

Ansøgning om akkreditering af

PROJEKT OVER MUREN



Februar 2009



KØBENHAVNS FÆNGSLER



KØBENHAVNS KOMMUNE
Socialforvaltningen
Center For Misbrug

Projekt Over Muren



FORORD	1
LÆSEVEJLEDNING	2
INDLEDNING	5
KRITERIUM 1. FORANDRINGSMODELLEN	6
Programmets mål	6
POMs forandringsmodel	9
Teori	11
Empiri	14
Forbedring og udvikling af forandringsmodellen	16
KRITERIUM 2. ETIK	18
Værdigrundlag	18
Etiske hensyn	18
Misbrugsbehandling i et fængsel	19
Straf eller tvang i behandlingen	20
Metoder - fordele og begrænsninger i behandlingen	21
Udvikling af arbejdet med de etiske aspekter	23
KRITERIUM 3. MÅLGRUPPE	24
POMs målgruppe	24
Målgruppeafvigelser fra den oprindelige projektplan	24
POMs kriterier for behandling	26
Kriminalitet i relation til misbrug	26
Optimering af afgrænsning og indtag af deltagere	27

KRITERIUM 4. METODE OG MOTIVATION	29
Anvendelse og virkning af metoder	29
Metodevalg.....	39
Manualer til programmet	40
Fastholdelse.....	40
Køn, etnicitet, religion og sprog	42
Udvikling og forbedring	43
KRITERIUM 5. VARIGHED, INTENSITET OG STRUKTUR	45
Rammen for behandlingsindsatsen	45
Behandlingstyper og steder	49
Intensitet i behandlingen.....	50
Rammen og indsatsen.....	50
Hverdagens navigering.....	51
Regelbrud	53
Udvikling og forbedring af programmets opbygning	53
KRITERIUM 6. INDIVIDUEL PLANLÆGNING OG KOORDINERING.....	54
Forankring af indsatsen	54
Deltagerfrafald	55
Internt samarbejde og ansvarsfordeling i KF.....	55
Eksternt samarbejde	58
Forbedring og udvikling af den individuelle planlægning og koordinering	59
KRITERIUM 7. DOKUMENTATION, KVALITETSSIKRING OG KVALITETSUDVIKLING.....	60
Rutiner omkring data og dokumentation	60
Formål med dataindsamling.....	61
Anvendelse af datamateriale til udvikling af projektet	62

Anvendelse af datamateriale i praksis.....	63
Gennemgang af dataregistreringer i POM	64
Baggrund og muligheder for dataudtræk	67
Kvalitetssikring.....	69
Kvalitetsudvikling.....	71
Deltager feedback.....	73
Projektevurering.....	74
Opbevaring af data	75
Udvikling og forbedring af tilvejebringelse og anvendelse af dokumentation	75
KRITERIUM 8. MEDARBEJDERE, LEDELSE, SAMARBEJDE OG ARBEJDSMILJØ.....	78
Medarbejdere i POM.....	78
Ledelse i POM	78
Medarbejdernes uddannelse og erfaring.....	79
Roller og ansvarsområder.....	81
Introduktion af nye behandlere	82
Opretholdelse og udvikling af behandlernes faglige viden	83
Mødeaktivitet og rutiner.....	87
Arbejds miljø og teamkultur.....	87
Accept af projektet	89
Udvikling og forbedring af arbejds miljø	90
LITTERATUR	91

FORORD

Projekt over Muren blev med denne rapport fuldt akkrediteret ved første ansøgningsrunde af Kriminalforsorgens akkrediteringspanel den 3. april 2009. Dette er således projektets første og eneste ansøgning om akkreditering.

Ligeledes er denne udgave, med undtagelse af dette forord, en let omskrevet indledning og læsevejledning samt nyt og mere læsevenligt layout, den originale udgave. Dette betyder at rapporten fremstår med alle henvisninger til bilag, herunder manualer og håndbøger. Alle bilag kan downloades fra projektets hjemmeside (www.kfkk.dk). På hjemmesiden forefindes endvidere en ny redigeret udgave, det vil sige uden henvisninger.

I udarbejdelsen af rapporten har mange forskellige mennesker deltaget i større eller mindre grad. Projektteamet har gennem workshopprocesser omkring de enkelte kriterier bibragt teamets samlede viden og knowhow til rapporten. Disse workshops har været omdrejningspunkt for den skriftlige fremstilling i nærværende rapport og har bevirket en øget fælles faglighed i teamet. Følgegruppemedlemmer, behandlingskonsulent og juridisk viceinspektør fra Københavns Fængsler har medvirket på forskellige planer i alle dele af rapporten, der omhandler fængslet, eksempelvis med deltagelse i relevante workshops med teamet, feedback på konkrete forhold eller gennemlæsning (læs mere herom i procesbeskrivelsen, Basisdok. 1, bilag W).

Jeg ønsker at takke alle deltagende medarbejdere fra Projekt Over Muren og Københavns Fængsler, for input, gennemlæsninger, kommentarer og deltagelse i workshops. Socialoverlæge Peter Ege fra Københavns Kommune skal have stor tak for kritisk og tålmodig gennemlæsning af rapporten, og endelig skal dokumentationsfuldmægtig Kuno Herman Lund fra Kriminalforsorgen have tak for igangsættelse af akkrediteringsprocessen.

Den praktiske udarbejdelse af rapporten, herunder afholdelse af workshops med videre, er udført af projektleder Trine Ravn, i tæt samarbejde med studentermedhjælper Martha Thilde Ahlmann.

Rigtig god læselyst.



Trine Ravn, Projektleder

LÆSEVEJLEDNING

Rapporten er relevant for professionelle inden for misbrugsområdet, men retter sig specifikt imod Kriminalforsorgens akkrediteringspanel, idet den søger at besvare de otte kriterier, som akkrediteringspanelet benytter som grundlag for vurdering af behandlingsprogrammer i Kriminalforsorgen. Rapporten er bygget op således, at kriterierne svarer til rapportens kapitler. Nedenfor ses en kort beskrivelse af hvert kriteriums indhold.

1. kriterium: Forandringsmodel

I dette kriterium opridses den "forandringsmodel", som programmet bygger på, for at skabe et overblik over hvilken type forandringer, der ønskes opnået hos den enkelte programdeltager og hvordan disse forandringer skal ske. Beskrivelsen underbygges med metoder og teori for programmets tilgang.

2. kriterium: Etik

I kriterium to redegøres for de etiske overvejelser vedrørende programmets teoretiske og normative grundlag samt de etiske overvejelser om de metoder, der benyttes i behandlingen.

3. kriterium: Målgruppe

I dette kriterium fokuseres der på programmets deltagere, herunder hvem der er målgruppen, identifikation og udvælgelse samt de særlige karakteristika og problemstillinger, som kendetegner målgruppen.

4. kriterium: Metode og motivation

I dette kriterium uddybes de metoder der blev beskrevet i kriterium 1, ligesom valget af metoder begrundes. Derudover beskrives det, hvad der gøres for løbende at motivere og aktivt inddrage deltagerne, deres erfaringer og ressourcer i programaktiviteterne.

5. kriterium: Varighed, intensitet og struktur

I kriterium fem beskrives antal og hyppighed af lektioner, gruppemøder med videre samt hvordan programmet er afpasset programdeltagernes behov og forudsætninger.

6. kriterium: Individuel planlægning og koordinering

I dette kriterium redegøres for koblingen mellem programmet og den samlede plan for straffuldbyrdelsen samt deltagerens efterfølgende forløb under afsoning og udslusning.

7. kriterium: Dokumentation, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling

I dette kriterium beskrives det hvordan dokumentation bruges til at måle, at programmet forløber som planlagt samt i hvilket omfang målene nås. Derudover beskrives det hvordan data bruges til at sikre, at programkonceptet bevarer, samt til løbende kvalitetsudvikling af program og programaktiviteter.

8. kriterium: Medarbejdere, ledelse, samarbejde og arbejdsmiljø

I kriterium otte redegøres for programmedarbejdernes kvalifikationer og erfaring, samt hvordan deres engagement opretholdes og viden opdateres og udvides. Endvidere beskrives programmets arbejdsmiljø, rammer, rutiner, arbejds- og ansvarsfordeling, planlægning og afholdelse af møder og håndtering af problemer og konflikter.

I Basisdok. 1, bilag Ö forefindes det komplette kommissorium for akkreditering i Kriminalforsorgen, herunder de otte kriterier som de ser ud i deres fulde længde. Indholdet og opbygningen af hvert kapitel følger i vid udstrækning disse kriteriers opbygning. Et par undtagelser herfra gælder imidlertid kriterium 6 (spørgsmål 8, som er besvaret i kriterium 8) samt kriterium 3 (spørgsmål 5 og 6, som besvares i kriterium 5), hvor det vurderes, at besvarelsene skaber større sammenhæng med konteksten. Af formidlingsmæssige årsager kan rækkefølgen af besvarelsen af de vejledende spørgsmål inden for hvert kriterium imidlertid afvige, ligesom nogle spørgsmål vil være behandlet under samme overskrift. Af samme grund har projektet valgt at anvende andre overskrifter, hvor dette synes hensigtsmæssigt.

Læseren skal være opmærksom på at der generelt under punkterne "udvikling og forbedring" vil være betragtninger, der falder udenfor projektets umiddelbare indsatsramme, og ligeledes at hovedparten af de nævnte forslag til fremtidige tiltag skal godkendes af projektets styregruppe, førend de kan iværksættes.

På grund af de mange muligheder for dataudtræk og krydsninger har projektet valgt kun at vise eksempler herpå i selve rapporten. Ønskes andre eller flere dataudtræk opfordres læseren til at rette henvendelse til projektet via projektets e-mailadresse (pom@kfk.dk).

For at undgå at have de samme bilag med flere gange henvises til bilag efter følgende system: Tallet referer til vedlagte basisdokumenter¹, mens det efterfølgende bogstav refererer til hvor i det aktuelle basisdokument, det ønskede bilag findes². Basisdokumenterne er nummereret som følger:

- 1: Basisdokument 1, en bilagssamling
- 2: Projektbeskrivelsen
- 3: Projektplanen
- 4: POMs Behandlingsmanual
- 5: POMs Gruppemanual
- 6: POMs Medarbejderhåndbog
- 7: Årsrapport 2008

¹ Et basisdokument er en af de vedlagte rapporter, evalueringer eller håndbog. En undtagelse er imidlertid Basisdokument 1, som er en bilagssamling sammensat til nærværende rapport.

² For eksempel refererer (Basisdok. 3, Bilag M) til samarbejdsbeskrivelsen med postpersonalet i KF, der findes i Projektplanen, (Basisdokument 3) under bilag M.

8: Intern evaluering 2008

9: Evalueringsrapport af projektfase 1

I det følgende anvendes følgende betegnelser:

- *Deltagere* om de personer, der modtager behandlingstilbud i Projekt Over Muren, mens
- *indsatte* anvendes som en generel betegnelse for alle indsatte i KF.
- *Han* anvendes af praktiske grunde som betegnelse for begge køn.
- *Behandlingsplan* som betegnelse for den plan POMs behandler (og deltager) udvikler og skal ikke forveksles med den *handleplan* som KFs socialrådgivere udarbejder.
- *Medarbejder* i POM anvendes som fælles betegnelse for alle medarbejdere i projektet eller i Københavns Fængsler, mens *behandlere* anvendes som specifik betegnelse for den (overvejende del) af teamet, der varetager selve behandlingen.
- *POM* og *projektet* anvendes i flæng og betegner begge Projekt Over Muren.

INDLEDNING

Læring; forandring; udvikling – der er mange ord og mange betegnelser for det der sker, når et menneske selv ser et mål og forfølger det. Det er essensen af Projekt Over Murens indsats. At initiere ønsket om et mål og bibringe redskaberne til at forfølge det.

Projektet startede indtag af deltagere den 1. september 2007 efter 4 måneders praktisk forberedelse og 1 måneds introduktion til behandlerne. Projektet forventes afsluttet i sin nuværende form den 30. november 2009, med en efterfølgende evalueringsperiode.

Københavns Fængsler er opdragsholder og har entereret med Københavns Kommune i en Partnerskabsmodel, med fuld gennemsigtighed og samarbejde omkring behandlingsindsats, fremadrettede projektstyring og økonomiske forhold. Styregruppen består af repræsentanter fra Københavns Kommune og Københavns Fængsler. Fra Københavns Kommune deltager kontorchef Birgitte Nystrup Lundgren, socialoverlæge Peter Ege, som har udarbejdet den indledende beskrivelse og ramme for projektet, samt centerleder Jørgen Marthedal. Fra Københavns Fængsler deltager fængselsinspektør Peter Vesterheden (formand), vice-inspektør Morten Gudmand-Høyer og behandlingskonsulent Elkin Klettheyggj.

