbejde med opgaven lederskab/opgivelse. Når denne er fremlagt, så introduceres deltagerne til opgaven; "Udforskning af dine automatiske tanker"³² hvorefter de skal arbejde med denne opgave og fremlægge for gruppen.

Hjemmearbejde: "Lederskab/opgivelse"³³: Deltagerne besvarer opgaven, og fremlægger den for gruppen. Opgaven laves som lektier til næste dag og fremlægges mundtligt for gruppen.

"Udforskning af dine automatiske tanker": Opgaven gennemgås punkt for punkt i plenum, og derefter arbejder de selv med en konkret situation, evt. den fra Lederskabs opgaven, hvor de ønsker at tage mere lederskab. Dette fremlægges mundtligt for gruppen.

8) Fremtid:

Formål: Dette modul har til formål, at arbejde med deltagernes mål og drømme. De skal begynde at tage ansvar, og tro på at det er dem der bestemmer retningen på deres liv, samtidig med at de accepterer at de skal tage et skridt af gangen.

³⁰ Se bilag 17: Kørekort

³¹ Se bilag 18: De 10 faser

³² Se bilag 14: Udforskning af dine automatiske tanker

³³ Se bilag 19: Lederskab/opgivelse

Metode: Der arbejdes med fremtidsvision om 1, 5 og 10 år. Arbejdet er en vekselvirkning mellem tegning, skrivning og mundtlig fremlæggelse. Deltagerne skal her motiveres meget for at tro på, at de selv har indflydelse på deres fremtid.

Der arbejdes med tegningen, idet dette er den mere intuitive og spontane højre hjernehalvdel der er på arbejde, dette koblet med en meget konkret plan, gør at begge hjernehalvdele er på arbejde, og derved bliver udbyttet husket på flere måder.

Hjemmearbejde: *"Tegn din fremtidsvision"*³⁴: Denne opgave løses i behandlingen, hvor de sætter sig rundt omkring og har mulighed for at spørge. Der udleveres farver og stort papir.

*"Hvad ønsker jeg af mit liv"*³⁵: Udleveres og er lektier til næste dag, hvor der fremlægges mundtligt for gruppen.

*"Fremtidstrappen"*³⁶: Opgaven introduceres og startes op i behandlingen, og den laves færdig hjemme til næste dag. Den fremlægges mundtligt for gruppen.

Udslusning: Afklaret efterbehandling. Status over behandlingsforløb. Fælles farvel.

Formål: At deltageren gør status over behandlingsforløbet.

Metode: Et afslutningsmøde afholdes i gruppen hvor deltageren gør status. De andre deltagere udtaler deres eventuelle bekymringer, ønsker og visioner for deltagerens fremtid. Løsningsforslag udtales og aftales til slut hvor deltagerens erfaringer og holdninger inddrages. Udslusning afsluttes med at der siges farvel til de andre indsatte samt personalet. I den forbindelse opfordres der til at sige højt hvilken betydning hver enkelt af de andre har haft for vedkommende.

Udslusningsfasen indeholder en afslutningssamtale med en behandler som gennem en bekymringsfase efterfulgt af en visionsfase ender med, at der aftales konkrete mål for fremtiden.

5.3. Gruppevis og individuel indsats

Gruppebehandlingen er programsat fra mandag til fredag fra kl.8.30 til kl.13.30. Derudover får deltagerne tilbud om ca. en enesamtale om ugen, men det kan variere alt efter ønske.³⁷ En enesamtale kan også forgå under den daglige træning eller gåtur og kan variere i tid alt efter hvad deltageren kan rumme. På denne måde kan der tages

³⁴ Se bilag 20: Tegn din fremtidsvision

³⁵ Se bilag 21: Hvad ønsker jeg af mit liv

³⁶ Se bilag 22: Fremtidstrappen

³⁷ Se bilag 23: Dagsprogram.

højde for deltageres funktionsniveau og findes et passende forum til at foretage enesamtalen i, således at flest mulig kan profitere af det. De problematikker deltager og behandler arbejder med i enesamtalerne er de forhold deltagerne ikke har lyst til at dele med andre eller som ikke er fordelagtigt at snakke om i gruppebehandlingen. Disse emner kan behandleren eller deltageren selv blive opmærksomme på fx under gruppebehandlingen eller i den daglige omgang og kan fx være angst, skyld og skam, ubearbejdet sorg og selvværd.

Enesamtalerne understøtter gruppebehandlingen og her anvendes også kognitive metoder og MI, hvorved sammenhængen i behandlingen mellem individuel og gruppe sikres.

5.4. Krav om gennemførelse af behandlingen

Som det er fremgået, er der mulighed for at tilbyde differentierede forløb til deltagerne, således at behandlingen og kravene bedst mulig tilpasses det, deltagerne kan honorere (jf. Figur 4: Flowmodellen). Dog er der arbejdspligt i fængslet, hvilket betyder, at deltagerne skal møde op i behandlingen. Hvis en deltager udebliver uden aftale, så træder fængslets regler i kraft og han bliver trukket i løn. Andre regelbrud som fx rygning på fællesarealer straffes af fængslets regler.

5.5. Udvikling af behandlingens opbygning

Der laves løbende evalueringer på personalemøder mv., som danner grobund for forandringer. Ét punkt, der fortsat skal arbejdes videre med er fleksibiliteten i behandlingen, da dette er en essentiel faktor if. til målgruppen – for hvis behandlingen bliver for rigid, bliver deltagerne det også. Hvordan fleksibiliteten udøves i praksis, således at behandlingen i flest mulig tilfælde står mål med det, deltagerne kan honorere, er selvfølgelig en afvejning, der sker i den daglige praksis, men dette, arbejdes der videre med gennem diskussioner og erfaringsudvekslinger.

En konkret udvikling er brugen af Gorski's teorier og metoder. Vi har i alkoholbehandlingen brugt dele af hans materiale som fx "kørekortet", (jf. Modul 6.). Dette bruges nu i en revideret form, der tilpasses den kognitive tilgang, da Gorski's tilgang til tider virker for rigid.

Ansatte i alkoholbehandlingen deltager regelmæssigt i relevante kurser og efteruddannelse. Dette skaber nye input og nye måder at tilrettelægge og gennemføre be-

handlingen på. Der er tillige fokus på den tværfaglige orientering samt ny forskning omkring alkoholbehandling.

Herudover er der dagligt evaluering af dagen mellem behandlerne men der søges også feedback fra deltagerne i gruppen, gennem dialog med deltagerne om hvad der virker eller ikke virker.

Det er tilmed vores forhåbning, at det med de nye ansøgnings-, opfølgings- og udskrivningsskemaer vil være muligt, at trække karakteristika ud som kan henlede opmærksomhed på problematiske felter og derved danne baggrund for evt. nye tiltag og ændringer.

Kriterium 6. Individuel planlægning og koordinering

6.1. Individuel tilpasning af behandlingen

Der lægges vægt på størst mulig individuel planlægning og opfølgning gennem behandlingsforløbet. Den individuelle planlægning sikrer, at der tages højde for den enkeltes særlige problematikker og situation.

Den individuelle planlægning påbegyndes i forbindelse med, at deltageren i forsamlingen bliver bedt om at bidrage med egne bud på, hvad han/hun har behov for at arbejde med. Herefter arbejdes der løbende i gruppebehandlingen og i ensamtaler med, at deltagerne identificerer og fastholder egne mål.

Der arbejdes med individuelle målsætninger for den enkelte deltager. Dette sker for at skabe grundlag for, at alle kan arbejde med netop de områder, der er behov for. De individuelle målsætninger fungerer som en ramme om deltagerens behandling og er med til at fastlægge hvilke aktiviteter, deltageren beskæftiger sig med under behandlingen. Under den første samtale med en behandler, som finder sted i den første uge, definerer deltageren sin "foreløbige" målsætning.

Derefter er der løbende samtaler og evalueringer deltager og behandler imellem, hvor det fastlægges, om målsætningerne skal opdateres. Der er stor forskel på, hvilken karakter, de individuelle mål har; nogen kan sætte meget langsigtede mål, og for andre kan målsætningen være det at sætte sig ét mål. Derfor varierer det også meget, hvor ofte der er behov for at forny dem. Det, der er centralt i arbejdet med de individuelle mål, er at afveje og sørge for, at målene er i overensstemmelse med deltagerens ressourcer. På denne måde fremmes succes historier og derigennem gå-på-mod hos den enkelte.

Der arbejdes desuden målrettet med, at deltageren opbygger kontakt til netværket gennem at støtte og motivere til brevveksling og til, at familien får mulighed for at komme på besøg. Dog kan der være tilfælde, hvor de pårørende nægtes besøgstilladelse, så fængslet udgør også en betingelse og et vilkår i denne sammenhæng. Men i den udstrækning rammerne muliggør det, sker der inddragelse og deltagerens familie og andet netværk kan også inddrages under bl.a. udgange.

6.2. Behandlingskontrakt og tilrettelæggelse af individuel behandlings- og handlingsplan

Der indgås behandlingskontrakt³⁸ med deltagerne i forbindelse med indskrivning og kontrakten fastsætter krav og regler til deltagelse i behandlingen.

Når deltageren indskrives i behandlingen, skriver vedkommende tillige under på en samtykkeerklæring, der giver tilladelse til, at CSU må udveksle oplysninger med Kriminalforsorgen.

I forbindelse med visitation til behandling iværksættes den enkelte indsattes handleplansarbejde. Behandlingsafdelingen sikrer, at der så tidligt som muligt iværksættes et samarbejde mellem relevante samarbejdspartnere om udarbejdelse af en samlet handleplan. Der gøres fortløbende status på den enkeltes behandlingsforløb og involverede parter inddrages og informeres i fornødent omfang.

Den lovpligtige handleplan udarbejdes af deltageren og dennes kontaktperson blandt fængselsbetjentene. Socialrådgiveren har dog det overordnede ansvar i det hun er handleplansansvarlig.

Efter 3 ugers indsættelse tages handleplanen op på enhedsmøde. Dette afholdes afdelingsvis, en gang ugentligt, og behandlerne deltager her, hvis der er deltagere i alkoholbehandlingen, som har deres sag på mødet. Her fremlægges handleplanene for at sikre, at der sker opfølgning og koordinering og der diskuteres bl.a. udslusningsplan, prøveløsladelse, vurdering af misbrugsrisiko, udgangs og løsladelsesvilkår m.m.

De forskellige faggrupper, som deltager, kan også byde ind med eventuelle oplysninger om deltageren og deltageren har tillige mulighed for at udtale sig på mødet, hvis denne anmoder om det.

Handleplanen opdateres, sammen med deltageren, hver 3. måned eller efter behov, hvor den seneste periodes udvikling beskrives. Det fungerer altså som en kontinuerlig vurdering af deltagerens ønsker samt muligheder set if. til vedkommendes ressourcer,

³⁸ Se bilag 3: Behandlingskontrakt.

behov og egne mål for opholdet i alkoholbehandlingen. Netop deltagerens egne mål er centrale i udarbejdelsen af handleplanen, og på den måde skabes der sammenhæng mellem handleplanen, behandlingen og de individuelle målsætninger, der arbejdes med her. Det personale, der deltager i handleplansmødet bidrager dog også med relevante forslag til deltageren om det videre forløb, og blandt andet leverer behandlerne skriftlige bidrag ved behov. For at sikre sammenhængen mellem behandlingsforløbet og udarbejdelsen af handleplanen, er det særligt vigtigt, at behandlerne deltager, da der ellers kan gå vigtig information tabt. Eksempelvis er det ikke altid, at deltageren selv informerer om de centrale emner, der kan have været omdrejningspunkt i ensamtalerne.