Center for Misbrug hoster projektet og er Københavns Kommunes behandlingsinstitution, som varetager primærbehandling og tilbagefaldsforebyggende behandling i både ambulante- og døgnregi. Centeret omfatter døgnbehandling på Netværket og Kysten, dagbehandling i Ambulanten, Projekt Pårørende og Hotellet, som laver arbejdsprøvning af matchgruppe 4 og 5.

Akkrediteringsrapporten er blevet skrevet med det formål, dels at ansøge om akkreditering og dels at forbedre projektet gennem en systematisk og målrettet indsats. Med akkrediteringen kan projektet nu dokumentere et kvalificeret behandlingstilbud. Projekt over Muren vil fortsat arbejde med at udvikle og kvalitetssikre behandlingsindsatsen, til gavn for alle projektets fremtidige deltagere.

KRITERIUM 1. FORANDRINGSMODELLEN

Københavns Fængsler er et stort arresthus, hvilket betyder at mange projektdeltagere er varetægtsfængslet i relativt kort tid. Samtidig hermed varetager Projekt Over Muren behandling af indsatte, der hører under behandlingsgarantien³. Disse vilkår nødvendiggør en både ekstensiv (man skal gøre noget for mange), intensiv (man skal nå meget på kort tid) såvel som fleksibel indsats.

PROGRAMMETS MÅL

Målet med Projekt Over Muren er at tilbyde misbrugsbehandling til indsatte i Københavns Fængsler, der har et ønske om behandling⁴. I projektbeskrivelsen (Basisdok. 2) ses følgende del-målgrupper:

- Hashmisbrugere, som ønsker at stoppe eller minimere deres misbrug.
- Personer i substitutionsbehandling, som er motiverede for at opnå en mere stabil social situation, herunder evt. støtte til at minimere/ eliminere sidemisbrug.
- Aktive misbrugere og afhængige, der ellers ikke henvender sig i behandlingssystemet, med henblik på at skabe eller styrke en eksisterende motivation for behandling.

Pr 1. december 2008 er der desuden tilføjet følgende del-målgruppe:

- Alkoholmisbrugere, som ønsker at stoppe eller minimere deres misbrug.

En samlet definition af målgruppen, kan siges at omfatte alle indsatte i Københavns Fængsler, der har et mere eller mindre bevidst forandringsønske, som er forankret i en misbrugsproblematik. Herunder er de deltagere, der forlader fængslet inden for kort tid en central målgruppe. Brobygning mellem Kriminalforsorgen og friheden er derfor afgørende både som metode og som succeskriterium. Afsonere med mere end 3 måneder tilbage af indsættelsestiden prioriteres altid, med henblik på at sikre opfyldelsen af den lovfæstede behandlingsgaranti.

³ Behandlingsgarantien lyder: § 45 a i straffuldbyrdelsesloven "En indsat har ret til vederlagsfri behandling mod stofmisbrug, medmindre vedkommende forventes løsladt inden for 3 måneder eller ikke skønnes egnet og motiveret til behandling. Stk.2. Behandling mod stofmisbrug skal så vidt muligt iværksættes senest 14 dage efter, at den indsatte har fremsat begæring herom over for kriminalforsorgen." Varetægtsarrestanter er ikke omfattet af behandlingsgarantien.

⁴ En undersøgelse fra 2003 viser at 56 % af indsatte i Kriminalforsorgen er misbrugere. 14 % er opioidmisbrugere (heroin, morfin o. lign.), 6 % misbruger centralstimulerende midler (amfetamin og kokain) mens 14 % misbruger hash (Kramp et al. 2003). Projektet har ikke kendskab til præcise opgørelser over, hvor mange der er misbrugere i KF.

LANGSIGTEDE MÅL FOR INDSATSEN

De langsigtede, overordnede mål for indsatsen er forebyggelse af recidiv til misbrug og kriminalitet. Disse mål ligger i forlængelse af Kriminalforsorgens langsigtede mål med behandling i fængslerne (Kriminalforsorgens princip program, 1993).

- *Leve et kriminalitetsfrit liv.*
- *Reducere mængden af stoffer i fængslet.*
- *Stoffrihed.*

Mange forhold i og udenfor KF afgør imidlertid om disse mål kan realiseres. Projekt Over Murens indsats er således et blandt flere forhold, der kan bidrage til at realisere disse langsigtede mål.

KORTSIGTEDE MÅL FOR INDSATSEN

Det er vigtigt at denne enkeltfaktor optimeres og kvalificeres mest muligt. Det er derfor afgørende, at indsatserne gøres målbare, og at der skabes mulighed for justering og tilpasning af behandlingen.

Som mål for projektets indsats er der i projektbeskrivelsen (Basisdok. 2) opført en række mål:

YDELSES- OG PROCESMÅL

- Mindst 75 % af de indskrevne deltagere skal fremmøde i minimum 75 % af de aftalte forløb.
- Frafaldet skal være under 25 %.

Ovenstående mål er et mål for i hvilket omfang, deltagerne er tilfredse med projektet. Det antages, at deltagere, der fremmøder i væsentlig omfang, er tilfredse med den ydelse de modtager.

RESULTATMÅL

Mindst 50 % af de deltagere, der gennemfører behandlingsforløbet, skal fortsætte i relevant i behandling (jævnfør behandlingsplanen) efter udskrivning fra projektet.

Ovenstående mål er valgt, fordi en vellykket udslusning, som overgang mellem varetægtsfængslingen og livet i frihed, er et af projektets helt centrale indsatsområder.

MÅLARBEJDET MED SPECIFIKKE UNDERGRUPPER

Der er i projektet desuden udviklet en lang række af andre måleparametre, som benyttes til at navigere i behandlingsindsatserne. Flere af disse parametre tager udgangspunkt i de overordnede mål, hvormed indsatserne kan nuanceres og inddeles i forhold til del-målgrupper. Eksempelvis analyseres resultatmålet individuelt for følgende del-målgrupper:

- Deltagere der løslades til frihed.

- Deltagere der ikke tidligere har haft kontakt til behandlingssystemet i frihed (systemukendte).
- Deltagere under 25 år.
- Deltagere med anden etnisk baggrund end dansk.
- Deltagere med hashmisbrug.
- Deltagere der overføres til anden institution indenfor kriminalforsorgen.

Der foretages løbende dataanalyser af ovenstående og ud fra disse analyser tilpasses og justeres behandlingsindsatsen med henblik på løbende optimering.

POMS FORANDRINGSMODEL

I Projekt Over Muren opfatter vi misbrug som et problem, der kan løses (læs mere herom i kriterium 2 under "Værdigrundlag"). Vi opfatter det at blive stoffri eller ædru som en proces og opfatter dermed også et kortvarigt tilbagefald som et slip, der ikke behøver at føre til et langvarigt tilbagefald. Projektet anerkender at misbrug, på forskellige måder, påvirker mennesker både fysisk, psykisk og socialt. POMS tilbud er derfor helhedsorienteret såvel som differentieret efter den enkelte deltagers behov⁵.

POM erkender ligeledes, at den samlede målgruppe er væsensforskellig indenfor de forskellige misbrugsproblematikker, misbrugstyper og de årsager, der kan ligge bag misbruget. Dermed stilles der store krav til metoder i behandlingen og valg af teori. POM tager derfor udgangspunkt i alle deltageres forhold til og ønske om "forandring". Ved at definere "udgangspunktet for forandring" hos den enkelte deltager og derefter spejle dette udgangspunkt i de tilhørende metodiske tilgange, bliver det muligt at understøtte forandring og udvikling hos deltageren, uanset hvor i en forandringsproces deltageren befinder sig. Ligeledes bliver det muligt senere i behandlingsforløbet at gøre status og beskrive forandringens udvikling over tid. I POM defineres forandring ud fra Prochaska og DiClementes teori om forandring⁶ (Prochaska og DiClemente 1986).

I POMS forandringsmodel er der flere indsatser, der samlet set skaber muligheden for forandring. I det følgende vil der blive fokuseret på centrale faktorer som organisering, det teoretiske fundament og den samlede empiri.

ORGANISATORISK RAMME

POMS ramme for behandlingsindsatsen er betydningsfuld for forandringsmulighedernes udfoldelse. I nedenstående behandlingsmodel ses flowet for deltageren fra indskrivning til

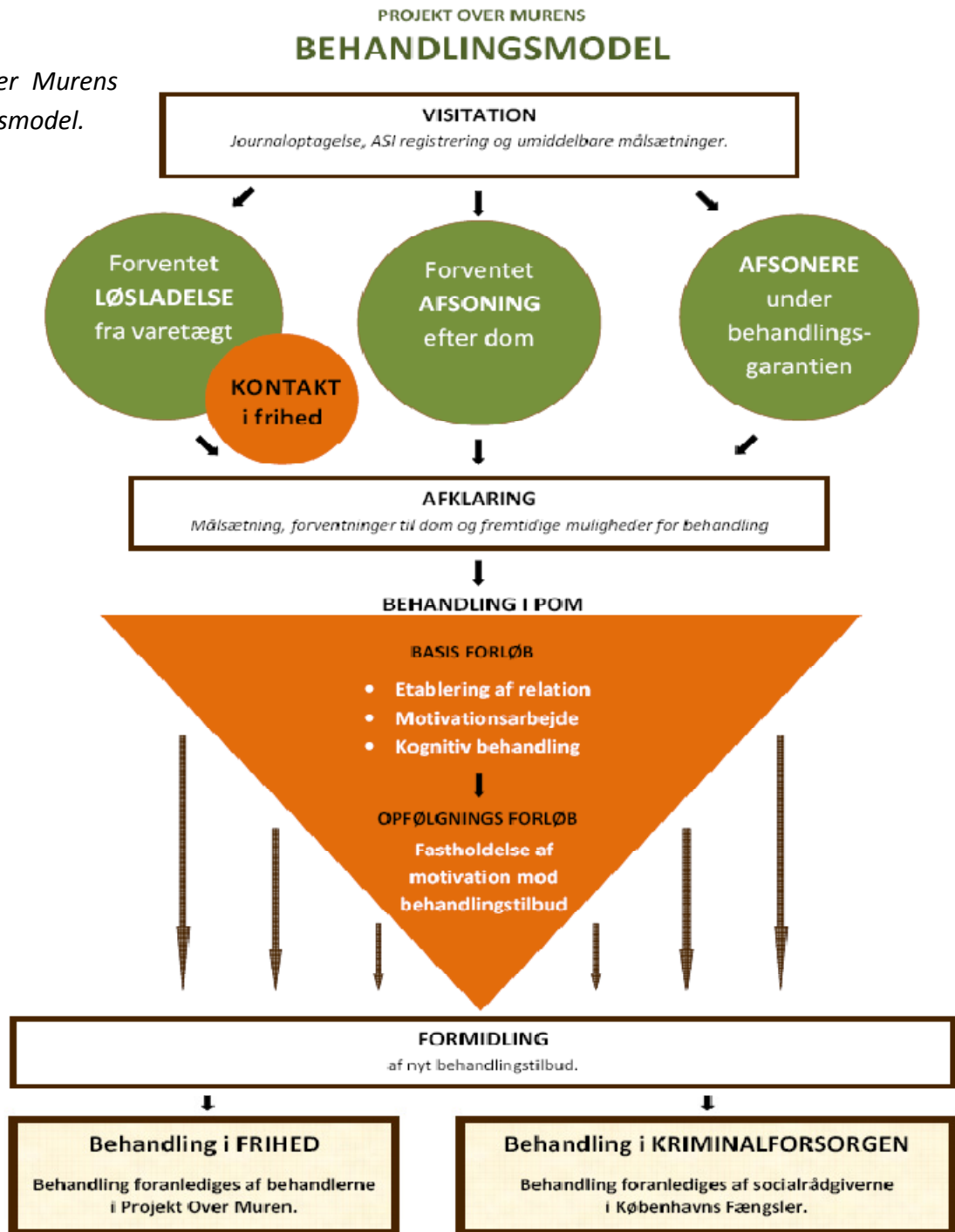
⁵ Beskrivelsen tager udgangspunkt i Center For Misbrugs definition af afhængighed (CFM hjemmeside 2009).

⁶ I daglig tale kaldet "forandringshjulet".

udskrivning, og hvilke veje deltageren kan gå i denne proces. En detaljeret beskrivelse af de enkelte muligheder er beskrevet i kriterium 5.

Figur 1.

Projekt Over Murens
behandlingsmodel.



Overordnet er den organisatoriske ramme udviklet med det formål at deltagerne i løbet af 7 dage skal have en behandlingsplan, hvori der er lavet en aftale med deltageren om, hvem han kan kontakte for at fortsætte sin forandringsproces, i det tilfælde han bliver løsladt.