Kontakt til misbrugscentre med henblik på videre behandling foretages af behandlerne, da de har det bedste indtryk af deltagernes misbrug

6.3. Bedømmelse af deltagerens fremskridt

De personlige målsætninger bliver anvendt til at sikre, at deltageren arbejder målrettet og struktureret frem i mod de mål og delmål han/hun selv er med til at sætte. Disse mål sættes i ensamtaler og evalueres løbende af deltageren selv og den behandler der forestår samtalen. De mål der sættes individuelt, tager afsæt i de proces og resultatmål der er sat for afdelingen (jf. kriterium 7.). Der støttes kontinuerligt op om de mål der er sat og der arbejdes målrettet med at synliggøre de små succeser. Ved handleplansarbejdet henledes opmærksomheden ligeledes på den individuelle målsætning. Der foretages opfølgning på handleplan hver 3. måned. Først sammen og derefter på enhedsmøde.

Efter at de nye spørgeskemaer tages i brug, vil det være muligt at anvende opfølgningsskemaet til at vurdere deltagerens fremskridt. Det vil være muligt mere systematisk, at vurdere de frem eller tilbageskridt der er både fysisk, psykisk og socialt. Dette mener vi, vil være et væsentligt skridt til at synliggøre den udvikling deltagerne gennemgår i behandlingen.

6.4. Retningslinjer for fordeling af roller og ansvarsområder

Socialrådgiveren varetager opgaver, der har at gøre med deltagerens forløb efter løsladelse. Herudover har hun ansvaret for at foretage den nødvendige kontakt til parter uden for fængslet, herunder bl.a. kommuner og boligudlejere etc. Opgaverne kan de-

legeres til betjente og i nogle tilfælde behandlere, men socialrådgiveren er tovholder. Kort sagt er det socialrådgiveren, der først og fremmest bidrager med den socialfaglige støtte til deltagerne.

Behandlerens opgave er, i meget overordnede termer, at tage hånd om deltagerens misbrugsproblemer herunder det, der har forårsaget problemerne og det, der fortsat kan skabe problemer. Behandlernes arbejde relaterer sig således til deltagerens adfærd og handlemønstre og til at udøve en fortløbende indsats, hvor støtte og motivation står som centrale elementer.

Fængselsbetjenten, som er kontaktperson, har bl.a. til opgave at lave indstillinger til udgang og udarbejde handleplan. Udover dette og den sikkerhedsorienterede funktion, der selvsagt også ligger i deres arbejdsbeskrivelse, spiller betjentene en vigtig rolle if. til at udøve personlig støtte til den enkelte deltager. På ledsagede udgange er det eksempelvis ikke kun en sikkerhedsorienteret opgave, der foreligger, men også en støttefunktion, fx if. til at skabe kontakt til netværk.

6.5. Tiltag ved deltagers frafald

Hvis en deltager ønsker at forlade behandlingen, vil første skridt være at tage en samtale med pågældende og kortlægge de årsager, der ligger til grund for ønsket. Herved kan det komme frem, at han/hun måske blot har brug for en pause, eller at der er andre tiltag, der kan iværksættes for at sikre den videre deltagelse. Dette eksempelvis hvis det viser sig, at ønsket bunder i, at der er opstået en konflikt med en anden deltager på afdelingen. Ønsker de fortsat at flytte, efterkommes ønsket selvfølgelig.

6.6. Samarbejdet med eksterne parter.

I forbindelse med drøftelse af prøveløsladelsen indkalder socialrådgiveren ca. 2 mdr. før forventet løsladelse til prøveløsladelsessamtale. Som udgangspunkt medvirker deltageren selv, kontaktpersonen, behandleren og socialrådgiveren. I samtalen afdækkes områder som bolig, økonomi, uddannelse/arbejde, afsoningsforløb, misbrug, behandling og plan for tiden efter løsladelsen.

Det er vores erfaring, at det er af afgørende vigtighed for samarbejdet og helheden i indsatsen, at alle relevante parter inddrages. Dette kan være kommuner, uddannelsessteder osv. Det tilstræbes, at der rutinemæssigt rettes henvendelse til KIF, det lokale misbrugscenter og øvrige relevante samarbejdsparter i så god tid som muligt, sådan at

deltageren oplever kontinuitet fra løsladelsen til videre behandling, uddannelse osv. Til trods for, at det tilstræbes at rette henvendelse til eksterne samarbejdsparter i god tid, opleves det jævnligt, at tingene ikke når at falde på plads inden løsladelsen. Dette grundet flere faktorer, men ofte oplever vi, at der er problemer med at finde den konkrete afdeling og sagsbehandler. Behandlingen af vores henvendelser tager ofte lang tid, idet der er tvivl om, hvorvidt det er ydelseskontoret, misbrugscenteret eller evt. jobcenteret, der er indgangen til kommunen. Der hersker ofte også tvivl om, hvilken kommune der skal behandle sagen.

Størstedelen af deltagerne på afdelingen løslades til kontanthjælp. Tidligere har det været muligt at bringe ansøgning om kontanthjælp i orden inden løsladelsen. I dag oplever vi at dette i de fleste kommuner ikke længere er muligt men at deltagerne i stedet skal henvende sig på jobcenteret på løsladelsesdagen. Der vurderes, på baggrund heraf, at være en vis risiko for, at deltagerne ikke får søgt om hjælp, da der i forvejen er mange ting de skal forholde sig til efter afsoning.

Der er under afsoning ligeledes mulighed for at deltagerne kan deltage i AA møder (Anonyme Alkoholikere) eller NA møder (Anonyme Narkomaner) efter aftale imellem den indsatte, fængslet og behandlingsafdelingen. Dette sker, som led i den enkeltes handleplan og arbejde med egne målsætninger og skaber grundlag for, at deltagerne kan oparbejde et netværk inden løsladelse.

6.7. Udviklingspunkt i forhold til individuel planlægning og koordinering

I forbindelse med udarbejdelsen af akkrediteringsansøgningen, er vi blevet opmærksomme på hvor vigtigt det er, at behandlerne altid deltager i handleplansmøderne. Dette bl.a. grundet, at når handleplansarbejdet er tværfagligt orienteret, bliver det også lettere med en helhedsorienteret indsats. Vi har derfor fra alkoholbehandlingens side besluttet, at prioritere dette højere end tidligere.

Udover dette, har den øverste ledelse i Statsfængslet Møgelkær, i den kommende aktivitetsplan fastlagt et fokuspunkt kaldet; Handleplaner. Dette bevirker, at der i løbet af året vil blive sat fokus på det tværfaglige arbejde i forbindelse med handleplansarbejdet.

6.8. Udslusning og videreførelse af behandling

Deltagere med afsluttet behandlingsforløb og som stadig har en restdom, kan fortsætte i et individuelt planlagt efterværnsforløb. Forløbet skal sikre, at personlige redskaber udviklet igennem behandlingen, kan fastholdes. Den indsatte kan fortsat blive boende på behandlingsafdelingen og dermed fastholde relationer til indsatte og personale, forudsat der er plads på afdelingen.

Behandlingspersonalet bidrager til, at behandlingen i nødvendigt omfang kan videreføres i behandlingssystemet. Det tilstræbes, at deltageren så vidt muligt tilbydes behandling i det område, deltageren forventes løsladt til. Behandlingsafdelingen medvirker til at etablere kontakten til de respektive behandlingssystemer.

Kriterium 7: Dokumentation, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling.

7.1. Dokumentation og dataindsamling

Formålet med indsamling af oplysninger er, at dokumentere at vi arbejder med målgruppen samt når de mål, der er opstillet både individuelt og for behandlingen generelt og gruppen som helhed.

I arbejdet med dokumentationen af deltagernes udvikling og opnåelse af de fysiske, psykiske og sociale mål for behandlingen, har det været nødvendigt klart at opstille mål og delmål for behandlingen og derudfra udarbejde et samlet spørgeskema, opdelt i 3 dele. i henholdsvis et ansøgningsskema³⁹, et opfølgningsskema⁴⁰ og et udskrivningsskema⁴¹. Et samlet skema, delt op i 3 dele således man ved udskrivningen kan følge deres forløb. Spørgsmålene i de nye skemaer tager således afsæt i proces- og resultatmålene for projektet.

Inspirationen til de nye skemaer er primært hentet fra EuropASI⁴² samt fra lignende skemaer der bruges på behandlingsafdelingen; ”Mælkebøtten” i Statsfængslet Midtjylland.

7.2. Proces- og resultatmål for behandlingen

Procesmål:

³⁹ Se bilag 24: Ansøgningsskema

⁴⁰ Se bilag 25: Opfølgningsskema

⁴¹ Se bilag 26: Udskrivningsskema

⁴² European Addiction Severity Index

Vi har under udarbejdelsen af skemaerne bl.a. opdelt nogle af procesmålene if. til det fysiske, psykiske og sociale. Disse forhold er dog i mange tilfælde svært adskillelige samt påvirkelige af hinanden. Det fysiske, psykiske og sociale vil ofte være forbundet med hinanden. Ændringer i et forhold vil ofte, medføre ændring i et eller flere af de andre forhold.

I forhold til procesmålene søges det, at hver enkelt deltager flytter sig fra det niveau de befinder sig på. Det er altså den individuelle udvikling der sker med deltageren gennem behandlingen og opholdet der her måles.

Vi har valgt foreløbigt kun at opstille procentvise benchmarks knyttet til visse procesmål. Dette grundet, at vi vil fokusere på nogle områder dog med planer om på et senere tidspunkt også at opstille procentvise benchmarks og yderligere også måle på disse områder. Dette, af hensyn til det daglige arbejde og for at sikre kvaliteten frem for kvantiteten.

Målene, delmålene og de målepunkter samt de benchmarks der knytter sig hertil er som følger. Målene er ikke rangordnede:

Procesmål	Delmål	Benchmarks	Målepunkter.
Forbedret fysisk Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Deltagerne opnår indsigt i og redskaber til, at opbygge kroppen, samt vha. fysisk aktivitet at vedligeholde den 	<ul style="list-style-type: none"> • 85% dyrker mere motion end ved indskrivning 	<ul style="list-style-type: none"> • Motion
Forbedret psykisk Funktionsniveau	<ul style="list-style-type: none"> • Deltagerne får reduceret deres psykiske vanskeligheder 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 % opnår reduktion i deres psykiske vanskeligheder (ved måling midt i forløbet) • 50 % opnår reduktion i deres psykiske vanskeligheder (ved måling ved udskrivning) 	<ul style="list-style-type: none"> • Psykisk helbred • Oplevede psykiske vanskeligheder • Diagnose
Forbedret socialt Funktionsniveau	<p>Deltagerne identificerer egne problemstillinger vedr. sociale og misbrugsmæssige forhold.</p> <p>Deltagerne oplever det mindre problematisk at indgå i sociale sammenhænge (uden alkohol)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Måles ikke kvantitativt men kvalitativt på det individuelle niveau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt til netværk • Forbedret kontrol over egen voldelig/aggressiv adfærd.
Deltagerne opnår en stærkere afklaring og erkendelse af misbruget og styrker motiverende grunde til at ændre misbruget.	<ul style="list-style-type: none"> • Afhængighedsindsigt. 	<ul style="list-style-type: none"> • 50% rykker sig fra, ved indskrivning, at have et ønske om reduktion af alkoholforbrug til, ved udskrivning, at have et ønske om total afholdenhed. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ønske om alkoholforbrug.