TEORI

- Forandringsmodellens metode og teoretiske fundament

POMs metodiske fundament består af følgende samstemmende teoretiske retninger:

- Prochaska og DiClemente's Forandringsteori
- Relationsdannelse
- Motiverende Samtaleteknik
- Kognitiv Terapi – *inklusive tilbagefaldsforebyggelse*

Den kognitive terapeutiske ramme udgør en overordnet metode for det teoretiske fundament. Den kognitive referenceramme favner en god terapeutisk alliance og en afklarende motiverende indsats, når deltageres forandringsønske er ambivalent. I praksis griber flere af ovenstående teoretiske retninger og metoder imidlertid ind i hinanden (læs mere herom i Kriterium 4). For eksempel er en god relationsdannelse mellem terapeut og deltager en forudsætning for et givende motivationsarbejde såvel som for Kognitiv Terapi (KT), hvorfor Relationsdannelse (RD) også kan betragtes som en del af den Motiverende Samtaleteknik (MS) og KT. For klarhedens skyld vil samtlige anvendte metoder i det følgende blive beskrevet separat, efterfulgt af en beskrivelse af deres interaktion i praksis. I beskrivelsen vil der blive lagt vægt på, hvordan de forskellige teorier skaber forudsætning for forandring hos deltageren (læs mere herom i kriterium 4).

PROCHASKA OG DICLEMENTE'S FORANDRINGSTEORI

Forandringsteorien tager sit udgangspunkt i Prochaska og DiClemente's Transteoretiske model (herefter forandringsmodellen) over de forskellige stadier i forandring og deres sammenhæng samt deltagerens individuelle forandringsparathed (Prochaska og DiClemente 1986). Teorien om forandringsmodellen fremhæver, at forandring sker over tid ved at dele processen op i følgende stadier: før-overvejelse, overvejelse, planlægning, beslutning, handling, vedligeholdelse og tilbagefald. Stadierne viser, hvornår kognition, emotion og adfærd ændres. Forandring, som for eksempelvis at blive stoffri. Nedenfor vises en visuel udformning af forandringsmodellen, det såkaldte forandringshjul, der viser forandringens forskellige stadier.



Figur 2. Forandringshjulet – POMs visuelle fortolkning af Prochaska og DiClemente's Transteoretiske model over faser

RELATIONSdannelse

Det at arbejde med en god relation i en professionel sammenhæng er i en lang række sammenhænge blevet påvist som essentiel for behandlingsarbejde (Miller og Rollnick 2004/ McLellan 1988, s. 423–30 / Miller et al 2006, s. 134-52. Høilund et al 2005/ Hesse 2008). Ligeledes skriver Peter Ege (PE) i artiklen, "Handling giver forvandling! Hvad giver behandling?" følgende:

"Hvilken metode, der anvendes, synes ikke at være så vigtigt. Men det er vigtigt at beherske metoder, der kan sikre plan og fremskridt i behandlingen, som tilbyder klienten en forklaringsmodel og giver håb, og som giver den behandlingssøgende tiltro til behandlernes kompetence." (...) "Vi kan i bedste fald motivere og inducere, facilitere, understøtte og fremskynde den spontane helbredelsesproces"
(Ege 2008, s. 9-12).

Som det fremgår af ovenstående citat, er relationsdannelsen, i langt de fleste tilfælde, væsentlig i en sådan grad, at selve metoden bliver sekundær. I tråd hermed er projektet inspireret af Axel Honneths begreb om "anerkendelsesteori" (Honneth 2003). Anerkendelsesteorien handler om at forstå forskellen (og sammenhængen) mellem hhv. deltager- og tilskuersynsvinkel, hvilket anses som nødvendigt for at opnå en udtømmende forståelse af den sociale virkelighed. Honneth har desuden beskæftiget sig med sammenhængen mellem anerkendelse i den personlige kerne, på det interpersonelle niveau og på det samfundsmæssige plan. Denne forståelse har vist sig særlig betydningsfuld for POM, idet projektets (fængsels) kontekst netop opleves som flerfaktuel, og som mere end blot samspillet mellem behandler og deltager.

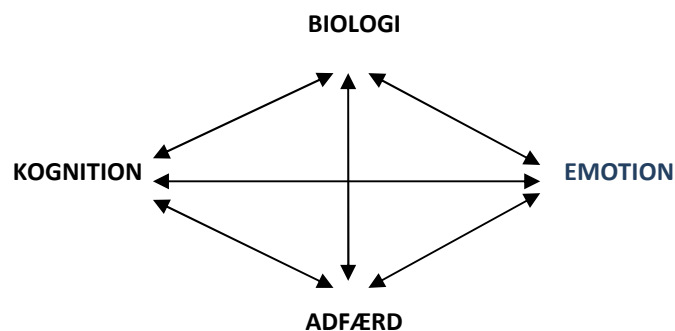
MOTIVERENDE SAMTALETEKNIK

Den Motiverende Samtaleteknik (MS) bygger på en ligeværdig kommunikation, med udgangspunkt i Miller og Rollnicks teorier om forandringsarbejde (Miller og Rollnick 2004). Først og fremmest er det vigtigt at søge at forstå den enkelte deltagers referenceramme, og i lyset af denne være med til at afklare og kortlægge ambivalens. Ligeledes er det vigtigt at støtte og bakke op om forandring med henblik på, at deltager oplever autonomi og frihed i valget. Man forholder sig som behandler åbent og lyttende og interesserer sig både for, hvad der taler for en forandring og hvad, der taler imod for sammen med deltageren, at undersøge forskellige muligheder og alternativer. Tilgangen bygger på et menneskesyn, der understreger den enkeltes autonomi og tillægger enhver evnen til at træffe egne valg. Relationen mellem deltager og behandler præges derfor af en samarbejdsånd, hvor behandleren er facilitator, men det endelige ansvar for forandring ligger hos deltageren. Ved at sætte sig ind i deltagerens måde at forstå verden på - og komme denne forståelse i møde, er det tanken, at deltageren nemmere kan undersøge og være ærlig omkring sin ambivalens. Forståelse fremmer, ud fra dette perspektiv, forandring.

KOGNITIV TERAPI

En overordnet kognitiv forklaringsmodel anser biologi (krop), kognition (tanker), emotion (følelser) og adfærd som gensidigt influerende på hinanden (se nedenstående figur 3)⁷. Dette skal forstås på den måde, at ændringer på ét område medfører ændringer på de andre områder. Ved en ændring af ens tanker, påvirkes krop, adfærd og følelser osv. Den kognitive tilgang lægger dog primært vægt på tænkningen og dennes placering i forhold til de andre områder (Beck 2007, kap. 1).

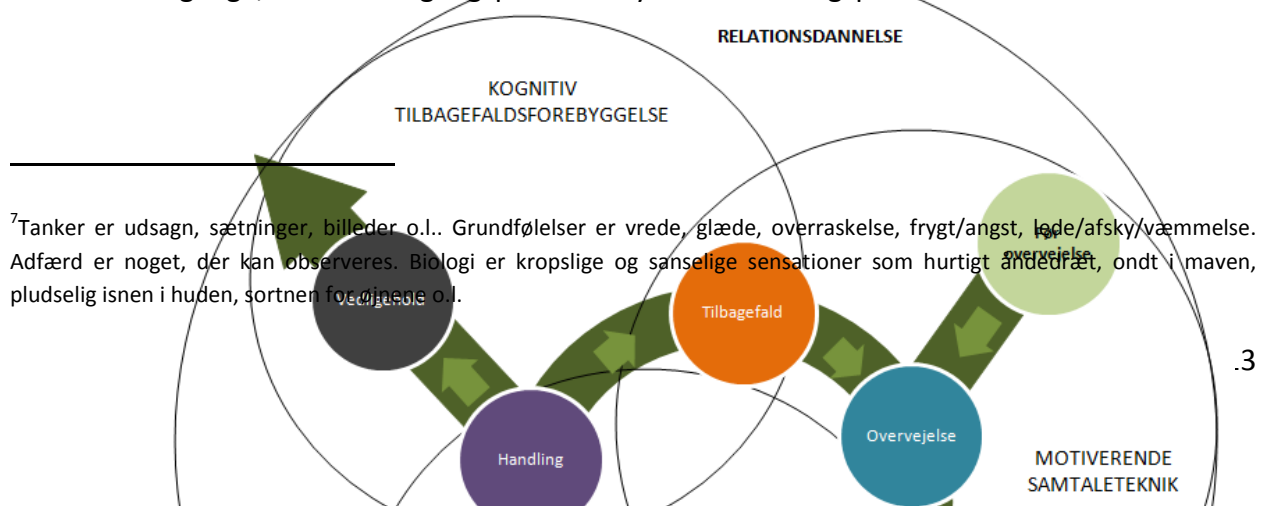
Figur 3. Den kognitive model, også kaldet diamanten – venligst hentet fra Hash og Kokainprojektets behandlingsmanual.



Et grundlæggende princip i kognitiv behandling bliver derfor at søge, at forandre tænkningen, så den bliver mindre begrænsende og undertrykkende - og dermed befordrende i forhold til at forøge ens muligheder for at handle bevidst i verden (Mørch 2003). Nøglen til forandring ligger derfor i arbejdet med at omstrukturere tanker og underliggende antagelser, så man kan lære at håndtere de udfordringer livet byder os.

TEORIERNES INTERAKTION I PRAKSIS

Som tidligere nævnt opleves teorierne i praksis at være integrerede for deltagerne i projektet. Deltagere bliver løbende indplaceret i forhold til deres forandringsbevidsthed, og herfra vurderes den mest hensigtsmæssige metodiske tilgang (læs mere herom under faglige redskaber i kriterium 4). Der kan være tale om en tilnærmelsesvis "ren" tilgang til den enkelte deltager med fokus på RD, MS eller KT. Ligesom der kan være forløb, hvor der arbejdes med alle tre tilgange på samme tid, i forhold til deltagerens forskellige problemstillinger. Nedenstående forenklet model skal forstås dynamisk i forhold til den enkelte problematik - og ikke nødvendigvis i forhold til den enkelte deltager. Modellen skitserer hvilke overordnede metodiske tilgange, der som udgangspunkt tilknyttes forandringsprocesserne.



⁷Tanker er udsagn, sætninger, billeder o.l.. Grundfølelser er vrede, glæde, overraskelse, frygt/angst, lide/afsky/væmmelse. Adfærd er noget, der kan observeres. Biologi er kropslige og sanselige sensationer som hurtigt ændret, ondt i maven, pludselig isnen i huden, sortnen for øjnene o.l.

Figur 4.

*Deltagers forandringsmodel
- Prochaska og DiClemente's
Transteoretiske model over
faser i forandring, tilføjet
cirkler med POMs metodiske
tilgange i forhold til det
forandringsteoretiske
udgangspunkt
hos deltageren.*

EMPIRI

Udover det ovenstående teoretiske fundament tager valget af behandlingsmetoder i POM afsæt i en række empirisk relevante projekter samt dokumentation heraf. Inden for Kriminalforsorgen, såvel som uden for, er blandt andre den kognitive metode og den motiverende samtaleteknik anerkendte og veldokumenterede tilgange, der danner grundlag for flere forskellige programvirksomheder. Den følgende beskrivelse vil imidlertid koncentrere sig om programmer og forskning forankret og udviklet inden for Kriminalforsorgen.

DEN KOGNITIVE METODE – EMPIRI OG DOKUMENTATION

Inden for Kriminalforsorgen er den kognitive metode (KM) blandt andet benyttet i forbindelse med en række færdighedsprogrammer, herunder Nye veje, Anger Management og Voldsforebyggelsesprogrammet.

Forskning viser, at behandlingsprogrammer med kognitive elementer (kognitiv-adfærdsterapi) mindsker unges tilbagefald til kriminalitet i almindelighed, og til grov kriminalitet i særdeleshed (Garrido 2007). Britta Kyvsgaard konkluderer i overensstemmelse hermed, at *"(...) samlet set tyder evalueringerne på at kognitive færdighedsprogrammer kan have en kriminalpræventiv effekt"* (Kyvsgaard 2006, s. 93). Kyvsgaard peger desuden på, at der kan være en sammenhæng mellem at de programmer, der ikke viser positiv effekt heller ikke er implementeret på ret vis. Generelt er der flere undersøgelser, der viser, at kognitive programmer indenfor Kriminalforsorgen har effekt på recidiv i forhold til kriminalitet, men ikke decideret på stofmisbrug (Mitchell 2005).

Endelig er det i forbindelse med forskning, der dokumenterer den kognitive metodes virkning imidlertid væsentligt at bemærke, at undersøgelser også viser (herunder Campbell forskningsoversigt, Lipsey et al. 2007), at effekten i høj grad er afhængig af det aktuelle programs kvalitet. Således er faktorer som lavt frafald, gennemførelse i overensstemmelse med anvisningerne og et passende uddannelsesniveau i kognitiv adfærdsterapi afgørende for resultatet, og dermed om metoden har en positiv virkning (Lipsey et al. 2007).

DEN MOTIVERENDE SAMTALETEKNIK - EMPIRI OG DOKUMENTATION

Den motiverende samtale teknik (MS) er blandt andet anvendt i forbindelse med opbygning af et korps af MS-ressourcepersoner (Kriminalforsorgens intranet). Derudover supplerer færdighedsprogrammet Anger Management den kognitive metode med den motiverende samtale teknik i behandlingsindsatsen. Endelig har især den såkaldte Esbjergmodel i Esbjerg arrest (link: [Esbjergmodellen](#)), som ligeledes tager udgangspunkt i MS, været til stor inspiration for POMs organisering⁸ såvel som metodevalg.