Deltagerne bliver i stand til at identificere egne højriskosituationer og håndteringen af disse.	<ul style="list-style-type: none"> • Deltagerne til-egner sig strate-gier, der gør det lettere at stoppe et tilbagefald 	<ul style="list-style-type: none"> • Måles ikke kvantitativt men kvalitativt på det individuelle ni-veau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deltagelse i modul 5 og udarbejdelse af kørekort
Deltagerne opnår færdigheder i, at mestre et liv uden eller med et væsentligt begrænset alkoholforbrug.	<ul style="list-style-type: none"> • Deltagerne op-når færdigheder til på en sund og ansvarlig måde, at få dækket grundlæggende behov samt ska-be vækst og triv-sel uden brug af rusmidler. • Deltagerne fin-der eller gen-skaber et livsin-dhold samt en mening i tilvæ-relsen, der kan træde i stedet for misbruget. 	<ul style="list-style-type: none"> • Måles ikke kvantitativt men kvalitativt på det indivi-duelle niveau. 	<ul style="list-style-type: none"> • Øget psykisk vel-befindende

Resultatmål:

Hvor vi gennem procesmålene måler på den individuelle forandring der sker med del-tageren vil vi bruge resultatmålene til en mere overordnet måling.

Resultatmål	Målepunkter
95 % gennemfører planlagt behandling ⁴³	<ul style="list-style-type: none"> • Måles ved udskrivning og udtræk fore-tages hver 6. måned.
50 % er tilknyttet videre behandling ved udskrivning.	<ul style="list-style-type: none"> • Måles ved udskrivning og udtræk fore-tages hver 6. måned.

Målet om gennemførelse af behandlingen, ser vi som en succes af flere grunde. For den enkelte deltager kan gennemførelse være en succes i sig selv. Tillige ser vi et kontinu-erligt forløb som en fordel if. til at nå både de fælles og de individuelle mål, idet der er større chance for at nå disse jo bedre der støttes op efterfølgende.

⁴³ Målet er at opnå en gennemførelsesprocent på 85, men vi har pt. en gennemførelse på 92 %

Målet om ambulant behandling ser vi som fordelagtigt, idet målgruppen ved endt ophold, stadig forventes i en eller anden grad at have behov for støtte og ofte vil have tilbagevendende episoder med misbrug af alkohol.

7.3. Analyser af tilbagefald til kriminalitet

Det langsigtede og overordnede mål if. til behandlingen er i forlængelse med kriminalforsorgens mål;

”At skabe et grundlag for ophør med eller reduktion i misbrugsrelateret kriminalitet”

Ovenstående forsøges således opnået gennem proces- og resultatmålene for behandlingen i det vi opfatter deltagernes kriminalitet og misbrug, som værende tæt forbundet.

Vi har registreret tilbagefald til kriminalitet og misbrug. Dette har vi gjort i perioden fra 1. maj 2006 til 1. juli 2008, idet vi valgte at fokusere på netop dette område. I denne periode foretog en behandler, telefonopkald til tidligere deltagere efter aftale. Dette skete ca. 6 mdr. efter de var udskrevet af behandlingen og med henblik på, at følge op på deres situation efter udskrivning af behandlingen. Der var i alt 26 indsatte, som gav os samtykke til at vi måtte kontakte dem. Vi fik fat i 21, og heraf var der 16, som stadig var ædru, og som ikke havde begået ny kriminalitet. Vi har dog kun de tidligere deltageres egne udsagn herfor og vi har ikke foretaget yderligere tiltag angående dette.

7.4. Analyse af frafald

Vi har fra januar 2006 til dags dato haft 134 deltagere, hvoraf der er 11 af disse, som er blevet bortvist fra behandlingen. Dette giver en frafaldsprocent på 8 %. Dette svarer til vores generelle oplevelse af, at der ikke er mange frafald af deltagere i alkoholbehandlingen. Det, vores foreløbige frafaldanalyse viser er, at det overvejende er i den yngste del af målgruppen frafaldet sker.

Med, de tidligere nævnt, nye skemaer bliver det også fremadrettet muligt, hver 6. måned, at foretage analyser af hvor mange deltagere der falder fra inden forløbet er planmæssigt afsluttet samt, om grunden til frafaldet er behandlingsmæssigt eller disciplinært. Frafaldsanalysen vil give et billede af både gennemførelsesprocenten samt danne viden til brug for arbejdet med at forebygge frafald.

7.5. Kvalitetssikring

Deltagernes egne målsætninger udgør tillige gyldige mål for behandlingen og opholdet. Deltagernes individuelle mål noteres i et skema og kan forandre sig under behandlingsforløbet, hvorfor der ofte kan være udarbejdet flere skemaer for den enkelte. Både behandlere og fængselsbetjente kan bruge skemaet med individuelle målsætninger til at holde sig opdateret om, hvad den enkelte deltager arbejder med på et givent tidspunkt. Udviklingen i de individuelle mål kan også bruges som et behandlingsværktøj, ved at behandlerne kan anvende skemaerne til at opmuntre og motivere deltageren til at fortsætte med at udvikle sine målsætninger. Yderligere bruges opfølgningsskemaet, der udfyldes hver 3. måned, i en vurdering af, om de individuelle målsætninger nås, så der sikres en positiv fremadskridende udvikling.

7.6. Kvalitetsudvikling

Formålet med skemaerne er, at bruge dem som et aktivt dynamisk redskab, der bl.a. identificerer de områder, hvor der er behov for en ekstra indsats såvel på det individuelle plan som det generelle. Informationerne der indsamles, er altså først og fremmest tænkt som nødvendig viden for tilrettelæggelse og kvalitetssikring af behandlingsindsatsen.

På baggrund af dataindsamlingen vil vi foretage datatræk if. til opfølgning på proces- og resultatmål hver 6. måned.

Målet er overordnet at synliggøre om målsætningerne for projektet nås og hvor behandlingen kan justeres. Endvidere anser vi det som et redskab til, at synliggøre på hvilket niveau ændringer er nødvendige samt hvilke samarbejds-, personale- eller organisationsmæssige faktorer, der muligvis har indvirkning herpå.

Endvidere vil det synliggøre den forandringsproces deltagerne gennemgår under forløbet både if. til de fysiske, psykiske og sociale forhold.

7.7. Opfyldelse af datatilsynets regler om registrering af personfølsomme oplysninger.

Der registreres oplysninger om deltagerne i 3 systemer/programmer; EKJ (CSU's journalsystemet), DEFGO net (statistik program der anvendes til registrering af data i forbindelse med ind- og udskrivning) og i Kriminalforsorgens klientsystem. Disse opfylder alle datatilsynets regler om registrering af personfølsomme oplysninger.

CSU kan af sikkerhedsmæssige årsager ikke benytte Kriminalforsorgens netværk. Derfor stiller CSU eget IT-udstyr (herunder datalinier, netværk, hardware og software) til rådighed til brug for behandlerpersonalets egen sagsbehandling vedrørende deltagere.

Fysisk sammenkobling af CSU's netværk og Kriminalforsorgens netværk kan ikke forventes.

Kriterium 8: Medarbejdere, ledelse, samarbejde og arbejdsmiljø.

8.1. Personalets uddannelse og erfaringsniveau.

Behandlingspersonalet på afdelingen er som udgangspunkt socialfagligt uddannet evt. suppleret med en terapeutisk efteruddannelse eller erfaring med behandling af misbrug. Det er ikke muligt, at rekruttere personale, som besidder alle de nødvendige kvalifikationer det kræver at arbejde med denne målgruppe under disse rammer. Der lægges derfor vægt på, at personalet har erfaring og personlig gennemslagskraft, samt at behandlerne har kompetencer til at skabe et rummeligt og fleksibelt behandlingsmiljø. Således bliver det muligt igennem arbejdet og ved efteruddannelse, at udvikle de nødvendige kompetencer.

Medarbejderne opholder sig i fængslet i de timer, de er ansat med undtagelse af deltagelse i kurser, temadage, efteruddannelse og lignende

8.1.2 Fængselsbetjente

De fængselsbetjente, der er tilknyttet afdelingen, fungerer også på fængslets kvindeafdeling og på yderligere en almindelig fællesskabsafdeling.. De opholder sig derfor ikke på belægsafdelingen, men har kontor i en særskilt afdeling. De indgår i dagligt samarbejdet med behandlerne, men deres kontakt til deltagerne er primært if. til fritidsbeskæftigelser, og sagsbehandling i øvrigt og ikke så meget i forhold til behandlingen.

8.1.3. Ledere

Til afdelingen er der både tilknyttet en behandlingsleder og en fængselsuddannet leder. De to ledere arbejder tæt sammen, og derfor lægges der i udvælgelsen af ledere

vægt på evne og lyst til samarbejde. Samtidig er åbenhed og forståelse overfor den anden faggruppe vigtigt, da fængselsbetjentenes og behandlernes jobbeskrivelser i udgangspunktet ligger langt fra hinanden. Dertil lægges der vægt på, at lederne har kendskab til målgruppen.

Stilling	Uddannelse	Funktion	Erfa- ring/videreuddannelse
Behandlings- leder	<ul style="list-style-type: none"> • Pædagog 	<ul style="list-style-type: none"> • Ledelse og koordi- nering 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 års erfaring i mis- brugsbehandling og 6 års erfaring i systemisk familieterapi • Basisår i systemisk familieterapi • Systemisk pædagogik • Grundmodel i multisys- temisk terapi • Basisår i kognitiv tera- pi • Diplomuddannelse i ledelse: 3 moduler fra Via University College i Horsens
Behandler	<ul style="list-style-type: none"> • Socialråd- giver • Politiassi- stent 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholbehandler i gruppeterapi • Ugentlige enesam- taler • Visitationssamtaler • NADA 	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitiv grunduddan- nelse • Kognitiv terapi v. mis- brug • Traumeterapeut • NLP terapeut • NADA kursus • Systemisk supervisor basisuddannelse • Intern uddannelse i MI
Behandler	<ul style="list-style-type: none"> • Pædagog • Maskinar- bejder 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholbehandler i gruppeterapi • Ugentlige enesam- taler • Visitationssamtaler • NADA 	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitiv grunduddan- nelse • Kognitiv terapi v. mis- brug • NADA kursus • I gang med basisår i sy- stemisk og narrativ te-

			rapi. • Intern uddannelse i MI
Behandler	• Pædagog	• Alkoholbehandler i gruppeterapi • Ugentlige enesamtaler • Visitationssamtaler • NADA	• Kognitiv grunduddannelse • Kognitiv terapi v. misbrug • I gang med basisår i systemisk og narrativ terapi • Intern uddannelse i MI

Stilling	Uddannelse	Funktion
Afdelingsleder	• Fængselsbetjent	• Ledelse og koordinering af det fængselsmæssige arbejde
Socialrådgiver	• Socialrådgiver	• Varetagelse af individuel planlægning og koordinering af deltagernes forløb efter løsladelse.
Fængselsbetjente	• Fængselsbetjent	• Sagsbehandling • Sikkerhedsorienterede opgaver • Udøve støtte til daglige gøremål • Rådgive og vejlede indsatte samt motivere til at deltage i aktiviteter.