MS danner desuden grundlag for et akkrediteret svensk behandlingsprogram, som er forankret i mange svenske fængsler, det såkaldte Beteende – Samtal – Förändring (BSF) (Farbring 2008). BSFs anvendelse af MS har vist sig hensigtsmæssig, især forhold til at initiere forandringsprocesser hos deltageren og skabe grundlag for yderlige behandlingstiltag. Her viser målinger foretaget ud fra deltagerens egen indplacering i forandringshjulet, før og efter indsatsen, signifikant øget vilje til forandring (Farbring 2008, s. 15-16, se også en uddybende beskrivelse i Basisdok. 1, bilag Æ).

⁸ Især med hensyn til fokus på flere interessenters medvirken i behandlingsindsatsen.

SÆRLIGE FORUDSÆTNINGER

Nedenstående forhold har haft særlig betydning ved implementering af projektet.

PROJEKTFASE 1

Særligt i opstartsfasen har den tværfaglige følgegruppe i fængslet været betydningsfuld, især ved etableringen og udviklingen af sagsgange og samarbejdsaftaler. Foruden følgegruppens løbende arbejde med at løse eventuelle problemer mv. fungerer følgegruppens medlemmer desuden som ambassadører for et frugtbart samarbejde og medvirker til at udbrede kendskabet til POMs arbejde. Det tætte samarbejde med en projektmedarbejder fra fængslet har ligeledes været af afgørende betydning. Dette samarbejde resulterede i et bredt kendskab til projektet og skabte et uvurderligt fundament for behandlingsindsatsen, før projektet overhovedet begyndte at udbyde behandling.

INTRODUKTION

Den særlige føl-introduktion, som alle behandlere gennemgår ved start i POM, er en faktor, som behandlerne fremhæver som særligt positiv. Føl-introduktionen består i, at den aktuelle behandler følger henholdsvis en fængselsbetjent, en socialrådgiver og en sygeplejerske en hel dag hver. Den samlede introduktion i POM varer cirka tre uger, hvor af den ene uge reserveres til føl-introduktion internt i KF. Dette er med til at skabe fortrolighed med fængselskulturen og netværk hos de tætteste samarbejdspartnere; socialrådgiverne, postpersonalet, sygeplejerskerne og skolelærerne.

KOORDINATORFUNKTION

Behandlerne fremhæver ligeledes etableringen af en koordineringsfunktion fra projektets start, som særlig vigtig. Koordinatorens afgørende kvalifikationer i denne sammenhæng er et dybdegående kendskab til fængslets sikkerhedsprocedurer og mange års erfaring med gruppearbejde blandt indsatte i fængslet. Derudover har det haft meget stor betydning at kunne diskutere begrebet "kultur", i alle begrebets aspekter inden for Kriminalforsorgen. Projektet har kunnet vende og dreje alle beslutninger og forhold "på hjemmebane", stille dumme spørgsmål og komme af med frustrationer. Koordinatoren har desuden fungeret som et vigtigt "internt link" til KF, idet vedkommende har fungeret som en indgangsport for mange KF personaler ved henvendelser til projektet.

FORBEDRING OG UDVIKLING AF FORANDRINGSMODELLEN

Det vurderes at POMs forandringsmodel er teoretisk såvel som empirisk velfunderet. Ikke mindst er modellen særligt udviklet til netop at underbygge POMs indsatser. Alligevel kan projektet identificere to målgrupper, som kunne tænkes at profitere af en anderledes faglig tilgang i behandlingsarbejdet.

ANALFABETER

Det vurderes, at en væsentlig del af projektets deltagere mangler læse og/ eller skrivefærdigheder i en sådan grad, at det forhindrer dem i at lave hjemmeopgaver/ skriveopgaver/ læse artikler. Idet kognitive behandling, er meget skema- og opgaveorienteret, får målgruppen dermed ikke de optimale forudsætninger for at skabe forandring. I forbindelse hermed kunne det være interessant at undersøge muligheden for at arbejde mere visuelt i behandlingsarbejdet, samt at afdække om det har den ønskede effekt. Det kunne for eksempel tænkes at "Tillidsskabende Tegning" kan anvendes til at skabe tillid imellem deltager og behandler (Stenbro et al. 2006). Metoden går ud på at deltagerne udarbejder en tegning af det, der optager dem mest lige nu. Efterfølgende samtales om tegningerne. Tegning som metode tænkes ligeledes benyttet som en understøttelse i den almindelige behandlingstilgang, for at udfordre antagelsen om at forandring (i behandlingssammenhæng) altid initieres af det verbaliserede sprog. Metoderne er nye (eller ikke-eksisterende) inden for misbrugsbehandling, men det kunne være interessant at afdække perspektivet i metoden i forhold til projektet og den særlige kontekst i fængslet.

ANDEN ETNISK BAGGRUND END DANSK

Der er i projektet en relativ høj andel (31%⁹) af deltagere med anden etnisk baggrund end dansk. Projektet samarbejder i øjeblikket med Als research AS omkring et projekt der skal afdække *best practice* på området med etniske minoriteter. Når resultaterne foreligger vil det være interessant at sammenligne POMs egne erfaringer med *best practice* anbefalingerne. Hvis der i anbefalingerne viser sig at være særlige forhold, som skal tages i betragtning omkring arbejdet med denne målgruppe, bør det overvejes at udvikle en særlig behandlingsmanual til behandling af gruppen.

⁹ Ud af de i alt 287 deltagere i perioden 31. dec. 2007 – 31. jan. 2008.

KRITERIUM 2. ETIK

VÆRDIGRUNDLAG

Projekt Over Murens overordnede værdigrundlag tager afsæt i Center for Misbrugs formulerede etiske regler, som alle medarbejdere skal forholde sig til og underskrive ved ansættelse i projektet (Basisdok. 1, bilag E). Dette etiske grundlag beskriver i store træk et menneskesyn, som er ligeværdigt og respektfuldt i relation til både deltagere og kollegaer. Ligeledes er begrebet ”til deltagerens bedste” et afgørende element i denne forståelse.

Der indgår ingen religiøse grundantagelser i behandlingen. Behandlingen sker ud fra en almenmenneskelig forståelsesramme, der arbejder ud fra at forandring af mennesket sker i sammenhængen mellem tanke, følelse, krop og adfærd. Grundantagelserne i de anvendte metoder bygger ligeledes på, at udvikling og ændring er mulig og at adfærd er tillært. Metoderne anerkender, at der kan være biologiske og sociale faktorer, der har indflydelse på den enkelte. Behandlingen tager imidlertid ikke specifikke hensyn hertil, idet der grundlæggende tages udgangspunkt i deltageres såvel som behandlerens egne grænser og ressourcer.

ETISKE HENSYN

Behandlerne har formuleret fire overordnede etiske hensyn, som de dagligt forholder sig til i deres arbejde. Disse fire hensyn retter sig mod projektdeltageren, behandlerne selv, projektet og KF. Disse etiske refleksioner har teamet arbejdet med, inspireret af akkrediteringsprocessen. Dette ses som en udvidelse af kriteriet, hvorfor kun refleksionerne omkring projektdeltageren er medtaget nedenfor og de andre beskrivelser kan læses i vedlagte bilag (Basisdok. 1, bilag Y).

ETISKE HENSYN TIL DELTAGER

De etiske hensyn i forhold til deltageren er helt grundlæggende for projektets eksistens. Det betyder konkret at behandlerne altid møder den enkelte med respekt, ligeværd, fordomsfrihed (også i forhold til kriminalitet) og tillid.

Fælles for projektets deltagere er at de har begrænsede muligheder for at tage kontakt til projektet. For eksempel kan proceduren omkring anmodningsedler være langsommelig. Ligeledes kan ventetiden opleves lang i et fængsel, og eventuelle problematikker får større fylde, grundet den manglende mulighed for at handle og agere på egne vegne – et vilkår der ses som konsekvens af frihedsberøvelsen. Endelig befinder mange deltagere sig (især nyindsatte) som udgangspunkt i en krisetilstand (Davidsen-Nielsen 2001/ Leavens 2008 (1 og 2)/ (Basisdok. 1, bilag D). Nævnte forhold stiller særlige krav til sikkerhed, såvel som pædagogiske og

praktiske hensyn, samt håndtering af fængselskultur og –forhold, der skal tænkes ind i en etisk forståelsesramme i forhold til deltagerne. I praksis betyder det for eksempel, at behandlerne er omhyggelige med at informere om ændringer i forløbet, nye oplysninger fra samarbejdspartnere, melder afbud ved sygdom samt generelt viser ansvarlighed og stabilitet i relationen med deltageren.

I tråd hermed er behandlerne ligeledes opmærksomme på deltagerens etiske grænser i forhold til at behandle i et ikke-terapeutisk miljø, idet deltageren risikerer at komme i en udsat position. I forbindelse hermed har det vist sig hensigtsmæssigt, at behandlerne, så vidt muligt, sørger for at afskærme og beskytte deltagerne i projektet ved ikke at udstille deltagerens tilhørsforhold til POM. Eksempelvis bryder behandlerne ikke ind (og henter til samtale eller gruppe), hvis deltager har fællesskab, med mindre der foreligger aftale herom.

Endelig er det af største vigtighed, at der kun arbejdes med problematikker på deltagerens bevidste niveau, som ikke bryder med deltagerens tilegnede forsvarsmekanismer omkring dybereliggende problematikker, eksempelvis fra barndom, tidligere traumer med videre. Der arbejdes derfor bevidst med situationsproblematikker i deltagerens umiddelbare hverdag og virkelighed, som er relateret til deltagerens misbrugsproblematik.

MISBRUGSBEHANDLING I ET FÆNGSEL

Der er en række etiske forhold, der skal tages hensyn til i forbindelse med misbrugsbehandling i et fængsel. I det følgende beskrives en række forhold, der har indflydelse på hvordan behandlerne arbejder i praksis.

ROLLEFORDELING MELLEM DELTAGERE OG BEHANDLER

At udføre behandlingsarbejde i et fængsel stiller særlige krav til håndteringen af rollefordelingen mellem deltager og behandler. Uligheden i den konkrete kontekst er meget tydelig og behandlerne har derfor en klar bevidsthed om ikke at være ligestillede med deltagerne. Billedligt talt er det behandlerne, der har nøglerne. Samtidig hermed er det, som tidligere nævnt, afgørende at vise deltagerne respekt og ligeværd. Konkret betyder det at behandlerne, ved en individuel samtale, banker på hos deltager og beder om tilladelse til at komme ind. Samtidig hermed er det behandler, der har styringen gennem hele forløbet og sætter rammerne for, for eksempel hvornår sessionen slutter. Således er behandlerne opmærksomme på at behandle deltagerne respektfuldt uden at "lade som om" at de i situationen er ligestillede, så deltager ikke tvivler på behandlerens rolle og funktion. Behandlerne anvender desuden en række almene og praktiske værktøjer som samtykkeerklæring (Basisdok. 1, bilag R), samarbejdsaftalen (Basisdok. 3, bilag K) og behandlingsplanen (Basisdok. 1, bilag C) til at opbygge respekt og tillid. Samtidig medvirker dokumenterne til at sætte udtalte rammer for relationen.

KULTUR

Først og fremmest er kulturen og meningsdannelsen *i* og *imellem* personalegrupper i fængslet meget forskelligartede. Det kan være en udfordring som eksterne behandlere med et nogenlunde homogent menneskesyn, at forholde sig til mange forskellige menneskesyn og grundantagelser omkring behandlingsarbejdet i forbindelse med at samarbejde med alle faggrupper i fængslet.

For det andet består behandlerteamet, på nuværende tidspunkt hovedsagelig af kvinder i modsætning til projektdeltagerne, der i langt overvejende grad er mænd. Det betyder at behandlerne må forholde sig etisk til at være kvinder i en mandeverden. Konkret kommer dette til udtryk ved at behandlerne er opmærksomme på deres påklædning og kropssprog. Behandlerne er i deres verbale og nonverbale udtryk meget opmærksomme på, at kønsaspektet får så lille en plads som muligt. Et andet kønsforhold handler om at behandlerne til tider bliver konfronteret med pornografisk materiale i form af udklip fra blade, fotos og plakater, eksempelvis i projektdeltageres celler, samt at indsatte råber fra cellevinduerne.

PARADOKSER

Det er et grundlæggende vilkår ved at arbejde inden for Kriminalforsorgen, at kunne takle det, på nogle måder paradoksale forhold, der kan siges at være mellem frihedsberøvelse og resocialisering. Dette betyder i praksis, at det kan være konfliktfyldt at arbejde (kognitivt) med at øge den enkeltes handlingsmuligheder, opbygge selvværd og selvindsigt – samtidig med at fængslet (nødvendigvis) fratager den enkelte handlemuligheder og i forbindelse hermed kan have en nedbrydende indvirkning på nogle indsatte. Behandlerne er imidlertid særdeles opmærksomme på dette til tider modsatrettede forhold og forsøger, at anvende denne præmis konstruktivt.

På samme vis kan det være en udfordring for behandlerne at begå sig i en organisation, hvor sikkerhedsforhold, på alle planer, har højere prioritet end behandlingsindsatsen. Emnet er ofte debatteret i projektet, idet flere af behandlerne indimellem oplever en konfliktfølelse i forhold til at arbejde under dette vilkår i de tilfælde, hvor det kan sætte grænser for behandlingsarbejdet. Der søges derfor ofte at afklare sammenhænge, således at også behandlerne kan se baggrunden for sikkerhedsmæssige beslutninger og dermed øge kendskab og viden om sikkerhedskulturen i fængslet.

STRAF ELLER TVANG I BEHANDLINGEN

Behandlingen i Projekt Over Muren er frivillig, og de anvendte metoder bygger på antagelsen af den enkelte som et selvstændigt individ med ansvar for egen handling. Der indgår ikke elementer af straf eller tvang i behandlingen, og deltagelse forudsætter underskrivelse af informeret samtykke.

Projektet arbejder ud fra en anerkendende pædagogisk tilgang, som fokuserer på positive fremskridt og på at skabe succes for deltageren. I tilfælde af at deltageren ikke opfylder forventningerne til behandlingen, er grundantagelsen, at det er forventningerne til deltageren, der skal justeres og ikke deltageren, der skal sanktioneres. Eksempelvis i forbindelse med at opgaver eller hjemmearbejde ikke udføres som aftalt, er antagelsen, at det er behandleren, som har givet en opgave, der ikke matcher deltagerens behandlingsniveau eller mulighed - og ikke deltageren der har "svigtet". Den anerkendende tilgang er ikke defineret eller beskrevet som en særlig metodisk tilgang i projektet. Dette skyldes dels at den vurderes at kunne sidestilles med den motiverende samtale og dels benyttes i en sammenhæng, som ikke er direkte deltagerorienteret, men mere overordnet omkring eksempelvis etiske betragtninger i projektet og skriftlige redegørelser.

Projektet opererer imidlertid med enkelte "konsekvenser", som er formidlet mundtligt og skriftligt i forbindelse med indskrivning i projektet (se samarbejdsaftalen, Basisdok. 3, bilag K) for at kunne opretholde et velfungerende og givende behandlingsforløb. Disse er følgende:

- Udelukkelse fra gruppebehandling hvis deltageren er synligt påvirket.
- Udelukkelse fra behandling ved mange gentagende fravalg af individuelle samtaler.
- Politianmeldelse af vold og trusler.
- Formidling af viden til fængslet omkring flugt fra fængslet, salg af stoffer eller andre sikkerhedsrisici, overfor indsatte, personaler eller andre.

Projektet har oplevet enkelte situationer, hvor det har været nødvendigt at iværksætte nogle af ovenstående konsekvenser, med henvisning til samarbejdsaftalen. Dette har primært været i forbindelse med total manglende deltagelse eller engagement i behandlingen, samt enkelte sikkerhedssituationer.

METODER - FORDELE OG BEGRÆNSNINGER I BEHANDLINGEN

De anvendte metoder har (som alle andre metoder) både fordele og begrænsninger og det er afgørende at være bevidst herom, for at kunne udføre et etisk forsvarligt behandlingsarbejde. I POMs tilfælde gælder det især fordele og begrænsninger i relation til det at behandle i et fængsel¹⁰. Metoderne¹¹ vil blive gennemgået samlet med henblik på at diskutere fordele og begrænsninger i et etisk perspektiv. Hvor der er forhold, som skiller sig særligt ud for én af metoderne, vil dette blive ekspliciteret.

¹⁰ POM har som udgangspunkt at gøre med mennesker i en sårbar situation. Omvendt befinder mange deltagere sig i relativt stabile forhold i fængslet, idet de har tid, et sted at sove, får mad, eventuelt metadon med videre.

¹¹ Metoderne omfatter følgende som desuden er beskrevet i forandringsmodellen: 1. Relationsskabende arbejde, 2. Motiverende samtaleteknikker, 3. Kognitiv behandling.

METODERNES ETISKE FORDELE

Generelt set har metoderne en række udtalte fordele, idet de giver mulighed for at varetage en etisk forsvarlig behandling af sårbare personer inden for en uvis tidsmæssig ramme¹². Først og fremmest giver metoderne værktøjer til at afdække deltagerens tankerækker, hvilket danner udgangspunkt for at vælge en hensigtsmæssig "indgang" til samtalen, der tager afsæt i det enkelte individs ressourcer. Dernæst er det hensigtsmæssigt at metoderne ofte resulterer i hurtige forandringer (særligt den kognitive metode), som er mærkbare for deltageren selv. Dette kan eksempelvis være i forhold til konkrete situationer eller i forhold til måden, hvorpå et problem ansues – måske endda overskues. For det tredje kan og skal hver session (gruppe eller individuel) afsluttes "lukkede", således at ingen deltagere efterlades i en kritisk tilstand. Det indebærer, at hver session, individuel som gruppe, udgør et afgrænset forløb, hvor der arbejdes med konkrete målsætninger og problemstillinger.

METODERNES ETISKE BEGRÆNSNINGER

Det kan i nogle tilfælde være en begrænsning, at metoderne som udgangspunkt forudsætter danske eller engelske forståelsesfærdigheder (mundtligt og skriftligt) på et rimeligt niveau. Hvis ikke deltageren mestrer dette, kan det opleves som et nederlag. Der har været eksempler på store forståelsesmæssige udfordringer mellem behandler og deltager, som i konkrete tilfælde har vanskeliggjort behandlingen i en sådan grad, at det ikke har kunnet lade sig gøre at gennemføre et behandlingsforløb på det niveau, som der var behov for. I sådanne tilfælde har fokus været lagt på projektets primære formål, nemlig at etablere et konkret relevant tilbud om opfølgende behandling efter endt varetægtsfængsling. Eksempelvis etablering af kontakt til relevante projekter i frihed med fokus på særlige etniske målgrupper, samt til rådgivende instanser med mulighed for tolkebistand.

Endelig vil der, selvom det er deltageren selv der sætter dagsordenen, altid være en fare for, at der foretages en ubevidst manipulation/ påvirkning af deltageren hen imod, hvad behandleren synes er "en god udvikling". Denne problemstilling kræver en vedholdende opmærksomhed fra behandlerens side i forhold til at lytte og fortsat være undersøgende, frem til at deltageren formulerer sin egen *realistiske* målsætning for behandlingen (se også beskrivelsen af arbejdet med SMART målsætninger i kriterium 4).

METODERNES ETISKE FORSVARLIGHED

I forlængelse af ovenstående diskussion af metodernes fordele og begrænsninger vurderes det, samlet set, at de anvendte metoder er etisk forsvarlige i forhold til målgruppen – forudsat at de anvendes med udgangspunkt i den enkeltes behov og situation. Med andre ord er metoderne

¹² Et grundvilkår for POMs behandling er, at det foregår under særdeles uforudselige omstændigheder. Deltagere kan fx pludselig blive flyttet til en andet arresthus/ afsoningsafdeling eller gå mod frihed (blive løsladt).

kun etisk forsvarlige, såfremt behandler ved hver session (individuel som gruppe) foretager en konkret, faglig vurdering af deltagernes sociale-, psykiske- og fysiske situation og aktuelle behandlingsbehov.

Endelig vil de anvendte metoders etiske forsvarlighed være afhængig af at behandler kender og respekterer sine egne faglige grænser i relation til at behandle sårbare personer i et pønt regi.

UDVIKLING AF ARBEJDET MED DE ETISKE ASPEKTER

Projektet er bevidst om at etik er et dynamisk begreb, som er afhængig af tid, kontekst og miljø samt, ikke mindst, de personer der arbejder med begrebet. Det vil derfor altid være nødvendigt at have de etiske perspektiveringer med i projektarbejdet efterhånden som projektet, behandlerne og rammerne for behandlingsindsatsen forandres over tid. Et væsentligt forhold i forbindelse hermed er vigtigheden af, at én af behandlerne har et langt arbejdsliv i fængslet bag sig. Dette forhold betyder at projektet har et konstruktivt grundlag for at diskutere fængselsforhold generelt såvel som konkrete situationer ud fra historisk og kulturelt fængselsperspektiv. Hermed skabes også mulighed for at fængslets, såvel som projektets, udvikling kan sættes i perspektiv og umiddelbart uforståelige forhold alligevel giver mening, lige så vel som behandlerne kan få støtte til at håndtere de ind imellem komplekse samarbejdssituationer. Ydermere opsøger og sparrer projektet med andre videnspersoner, når det vurderes relevant¹³.

FREMADRETTEDE TILTAG

Konkrete tiltag omkring etiske forhold søges uddybet ved eksempelvis at etablere en workshop for udvalgte deltagere, hvor fokus er på deltagernes vurdering af informationsniveau i projektet, projektets værdigrundlag og deltagernes generelle syn på etik i behandling. Desuden skal projektet fortsat være opsøgende overfor eksterne ressourcepersoner, som besidder viden om etiske forhold og dilemmaer i behandlingen, som eksempelvis muligheder og grænser for behandlingsintensitet og – dybde under varetægtsfængsling, egenomsorg i behandlingsarbejde, samt kulturelle forhold og etik i behandling.

¹³ Blandt andre præstegruppen i KF og fængselspsykolog Anja Leavens fra Vridsløselille Statsfængsel.

KRITERIUM 3. MÅLGRUPPE

POMs MÅLGRUPPE

POMs målgruppe består af alle indsatte i Københavns Fængsler, der har et selvoplevet afhængighedsforhold til stoffer og/ eller alkohol og et ønske om at reducere eller stoppe misbruget. Alle, uanset køn, etnicitet, alder, domsstatus, indsættelsessted, afdeling med videre, der opfylder disse betingelser, kan indgå i projektet. Ligeledes kan alle typer stof og alkohol indgå i misbruget. Følgende har indtil videre været repræsenteret: Amfetamin, benzodiazepiner, ecstasy og lignende stoffer, hallucinogener, hash, heroin, illegal metadon, kokain, substitutionsmedicin og alkohol.

MÅLGRUPPEAFVIGELSER FRA DEN OPRINDELIGE PROJEKTPLAN

Der er to væsentlige afvigelser fra den oprindelige projektplan omkring behandlingsindsatsen overfor målgruppen af såkaldt systemukendte¹⁴ samt gruppen af brugere med psykiatriske diagnoser eller brugere der udviser "afvigende adfærd".

SYSTEMUKENDTE DELTAGERE

54 %¹⁵ af projektets deltagere er systemukendte. Dataudtræk viser desuden, at en del af denne gruppe deltagere typisk er under 25 år, har hash som hovedstof og er af anden etnisk herkomst end dansk (læs mere herom i kriterium 7).

Det har vist sig, at det for en del af denne gruppe deltagere i højere grad er den kriminelle livsstil end misbruget, som er problematisk. I tråd hermed arbejder projektet ud fra en antagelse om, at hvis disse deltagere ændrer livsstil, vil deres misbrug automatisk reduceres eller ophøre helt. Dette stemmer ikke overens med behandlingsindsatsens generelle udgangspunkt om, at misbrug i sig selv fører til en kriminel livsstil (se nedenstående afsnit "Kriminalitet i relation til misbrug"). Ligeledes antages det i projektet, at de samme "livsstilskriminelle" i løbet af en årrække vil opleve, at misbruget overtager livsstilen, således at kriminaliteten, på sigt, benyttes til at finansiere stoffer og ikke som i øjeblikket, at stofferne følger med den valgte livsstil.

Projektet har, for at tilpasse et tilbud til denne gruppe deltagere, eksperimenteret med lidt mere "frie" grupper, hvor fokus ikke var direkte på stofferne. Der blev i stedet arbejdet med den terapeutiske alliance og deltagernes livsstil gennem forhold som "ære", "respekt",

¹⁴ Det vil sige aktive misbrugere og afhængige, der ikke tidligere har været i kontakt med misbrugsbehandlingssystemet.

¹⁵ Det tal gælder for perioden 31. dec. 2007- 31. jan. 2008, og betegner 154 af de i alt 287 deltagere i perioden.

”stolthed”, ”banderelationer”, ”drømme”, ”livets mening” med videre. Følgende citat, viser den typiske livsstilskriminelle:

*”Jeg gider sgu’ ikke alt det der behandlingsræs og jeg vil heller ikke ud i en eller anden institution, men det vil være helt okay at vi taler lidt sammen ind imellem, helt okay..”
Michael, 19 år og systemukendt.*

Dataudtræk viser imidlertid, til trods for at mange ikke ønsker en opfølgende behandlingsindsats når de starter i projektet, at 49 %¹⁶ af de deltagere, der ikke tidligere har været i kontakt med behandlingssystemet (systemukendte) fremmøder i et opfølgende behandlingstilbud.

DELTAGERE MED ”AFVIGENDE ADFÆRD”

Ved projektets opstart blev gruppen af misbrugere med psykisk sygdom og ”afvigende adfærd” ikke adresseret særskilt i projektplanen (Basisdok. 3). Praksis har imidlertid vist, at en del af projektets deltagere har, hvad der kan beskrives som afvigende adfærd. Kendetegnende for deltagere i denne gruppe er, at de befinder sig i en gråzone, hvor psykiatri og misbrug væves ind i hinanden og ikke kan adskilles. En del af denne målgruppe profiterer ikke af projektets almindelige behandlingsforløb¹⁷.

For at udvide POMs samlede faglige ressourcer har projektet ansat en behandler, som, udover de krævede kognitive færdigheder, har særlig viden og erfaring i forhold til at behandle deltagere med psykiatriske diagnoser. Derudover har projektet valgt at anvende kortsigtede behandlingsredskaber, som virker i samtalsituationen med omtalte målgruppe¹⁸. Der arbejdes desuden med behandler-deltager relationen, der for nogle deltagere handler om, at søge at opnå en ikke-konfliktfyldt relation og dermed åbne vejen for tillid - også i forhold til den næste behandlingsrelation. Endvidere forsøges der, i høj grad, at motivere den indsatte til at anerkende eget behov for hjælp - og på samme vis som andre i projektet - at visitere videre til en relevant modtagende instans i frihed eller under afsoning. Endelig arbejder projektet tæt sammen med KFs sundhedspersonale.

¹⁶ Dette tal gælder for perioden fra 31. dec. 2007- 31. jan. 2008, og betegner 76 ud af de i alt 154 systemukendte deltagere i perioden.

¹⁷ Eksempelvis er det ofte meget udfordrende at behandle disse deltagere i gruppesammenhæng og deltagerne kan ligeledes have svært ved at skabe sammenhæng mellem de ugentlige samtaler. Deres skiftende sindsstemninger, svingende motivation, samt de ofte mange personer (faggrupper) og forskellige planer som initieres af den indsatte selv, vanskeliggør en helhedsorienteret og sammenhængende indsats.

¹⁸ Eksempelvis har behandlerne særligt fokus på enkelte dele af den kognitive metode, som for eksempel konkrete opgaver og mulighed for refleksioner over her-og-nu situationer/ konflikter.

POMs KRITERIER FOR BEHANDLING

KRITERIER FOR AT VÆRE EGNET TIL BEHANDLING I POM

For at være egnet til behandling i POM skal man, udover at være i målgruppen, have et ønske om forandring. POM har ingen kriterier for, hvilken motivation, der skal ligge bag ønsket om forandring. Ligeledes anvendes der en meget bred forståelse af, hvad der er relevant forandring, for den enkelte. En relevant forandring kan således være at

- reducere, stabiliseret eller ophøre misbrug
- øge indsigt i egen stofsituation, såkaldt konsekvens indsigt fysisk, socialt og psykisk
- øge kognitiv bevidsthed
- afklare ambivalens mod bevidste valg
- bevidstgøre ansvar mod selv at tage ansvar

KRITERIER FOR IKKE AT VÆRE EGNET TIL BEHANDLING I POM

For at sikre behandlere, ressourcer såvel som behandlingsindsats har POM fastsat nogle klare kriterier for, hvilke forhold eller egenskaber, der udelukker deltagere fra at få behandling i POM. Kriterierne lyder som følger:

- Intet nuværende eller tidligere misbrug.
- Ingen indgåelse af de samtykker, der er nødvendige for at gennemføre behandlingen.
- Ikke forståeligt dansk eller engelsk.
- En afvigende personlighed der betyder, at der ikke er "virkelighed" til stede hos deltageren.
- Seksualiserende, truende eller voldelig opførsel.
- Personer under 18 år uden samtykke fra forældre eller værge.
- Personer, der ikke magter/ ønsker forandring på noget niveau.

Kun ganske få personer, der anmoder om deltagelse i projektet, er ikke egnet til behandling i POM. I hele POMs projektperiode er blot 6 ud af 338, blevet udskrevet af projektet mod deltagerens eget ønske.

KRIMINALITET I RELATION TIL MISBRUG

For langt de fleste deltagere i POM gælder det, at deres kriminalitet er stofrelateret i ét eller andet omfang. Det kan for eksempel være at deltageren

- er påvirket under kriminalitet
- begår kriminalitet for at finansiere stoffer
- tager stoffer for at begå kriminalitet

- lever et liv hvor køb/ salg af stof – og dermed penge er en (sammenblandet) del af en ”hurtig livsstil”

Projektet tager udgangspunkt i, at stof og/ eller alkoholmisbrug har en negativ indflydelse på indsattes tilbagefald i kriminalitet, og at man ved at hjælpe deltagerne med en nedsættelse eller ophør af misbrug, vil have en positiv indflydelse på deres risiko for tilbagefald til kriminalitet.

I særlige tilfælde kan kriminalitetens art have indflydelse på deltagernes behandlingsmuligheder i projektet. Konkret har der været tilfælde, hvor den enkelte deltagers sikkerhed skal beskyttes, hvis vedkommende er dømt for kriminalitetsarter, der kan virke stødende/ provokerende på andre i gruppen (som for eksempel voldtægt og pædofili). I sådanne tilfælde vil behandler i samråd med deltageren vurdere, hvorvidt det vil være hensigtsmæssigt for deltageren at deltage i et gruppeforløb og i så fald vil behandler tale med deltageren om, hvordan problemstillingen konkret kan takles. I alle tilfælde er det behandlerens ansvar at sørge for at beskytte deltagerne mod ubehagelige situationer, som for eksempel nedladende bemærkninger mv. For at underbygge dette lægges der vægt på at tale overordnet og generelt om kriminelle problemstillinger, såfremt drøftelsen heraf bliver aktuelt i en gruppesammenhæng.

OPTIMERING AF AFGRÆNSNING OG INDTAG AF DELTAGERE

I motivationsarbejdet er og skal kriterierne for indtag være meget brede og rummelige. Dermed er der meget lille afgrænsning af hvilke deltagere, der har mulighed for at blive indskrevet. Den mindste motivation, for en hvilken som helst forandring, koblet med et tidligere eller aktuelt misbrug, betyder at der er mulighed for et behandlingstilbud i projektet.

SYSTEMUKENDTE, DER GÅR MOD FRIHED

Der arbejdes imidlertid på, gennem en målrettet opsøgende indsats, at fremme gruppen af unge, etniske hashmisbrugere, der går mod frihed¹⁹. Årsagen til det opsøgende arbejde er, at projektet oplever en stigning i andelen af deltagere, der går videre mod afsoning, på bekostning af deltagere, der bliver løsladt fra varetægtsfængslingen. Dette kolliderer med et af projektets store interessepunkter, som netop er denne gruppe af unge livsstilskriminelle (jævnfør tidligere afsnit om systemukendte deltagere).

¹⁹ Konkret kan dette gennemføres ved at gennemføre kriteriesøgning på nyindskrevne i KF, med søgekriterierne yngre end 25 år og lettere kriminalitetstyper.

DELTAGERE MED AFVIGENDE ADFÆRD

Projektet har flere steder redegjort for, at det vurderes at være særlig hensigtsmæssigt at arbejde med den gruppe af deltagere som udviser, hvad vi kalder "afvigende adfærd"²⁰. Visitationsmulighederne er imidlertid begrænsede, hvorfor det vil derfor være hensigtsmæssigt at sætte særligt opsøgende fokus på mulige samarbejdspartnere omkring denne målgruppe, såvel i frihed som inden for Kriminalforsorgen. Det kunne desuden, optimalt set, være relevant med en endnu højere grad af formaliseret samarbejde, der udover kommuner og Kriminalforsorgen også involverer politi og retssystem.

²⁰ Se blandt andet POMs årsrapport (Basisdok. 7) og den interne evalueringsrapport (Basisdok. 8).

KRITERIUM 4. METODE OG MOTIVATION

ANVENDELSE OG VIRKNING AF METODER

Ud over projektets teoretiske fundament, som blev beskrevet i kriterium 1, opererer projektet med en række metodemæssige tilgange. Alle metoder kan som udgangspunkt henføres til en overordnet teori bortset fra de metoder, som er praktisk forankret i en konkret handling. I det følgende er udgangspunktet en beskrivelse af de metoder som projektet praktiserer i behandlingsindsatsen i kronologisk rækkefølge.

- Relationsarbejde
- Målsætningsarbejde
- Arbejdet med forandringsparathed
- Kontaktformidling
- Motiverende samtaleteknik
- Kognitiv terapi
- Kognitiv tilbagefaldsbehandling

Der arbejdes desuden med en række redskaber i tilknytning til de metodiske tilgange, som vil blive beskrevet under de enkelte metodeafsnit.

RELATIONSARBEJDE

BESKRIVELSE AF RELATIONSARBEJDE

Relationsarbejde (RA) og terapeutisk alliance er begreber, som benyttes i stort set alle professionelle sammenhænge, hvori der indgår en relation mellem den professionelle og en modtager. Mange teoretikere har udviklet teorier, som beskriver fænomenet (Bordin 1979/ Møller 2008²¹), herunder også Axel Honneth, som har udviklet begrebet Anerkendelsesteori.

Honneth differentierer mellem tre forskellige anerkendelsesbehov, der alle må tilfredstilles, hvis et menneske skal kunne udvikle et positivt selvforhold: Kærlighedsanerkendelse, retlig anerkendelse og social værdsættelse. Gennem kærlighedsanerkendelsen udvikler mennesket selvtillid, som gør det i stand til at være alene med sig selv, mens den retlige anerkendelse består i universel respekt og retlig ligebehandling, der udvikler den enkeltes selvagtelse som borger²². Endelig handler anerkendelsesformen, social værdsættelse, om samfundets anerkendelse af de personlige egenskaber og præstationer, som det enkelte menneske tilskriver sig selv (Gamst et al. 2006/ Honneth 2003).

²¹ Inspireret af Carl Ransom Rogers og Daniel Sterns teoriudvikling vedrørende relateringsdomæner.

²² Respekt og retlig ligebehandling er ikke knyttet til et abstrakt retssystem, men skal derimod forstås konkret som respekt for borgerens rettigheder i praksis.

VIRKNING AF RELATIONSARBEJDE

Denne anerkendelse skal komme til udtryk i relationsarbejdet mellem behandleren og deltageren. Deltageren skal opleve, at der er åbenhed, ærlighed og tillid, eksempelvis ved at bruge spejling af oplevelser²³. Tillid kan være svært, fordi der i sagens natur er forhold hvor "tilliden" ikke kan honoreres eksempelvis ved viden om ulovligheder, sikkerhedsbrist med videre, men ved at italesætte dette forud for forløbet og have opmærksomhed på dette under behandlingsforløbet, er det muligt at undgå disse "tillidsbrud". Ligesådan er det anerkendende, fra såvel fængslets som projektets side, at deltagerne har mulighed for at deltage i samtaler under forhold hvor der "straffes", eksempelvis isolation eller placering i strafcelle. Anerkendelse af deltagerens mål og hvad der er vigtigt at arbejde med er ligeledes centralt i arbejdet. Endelig er det vigtigt, at etiske forhold er veldiskuterede og gennemarbejdede i projektet, således at dette kommer til udtryk også i arbejdet med den enkelte deltager²⁴.

MÅLET MED RELATIONSARBEJDE

Når deltageren føler tryghed og anerkendelse i relationen er målet med indsatsen nået. Det skal dog understreges, at relationsarbejdet er et kontinuerligt arbejde som ikke stopper, når tilliden er etableret. Relationsarbejdet danner desuden baggrund for al senere indsats af terapeutisk karakter.

REDSKABER TIL RELATIONSARBEJDE

Hvornår, eller om målet med relationsdannelsen er nået, er svært at beskrive. Der er dog nogle redskaber som projektet for nylig er begyndt at arbejde med, som virker lovende for en højere grad af åbenhed omkring relationen. Scott Miller og Barry Duncan (1997, 1999, 2000) har udviklet "Client-directed-outcome-informed therapy" – en terapi, der fokuserer på at spørge deltageren, hvordan han synes terapien "virker". Deres undersøgelser har vist, at hvis deltageren ikke vurderer, at der sker en tydelig fremgang i starten af terapien, er det sandsynligt, at terapien ikke bliver vellykket. I forbindelse hermed anvender projektet Session Rating Scales og Outcome Rating Scales i sessionerne. Sidstnævnte vil blive beskrevet under afsnittet om "Fastholdelse" sidst i kriteriet her.

Miller og Duncan mener, at det er vigtigt at måle fra session til session, om deltageren vurderer, at der sker fremgang i terapien samt at diskutere eventuel fremgang eller mangel på samme. Hertil har Miller og Duncan udviklet et meget enkelt instrument, Session Rating Scale (SRS) (Basisdok. 4, bilag D_{1.4}), som udfyldes af deltageren i slutningen af hver session. Hermed belyses, i hvilken grad deltageren følte

²³ For eksempel - hvis behandleren oplever en følelse, fornemmelse eller konkret begivenhed i samværet med deltageren, er udgangspunktet altid at deltageren oplever det samme, og således er det ærligt og åbent at sætte ord på dette.

²⁴ Se også kriterium 2 om etik.

- sig hørt og lyttet til
- at emnet var relevant og vigtigt
- at den måde (metode) der blev arbejdet på fungerede godt
- at sessionen generelt var god

Redskabet giver mulighed for hurtigt at kunne justere indsatsen, hvis den af deltageren opleves som meningsløs eller irrelevant. Det er også en måde at vise deltageren, at han har mulighed for at stille krav, og at det alene handler om deltagerens udbytte i behandlingen.

MÅLSÆTNINGSARBEJDE

BESKRIVELSE AF MÅLSÆTNINGSARBEJDET

I forbindelse med målsætningsarbejde er det vigtigt at forandring ses som en del af en naturlig livsproces. Ligeledes er den subjektive motivationsfaktor en vigtig brik, og det er vigtigt at forandring opleves som væsentligt og betydningsfuldt for den enkelte.

Teoretisk er det at arbejde med konkrete mål en betydelig del af alle de anvendte metoder. Erfaringen i projektet viser, at deltagerne ofte har meget store forandringsønsker, men at de sjældent er parat til at udføre store forandringer samme dag. Det er derfor en vigtig øvelse at bryde det store overordnede mål ned til den lille konkrete forandring, som kan gøres i dag eller i morgen. Det kan være en tidskrævende proces, og oftest bliver det målsætningen i sig selv, at finde det eksakte mål som deltageren ønsker at arbejde videre med. Det vil sige at målet er, at blive afklaret omkring sit forandringsønske og sin ambivalens. I forlængelse heraf er det afgørende at finde det lille relevante forandringskorn, der kan arbejdes videre med - også hvis deltageren skulle blive løsladt her og nu. Der kan imidlertid godt arbejdes med flere mål samtidig, ligestillede såvel som over- og underordnede.

SMART MÅL

Som en hjælp til behandleren og deltageren arbejdes der med at beskrive målene ud fra SMART målene. En af fordelene er, at det bliver tydeligt for deltageren, hvornår målet er nået, og at der dermed kan sættes et nyt mål. De formulerede mål skal opfylde følgende kriterier og være:

- **Specifikke og positive.** Målene skal være adfærdsspecifikke, være positivt formulerede og fremtidsorienterede
- **Målbare.** Det skal kunne ses/ måles af deltageren selv, hvorvidt han når sine mål.
- **Attraktive.** De skal virke inspirerende/ attraktive for personen.
- **Realistiske.** Det skal give mening at arbejde med målene i fængselsregi frem til overførsel eller løsladelse.
- **Tidsbestemt.** Der skal aftales en deadline for, hvornår målene skal være opfyldt.

VIRKNING AF MÅLSÆTNINGSARBEJDET

Der spørges ind til målene i mange omgange, indtil der er klarhed om disse og om de opfylder ovenstående kriterier. Ofte ved deltagerne ikke selv, hvad de gerne vil arbejde med, men tilmelder sig projektet og "håber på det bedste". Nogle ønsker at blive stoffri, mens andre ønsker at reducere deres forbrug af stoffer. Andre deltagere regner med, at vi som behandlere vil fortælle dem, hvad deres mål skal være. Fælles er at deltagerne som oftest ikke har tænkt over, *hvordan det skal gøres*, og *hvad* de præcist ønsker at arbejde med i behandlingsforløbet. I denne forbindelse er detaljer vigtige - de store mål er oftest lette nok at få øje på – det er de små (del)mål - man har tendens til at overse. Ved at arbejde med de små mål, bliver de store mål samtidig mere tilgængelige og håndgribelige. SMART-målene skal således hjælpe deltageren til at konkretisere sit mål og eventuelle delmål. Målene skal også være accepterede af både deltageren og behandleren.

"Vil du ikke nok fortælle mig, hvilken vej jeg skal gå, sagde Alice. Det afhænger stor set af, hvor du vil hen, sagde katten. Jeg er nærmest ligeglad, sagde Alice. Så er det også fuldstændigt ligegyldigt, hvilken vej du vælger, sagde katten". (Fra Alice i Eventyrland)

Ovenstående citat understreger projektets fokus på, at alle mål - og dermed al forandring - må tage afsæt i deltagers egne ønsker og forudsætninger.

REDSKABER TIL MÅLSÆTNINGSARBEJDET

Når målene er besluttet, kan det være en hjælp til deltageren og behandleren, at lade deltageren skalere sine mål i forhold til egne forventninger (Miller og Rollnick 2004/ Bandura 1986.). Høj scoring er indikation på høj sandsynlighed for at deltageren reelt når sit mål, hvor det omvendte er tilfældet ved lav scoring. Der kan i sådanne tilfælde både arbejdes med deltagerens eget billede af mestringsforventning, men også med at nedbryde selve målet i yderlige delmål.

"På en skala fra 0-10, hvor vigtig er din målsætning for dig?"



Betydning

"På en skala fra 0-10, hvor meget tror du selv på at du vil nå din målsætning?"



Mestringsforventning

FORANDRINGSPARATHED

BESKRIVELSE AF FORANDRINGSPARATHED

Viden om og beskrivelse af den enkelte deltagers forandringsparathed er en kompliceret indsats. Alligevel er det vigtigt for behandlingsindsatsen, at behandleren søger at tilegne sig viden og fornemmelse for deltagerens muligheder i forandringsarbejdet, så indsats og metodevalg kan tilpasses efter dette.

Med udgangspunkt i Prochaska og DiClemente's transteoretiske model (herefter kaldet forandringscirklen) over faser i forandring søges det at skabe et udgangspunkt for forandringsarbejdet (Prochaska og DiClemente 1986). Dette gøres ved, at deltager og behandler afklares omkring, hvad og hvilke konkrete forandringer deltageren er parat til her og nu. Samtidig hermed tilstræbes et fælles udgangspunkt for arbejdet, som i relationen til behandleren betyder, at deltageren føler sig hørt og forstået omkring sit forandringsønske. Deltageren må aldrig føle sig presset ud i forandringsplaner, som er initieret ud fra behandlerens ønsker omkring deltagerens forandringsmål.

Forandringscirklen fremhæver, at forandring sker over tid ved at dele processen op i følgende stadier: før-overvejelse, overvejelse, planlægning, beslutning, handling, vedligeholdelse og tilbagefald. Stadierne viser, hvornår kognition, emotion og adfærd ændres. Forandring, som for eksempel at blive stoffri, vil ofte ske som en proces over flere stadier - før den ønskede forandring faktisk indtræffer. En nærmere redegørelse for POMs analyse og fortolkning af modellen er af pladsmæssige hensyn vedlagt i bilag (basisdok. 1, bilag Æ).

VIRKNING AF FORANDRINGSPARATHED

Arbejdet med forandringscirklen udmøntes som en visuel præsentation af modellen for deltageren. Med udgangspunkt i modellen beskrives, hvordan alle forandringer initieres og udvikles, fra ikke-bevidsthed om forandringsønske, til vedligeholdelse af forandringsmålet. Derefter knyttes modellen konkret til deltagerens eget formulerede forandringsmål og i fællesskab tages der udgangspunkt i en af de beskrevne faser. Hermed er behandleren rustet til, i højere grad, at bestemme den fortsatte metodiske tilgang i behandlingsindsatsen, (jævnfør figur 4/ Basisdok. 1, bilag Æ) over Forandringshjulet med POMs visuelle tilføjelse af hvilke metoder, der primært benyttes i de forskellige faser.

Selv om der tages udgangspunkt i én metode, er forandringsprocesser flydende og helt afhængige af, hvilket mål der arbejdes efter. Dermed kan den enkelte deltager sagtens modtage "både og", hvis han i forhold til et mål har mange overvejelser og megen ambivalens, mens på et andet mål er absolut afklaret og i fuld gang med at udføre sin forandring i praksis. Der kan dermed være tale om en helt "ren" metodisk tilgang til den enkelte deltager. Ligeledes kan der være deltagere, hvor der arbejdes med alle tre tilgange på samme tid, i forhold til deltagerens forskellige problemstillinger. Den forenkede skematiske opstilling (i figur 4, s. 8),

skal derfor forstås dynamisk i forhold til den enkelte problematik - og ikke nødvendigvis i forhold til den enkelte deltager.

MÅLET MED FORANDRINGSPARATHED

Formålet med at afklare i hvilken grad deltageren er forandringsparat omkring sine mål, er at skabe et udgangspunkt for at arbejde med et realistisk forandringsønske. I sammenhæng med at opnå et realistisk mål og afklare forandringsparatheden, opstår muligheden for, at deltageren står med et forandringsmål, som opleves som *betydningsfuldt* for deltageren, og som deltageren selv har en forventning om at kunne gennemføre.

REDSKABER TIL FORANDRINGSPARATHED

Et redskab i denne forbindelse er både det førnævnte skaleringsredskab omkring *Betydning* og *Mestringsforventning* samt den visuelle illustration af forandringscirklen.

KONTAKTFORMIDLING

- videreformidling af behandling udenfor POM

BESKRIVELSE AF KONTAKTFORMIDLING

Behandlingsperioden i POM er ofte kortvarig, og derfor er en af projektets vigtigste opgaver at videreformidle den gode alliance og de realistiske forandringsmål, deltageren har sat sig. Naturligt kommer dette kun i spil omkring de deltagere, der med større eller mindre sandsynlighed vurderes at blive løsladt inden for en overskuelig tid. Intentionelt er foregående formulering noget vag, idet det er projektets erfaring, at der er et utal af faktorer, som har indflydelse på, hvornår en deltager løslades. Ligeledes er det erfaringen, at disse faktorer skifter over tid, afhængig af samfundsmæssige strømninger, lovgivning og tidligere domme og afsoningsforhold. Ofte har deltageren selv et rimelig nøjagtigt estimat vedrørende domsafsigelsens resultat.

Det konkrete formidlingstilbud tager udgangspunkt i en række faktorer som for eksempel deltagerens motivation, hjemkommune, alder og indsatsstype. Udgangspunktet er først og fremmest at pege på hvilken indsats, der vil være relevant og derefter at finde et matchende tilbud i frihed. Oftest vil projektet tidligere have haft kontakt til en samarbejdspartner, der vil kunne matche deltagerens indsatsbehov, men ind imellem er projektet stadig ude og afsøge nye muligheder for samarbejdspartnere omkring særlige indsatser eller gennem nye kommuner, der ikke tidligere har været kontakt til.

VIRKNING AF KONTAKTFORMIDLING

Formålet med formidlingen mellem deltageren og det fremtidige behandlingstilbud er at finde et hensigtsmæssigt tilbud, men også at sørge for at formidle en personlig relation det

pågældende sted. Det er altså ikke blot en instans som formidles, men en navngivet person med et telefonnummer. Denne faktor har været en særdeles vigtig detalje fra projektets start.

MÅLET MED KONTAKTFORMIDLING

Det formulerede mål med indsatsen omkring formidling af relationen er, at deltageren vælger at møde op for at fortsætte behandlingsindsatsen efter sin løsladelse. At deltageren med udgangspunkt i de foregående indsatser (behandleralliancen og de realistiske mål), vælger at fortsætte forandringsarbejdet i frihed, med den nye professionelle relation som projektet har peget på.

REDSKABER TIL KONTAKTFORMIDLING

Der er udarbejdet en oversigt over alle aktuelle samarbejdspartnere, som er inddelt i behandlings indsatser og –typer, hvilket giver et godt overblik over hvilke muligheder, der er omkring de forskellige mål for behandlingsindsatsen (Basisdok. 1, bilag Z).

MOTIVERENDE SAMTALETEKNIK

BESKRIVELSE AF MOTIVERENDE SAMTALETEKNIK

Den motiverende samtale teknik bygger på en ligeværdig kommunikation, med udgangspunkt i Miller og Rollnicks teorier om forandringsarbejde (Miller og Rollnick 2004). Samtaleteknikken er ikke en særlig måde at "behandle" stofmisbrug på, men derimod et fagligt redskab som behandleren benytter i sit arbejde med deltagerens motivation og ambivalens omkring forandring, med andre ord "*..et bud på hjælpekunst i samtaleform*" eller: "[Den motiverende samtale teknik] er en klientcentreret, styrende metode til at fremme indre motivation for forandring ved at udforske og afklare ambivalens" (Jourdan et al. 2003, side 50 – 52).

VIRKNING AF DEN MOTIVERENDE SAMTALETEKNIK

Afklaring af ambivalens ses som en afgørende faktor i forhold til forandring (Jourdan et al. 2003), En sådan afklaring sker ved brug af følgende fire principper:

1. Udtrykke empati - handler grundlæggende om at behandler sætter sig ind i deltagerens måde at forstå verden på og kommer denne forståelse i møde, således at deltageren nemmere kan undersøge og være ærlig omkring sin ambivalens. Behandleren er facilitator, samtidig med at det endelige ansvar for forandring ligger hos deltageren.
2. Tydeliggør diskrepansen - handler om, at behandler hjælper deltageren til at se en eventuel diskrepans mellem nuværende adfærd og deltagerens ønskede adfærd og værdier og herved, at tydeliggøre at motivationen måske går i to uforenelige retninger.

3. Gå med modstanden - bygger på antagelsen om, at en potentiel handling frem mod forandring følger i naturlig forlængelse af en afklaring af ambivalens knyttet til forandringen. Behandleren skal gå med modstanden og forsøge at vende den til argumenter for forandring samtidig med, at det er deltageren selv, der skal sætte ord på sin ambivalens og fremkomme med løsninger på den.

4. Understøt klientens Mestringsforventning - handler om, i hvor høj grad deltageren stoler på sine egne evner til at gennemføre en adfærdsændring. Behandleren vil forsøge at forstærke og fremhæve de forandringsudsagn, der fremkommer i samtalen med deltageren - forståelse fremmer, ud fra dette perspektiv, forandring (Miller og Rollnick 2004).

MÅLET MED DEN MOTIVERENDE SAMTALETEKNIK

Målet for indsatsen er, at deltageren opnår indsigt og eventuel afklaring omkring egen ambivalens, i relation til det forandringsmål deltageren selv har sat.

REDSKABER TIL DEN MOTIVERENDE SAMTALETEKNIK

En måde at arbejde med ambivalens på, er ved at anvende fordele/ulempe skemaer (se Behandlingsmanualen, Basisdok. 4, bilag B).

KOGNITIV TERAPI

BESKRIVELSE AF KOGNITIV TERAPI

I den kognitive psykologi arbejdes der med tre lag i kognitionernes struktur. Det grundlæggende lag er skemata, som er de basale forestillinger om sig selv, andre og omverden. Ud fra skemata udvikles leveregler, som er de generelle regler eller overbevisninger, som individet styrer sit liv ud fra²⁵. Det yderste lag er situationerne, hvor der opstår automatiske tanker, som bevirker en række følelser, der i sidste ende udmøntes i en handling.

Projektet arbejder kun meget sjældent med skemata og leveregler med udgangspunkt i den antagelse, at der ikke bør arbejdes med dybtliggende strukturer med den uvisse tidshorisont, der altid er i POM (se i kriterium 6). Derimod arbejdes der konkret med adfærd og situationsanalyser, som på længere sigt kan føre til mere varige ændringer i skemata og leveregler.

SKEMATA

Vores skemata er styrende for måden vi forstår os selv, og omverdenen på. Skemata er grundlæggende antagelser dannet tidligere i livet og er absolutte antagelser, der typisk udmøntes i form af meget kategoriske udsagn om egen person eller om verden. Således vil en

²⁵ Beskrivelsen er inspireret af Anger Management programmets akkrediteringsansøgning, december 2006.

tidligt opstået sårbarhed reflektere sig i en persons tænkning, følelsesliv og adfærd (Hash og Kokainprojektet 2008).

LEVEREGLER

Skemata udmøntes som ikke-bevidste leveregler, og de vil oftest virke som meget strenge krav til personen selv. Hvis ens skemata eller grundantagelser om verden er negativt præget, kan man i forsøget på at kompensere for dette udvikle dysfunktionelle leveregler. Eksempelvis kan et skema, som siger *"Ingen kan bruge mig til noget, jeg er ikke noget værd"*, udvikle sig til en leveregel der hedder *"Når jeg ikke er noget værd, kan de andre ikke lide mig og så kan jeg ligeså godt isolere mig fra de andre"*.

AUTOMATISKE TANKER

Kognitiv behandling fokuserer overordnet set på at identificere og forstå samspillet og sammenhængen imellem tanker, følelser, adfærd og den kropslige reaktion²⁶, samt at finde alternative og mere hensigtsmæssige problemløsningsstrategier. Et grundlæggende princip i en kognitiv behandling bliver derfor at søge at forandre tænkningen, så den bliver mindre begrænsende og undertrykkende og dermed mere befordrende i forhold til at forøge deltagerens muligheder for at handle i verden (Mørch 2003). En overordnet kognitiv forklaringsmodel anser biologi (krop), kognition (tanker), emotion (følelser) og adfærd som gensidigt influerende på hinanden. Dette skal forstås på den måde, at ændringer på ét område medfører ændringer på de andre områder²⁷.

VIRKNING AF KOGNITIV TERAPI

Som nævnt er en af grundantagelserne i den kognitive tilgang, at vores følelser og adfærd bestemmes af, hvordan vi strukturerer verden ved hjælp af vores tænkning²⁸. Hvis man bliver bedre til at identificere ens uhensigtsmæssige tanke- og adfærdsmønstre, kan man bedre erstatte disse med mere realistiske og mindre uhensigtsmæssige mønstre. Ændring/intervention kan forekomme på alle områder, men mest oplagt er tanker og adfærd, da disse områder er de umiddelbart nemmest tilgængelige for den enkelte at arbejde med. Et kort eksempel på spørgsmål knyttet til de forskellige dele af den kognitive analyse ses i følgende eksempler:

²⁶ Tanker er udsagn, sætninger, billeder o.l.. Grundfølelser er vrede, glæde, overraskelse, frygt/angst, lede/afsky/væmmelse. Adfærd er noget, der kan observeres. Biologi er kropslige og sanselige sensationer som hurtigt åndedræt, ondt i maven, pludselig isnen i huden, sortnen for øjnene o.l.

²⁷ Se beskrivelsen i kriterium 1, i afsnittet "Kognitiv Terapi".

²⁸ Man arbejder med at genkende typiske tankemønstre og at forholde sig kritisk til disse. Fx "Nu føler jeg mig dum og anderledes, men det er ikke nødvendigvis rigtigt. Det kan ligeså godt handle om, at jeg står i en ny situation, hvor det er normalt at føle sig usikker".

- Tanker. Hvad er det for tanker eller vurderinger, der ligger til grund for fx oplevelsen af stoftrang, og er de nødvendigvis den eneste måde at anskue situationen på. "Er det, jeg tænker, rigtigt?"; "Hvad ville jeg sige til min bedste ven, hvis hun tænkte, som jeg gør nu?".
- Adfærd. Hvordan er de ting, som en deltager foretager sig i forbindelse med fx at dulme stoftrangen, med til at påvirke og opretholde hans problem? Her kan man fx arbejde med eksperimenter som: "Hvad mon der sker, hvis jeg gør sådan i stedet?"; "Hvad frygtede jeg, der ville ske?"; "Hvad skete der rent faktisk?".
- Krop. Her kan indgå afslapnings- og afspændingsøvelser, der dels kan anvendes som metode i sessionerne og dels i deltagerens hverdag for at opnå øget velvære og opleve mindre stress. Ligeledes kan man arbejde med motion, kost m.m.
- Følelser. Man kan arbejde med at "blive i følelserne", at lade følelserne være uden at skulle handle på dem, ikke altid at tage følelserne for pålydende m.m.

MÅLET MED KOGNITIV TERAPI

Målet er at bevidstgøre deltageren om, hvordan der arbejdes med situationsanalyserne, således at deltageren selv bliver i stand til at initiere analysen, lave omstruktureringer på egen hånd og foretage nye adfærdseksperimenter.

REDSKABER TIL KOGNITIV TERAPI

Den kognitive behandling tager udgangspunkt i bestemte kritiske situationer, hvor deltageren oplever at miste kontrollen eller reagerer uhensigtsmæssigt. Endvidere undersøges følelser, kropslige reaktioner og adfærd knyttet til den vanskelige situation. Forskellige teknikker til dette arbejde er: Analyse af fordele og ulemper, kortlægning af risikosituationer, adfærds- og funktionsanalyse, udfordring af uhensigtsmæssige tankemønstre, rollespil, afslapningstræning o.l. Dette arbejde understøttes blandt andet via forskellige opgaver, som anvendes både i og mellem sessionerne.

I forlængelse af dette bliver hjemmearbejde en central del af kognitiv behandling, hvor deltagerne mellem sessionerne arbejder med det, de lærer i sessionerne og forsøger at integrere det i deres hverdag. Sådanne opgaver kan blandt andet være at registrere og identificere tanker, analysere og udfordre dem, finde på alternative tanker, afprøve disse og opsummere resultaterne efterfølgende. Mange af disse hjemmeopgaver er knyttet til bestemte situationer og bliver derfor meget konkrete at arbejde med for den enkelte deltager. Det er vigtigt at forklare hjemmearbejdets art, så deltageren forstår meningen med det, og selv senere kan stille sig selv samme slags opgaver. Samtidig er det vigtigt at følge op på hjemmeopgaverne i den næstfølgende session, da de ellers kan miste deres relevans for deltageren.

KOGNITIV TILBAGEFALDSBEHANDLING

BESKRIVELSE AF KOGNITIV TILBAGEFALDSBEHANDLING

I POMs tilbagefaldsbehandling (TBF) tages der udgangspunkt i Liese Recke og Morten Hesses "Behandlingsmanual - baseret på kognitiv-adfærdsterapi (Recke og Hesse 2003). I TBF arbejdes der med følgende emner, jævnfør manualen: Introduktion, Personlig stof- og alkoholpolitik, Kriseplaner, Kortlægning af personlige højrisikosituationer, Trang og fristelser, Følelser, Personlig styrke, Kontrol og selvbestemmelse samt Kommunikation. Emnerne er opdelt i kapitler, som benyttes både i sammenhæng og uafhængigt af hinanden.

VIRKNING AF KOGNITIV TILBAGEFALDSBEHANDLING

TBF er en del af den kognitive tilgang og metodik, hvorfor den metodemæssige tilgang og virkning henføres til tidligere afsnit om kognitiv terapi.

MÅLET MED KOGNITIV TILBAGEFALDSBEHANDLING

Forebyggelse af tilbagefald er yderst hensigtsmæssigt at arbejde med i fængselsregi, idet cirka 10% af den samlede deltagergruppe reelt er stoffri, når de henvender sig til projektet, og ønsker hjælp til at forebygge tilbagefald, mens de er indsat.

METODEVALG

I KK er der en overordnet metodisk ramme for misbrugsbehandling, som omfatter kognitiv behandling og motiverende samtaleteknik. Disse har fra starten været skrevet ind i projektbeskrivelsen²⁹. I kriterium 1 ses en beskrivelse af de programmer og indsatser som, i den indledende fase, har inspireret projektet inden for Kriminalforsorgen.

Herudover har projektet inddraget flere metoder, efterhånden som der er opstået behov for at udvide indsatsen. Et afgørende kriterium for vurdering af nye metodiske tiltag har været, at alle nye redskaber har kunnet indgå i den overordnede teoretiske ramme, og ligeledes, at disse har været veldokumenterede såvel som velbeskrevne. På baggrund heraf fungerer de metodiske valg, projektet har foretaget som samstemmende og gensidigt supplerende. Derudover er metoderne valgt på baggrund af deres egnethed i forhold til at arbejde med kort-tids-terapi forstået således, at terapien udføres i enkeltsessioner, som afrundes og afsluttes fra gang til gang. Således giver alle de valgte metoder mulighed for, at deltageren får udbytte af hver enkelt session, samtidig med at deltageren ikke efterlades sårbar (jævnfør etiske overvejelser i kriterium 2).

Der arbejdes bevidst ikke med sårbarheder eller traumer, som kræver længerevarende terapeutisk indsats. Dette skyldes primært det ikke-terapeutiske miljø, som deltagerne færdes

²⁹ I kriterium 1 er der redegjort for, at både den kognitive ramme og den motiverende samtale er velbeskrevne og veldokumenterede metoder i afhængighedsbehandling.

i, samt varetægtsfængslingens vilkår om pludseligt opbrud og afbrydning af behandlingen. Uvisheden er et grundlæggende vilkår for arbejdet med varetægtsarrestanter og er det forhold, som nødvendiggør den største tilpasning af det kognitive behandlingsprogram.

En undtagelse gælder imidlertid for afsonere, der er omfattet af behandlingsgarantien, som har mulighed for et længerevarende behandlingsforløb. I disse tilfælde kan der arbejdes lidt dybere, afhængig af behandlingsalliancen og omstændighederne, og med stor bevidsthed omkring at behandlingsforløbet på et ukendt tidspunkt bliver afbrudt.

MANUALER TIL PROGRAMMET

Der er i vid udstrækning manualer tilknyttet behandlingen. Udgangspunktet er, at projektet bevidst har valgt en bred faglig referenceramme omkring behandlerprofilerne (se også kriterium 8). På baggrund heraf vurderes det som vigtigt, at den metodemæssige styring omkring den egentlige behandling er relativt stram. I det følgende ses en liste over de manualer, som *aktuelt* er gældende i projektet³⁰:

- POM Behandling Manual (Basisdok. 4)
- POM