8.2. Efteruddannelse, supervision og mødeaktiviteter

Behandlingen opfattes som en dagbehandling, hvor det tilstræbes at tilgang, sprog og omsorg for deltagerne videreføres af fængselsbetjentene, når behandlerne er gået hjem. Det fordrer, at behandlingspersonalet og fængselspersonalet har fælles indgangsvinkel og fælles forståelsesgrundlag. For at behandlere og fængselspersonale kan opnå og vedligeholde den kollektive forståelse, er det nødvendigt, at alle medarbejdere tilføres fælles viden og udvikling. Det anses derfor som en forudsætning for en fortsat positiv udvikling af behandlingen, at både behandlere og fængslets personale løbende gennemgår fælles efteruddannelse og har strukturerede samarbejdsflader i form af bl.a. møder, hvor problemstillinger, faglige diskussioner og eventuelle kon-

flikter kan diskuteres. De konkrete tiltag til efteruddannelse, supervision og mødeaktiviteter er beskrevet enkeltvis i det følgende.

Tværfaglige seminar:

Behandlingen afvikler årligt et tværfagligt seminar af 2 dages varighed, hvor den fælles forståelse mellem behandlere og funktionærer styrkes. Dette gøres både gennem fysisk aktivitet og øvelser i teambuilding samt ved fælles oplæg, undervisning bl.a. i Motivational Interviewing og diskussioner af problemstillinger fra hverdagen. Udbyttet af disse seminarer kan tydeligt aflæses i den daglige omgang personalegrupperne imellem samt i afdelingens personalemøder, hvor dette bevirker kendskab til hinanden og større forståelse for faggruppernes metodevalg og principper i arbejdets udførelse.

Temadage:

Der afholdes temadage for hele behandlerpersonalet med relevante oplægsholdere, indeholdende faglige input if. til aktuelle problemstillinger som fx misbrug, medicin, sidemisbrug og psykiske lidelser.

Kognitiv efteruddannelse:

Det er CSU's mål at alle behandlingsmedarbejdere har uddannelse i kognitiv terapi og i behandlingsafdelingen på Møgelkær er det tilmed målet, at behandlerne skal uddannes indenfor kognitiv terapi ved misbrug.

Der er således fokus på behandlernes efteruddannelse i kognitiv terapi hvorfor alle behandlere har gennemført kognitiv efteruddannelse.

8.3. Supervision

Medarbejderne er fagligt forankret i Center for Socialt Udsatte i Horsens kommune. CSU stiller den nødvendige faglige og personlige sparring til rådighed samt sikrer, at behandlingspersonalet på afdelingen får supervision. Behandlerne superviseres af såvel ekstern som intern supervisor. Supervisionen er tilrettelagt som sagssupervision i gruppe, hvor alle behandlere og behandlingsleder deltager.

Behandlerne deltager i CSU's interne uddannelsesforløb. Der tilrettelægges herudover relevant individuel efteruddannelse.

Behandlingspersonalet sikres sparring gennem løbende kontakt og samarbejde med det faglige personale i de øvrige afdelinger i CSU. Der er mulighed for at afholde fælles supervision ved behov.

Hvert år afholdes 2-dages fælles samarbejdsseminar, hvor CSU underviser betjentene i relevante emner om alkoholbehandling. Her kan en del af den fælles supervision finde sted.

8.4. Mødeaktiviteter

Morgenmøde: Behandlerpersonalet, fængselspersonalet og socialrådgiveren afholder daglige morgenmøder fra kl. 8.00-8.25. Møderne anvendes til udvikling af og samarbejde om behandlingsafdelingens drift samt kollegial sparring. Dagens forløb planlægges og eventuelle deltagere drøftes.

Enhedsmøde: Ugentlige enhedsmøder for afd. N. I mødet indgår behandleren som konsulent for fængslet i spørgsmål om fx om udgang, prøveløsladelse og vurdering af misbrugsforhold.

Tværfagligt personalemøde: 2-3 gange årligt afholdes dette for både behandler og fængselspersonale.

Visitationsmøder: Afholdes ad hoc. på morgenmødet, efter behov.

Personalemøde: Behandlerne afholder eget personalemøde hver anden uge, hvor interne forhold og deltagere diskuteres.

8.5. Opretholdelse af personalets, ledernes og behandlernes engagement

Ovenstående er netop nogle af de tiltag, der er med til at opretholde engagement og positive relationer mellem personalet, idet fælles uddannelse og supervision sikrer faglighed i den måde hvorpå der kommunikeres omkring deltagerne.

Behandlingspersonalet har mulighed for, at deltage i det daglige morgenmøde hvor alle fængslets personaler kan deltage. Her udveksles informationer om de forskellige afdelinger hvilket skaber fælles forståelse og er medvirkende til at alle oplever sig inddraget og medinddraget.

Desuden vægtes en høj etik og en god tone i dagligdagen både medarbejdere og deltagere imellem.

8.6. Håndtering af konflikter og problemer.

Generelt er der få uoverensstemmelser personalet imellem, men når disse opstår løses de løbende gennem dialog bl.a. på det daglige morgenmøde. Ved alvorlige uenigheder bringes problematikken op mellem lederne og løses mellem CSU og fængslet på et overordnet niveau. Dette har dog endnu ikke været relevant.

CSU og fængslets ledelse har desuden 2 gange årligt samarbejds møde, hvor relevante problematikker vendes og kontraktforhold drøftes.

En væsentlig problemstilling er, at der er 14 pladser på afdelingen og 10 pladser i gruppebehandlingen, hvilket gør, at der sædvanligvis er 4 indsatte på afdelingen der ikke direkte deltager i behandlingstilbuddet. I perioder hvor der ikke er fuldt belæg i behandlingen, kan der være endnu flere på afdelingen der ikke er i behandling. Vi er klar over, at dette har været en nødvendighed gennem længere tid i forbindelse med at afvikle en ”pukkel” af indsatte i fængsels systemet, der har været igennem længere tid. Men det kan derfor til tider være en udfordring og et diskussionspunkt når der er lavt belæg i behandlingen og højt belæg i kriminalforsorgen generelt. Dette grundet, at det skaber et pres på behandlingen for at tage nye deltagere ind. Når der bor deltagere på afdelingen, som ikke er en del af behandlingen, så påvirkes deltagerne og behandlingen bl.a. fordi konfliktniveauet stiger. Dette grundet, at problemstillinger fra afdelingen fylder i behandlingen.

Vores tiltag i forhold til at tackle denne problemstilling har været, at anmode fængslet om ekstra opmærksomhed på at sørge for, at de indkaldte til afsoning, der har alkoholrelaterede domme, indsættes på behandlingsafdelingen. Samtidig tilstræber vi, at fastholde dem der har afsluttet behandling i de 4 ekstra pladser, der er på afdelingen. Det er både fængslet og CSU’s klare mål, at alle indsatte på afd. N på en eller anden måde skal have tilknytning til alkoholbehandlingen.

8.7. Introduktionsforløb for nye medarbejdere

CSU har deres eget planlagte introforløb af 2 dages varighed for nye medarbejdere. Øvrig introduktion til behandlingen tager afsæt i akkrediteringsansøgningen.

Fængslet har tillige deres eget introduktionsprogram for nye ansatte. Behandlingskonsulenten og personale- og sikkerhedskonsulenten udarbejder i samarbejde med afdelingslederen et program, hvor den nye medarbejder introduceres for Kriminalforsorgens principper og orden- og sikkerhedsmæssige forhold. Endvidere introduceres

medarbejderen for Straffuldbyrdelseslovens principper og sagsbehandling i fængslet generelt.

8.8. Ansvars- og rollefordeling

Fængslet varetager opgaver vedrørende orden, sikkerhed og kontrol og har desuden det forsorgsmæssige ansvar. Det forsorgsmæssige ansvar indebærer, at fængslet er ansvarlig for sædvanlig sagsbehandling, udarbejdelse og iværksættelse af handleplaner, hvori behandlingsplanen indgår, og koordinering og iværksættelse af kontakt til relevante myndigheder.

Kriminalforsorgen orienterer CSU om forholdene i fængslet og instruerer om regler vedrørende orden og sikkerhed m.v. Deltagerne på afdelingen er omfattet af de samme regler vedr. orden og sikkerhed, som gælder for de øvrige indsatte i resten af fængslet.

Deltagerne i behandling er omfattet af lov om fuldbyrdelse af straf mv. Begrunder behandlingsmæssige forhold, at der er behov for individuelle fravigelser, fx med hensyn til besøg af pårørende, kontrol for misbrug mv., drøftes dette mellem CSU og fængslet. Fængslet har beslutningskompetencen. Indsatte på afdelingen vil stikprøvevis blive kontrolleret for stofindtagelse.

CSU er ansvarlig for misbrugsbehandlingen og samarbejder med fængslets personale om rekruttering og visitation af egnede deltagere, udslusning/overførsel og sagsbehandling. CSU rådgiver Kriminalforsorgen vedrørende konkrete behandlingsmæssige problemstillinger. Det kan fx være rådgivning om spørgsmål i relation til fastsættelse af vilkår i forbindelse med udgang eller prøveløsladelse. Behandlerne deltager i enhedsmøder for afdeling N, hvor disse forhold drøftes.

Kompetencen for tilrettelæggelse af behandlingen ligger hos CSU, der også har det overordnede ansvar for, at behandlingsindholdet er udarbejdet og revideret på baggrund af relevante teorier og forskning på misbrugsbehandlingsområdet. Ligeledes er CSU ansvarlig for at levere personale og efteruddannelse som beskrevet ovenfor. Der er fastlagt behandlingsprogram for hverdagene ugen igennem, hvor behandlerne er til stede. Dertil deltager behandlerne i planlagte aktiviteter på afdelingen, som ligger uden for normal arbejdstid, som bl.a. en ugentlig aften og andre sociale arrangementer.

Fængslets personale varetager drøftelser med deltagerne, når det drejer sig om konkrete planer for videre afsoning, udstationering, prøveløsladelse og tilsvarende. Det er altså fængslet, der har beslutningskompetencen og ansvaret vedrørende den individuelle sagsbehandling under afsoning (jf. Straffuldbyrdsloven). Når det drejer sig om at iværksætte foranstaltninger, der retter sig mod deltagerens forhold efter afsoning, varetages det af fængslets personale i samarbejde med behandlingspersonalet. Det er derefter socialrådgiverens og kontaktpersonens ansvarsområde at tage kontakt til institutioner i Kriminalforsorgens eget regi samt institutioner og myndigheder udenfor Kriminalforsorgen. Det være sig enhver form for videre foranstaltning under og efter afsoningen; herunder koordinering af handleplaner med deltagernes hjemkommune. Der kan være tale om videre behandling af misbrug i ambulant regi eller i en døgnforanstaltning, ligesom der kan være tale om foranstaltninger af omsorgsmæssig karakter. Der kan indhentes skriftligt bidrag fra CSU ved behov.

Litteraturliste

- Beck, S. Judith (2006): *Kognitiv terapi – teori, udøvelse og refleksion*, Akademisk Forlag.
- Carl Erik Mabeck (2008): *Introduktion til den motiverende samtale*. Munksgaard Danmark
- Gorski, Terence T. og Trundy, Arthur B.(2006): *Tilbagefaldsforebyggende rådgivning – en arbejdsbog. Praktiske øvelser i håndteringen af højrisikosituationer*. Forlaget Sydgården.
- Knoop, Hans Henrik (2005): *Om kunsten at finde flow i en verden, der ofte forhindrer det*. I antologien: *Et nyt læringsredskab – flow, intelligens og det gode læringsmiljø*. Gyldendals Bogklubber.
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2004): *Motivationssamtalen*. Hans Reitzels Forlag.
- Rindom, Henrik (2000): *Rusmidlernes biologi*.

Hjemmesider:

- KRUS (2004): *Evaluering af rusprogrammerne Rif og Mitt valg*, lokaliseret på: <http://krus.no/no/Publikasjoner/KRUS-rapporter/KRUS-rapport/>

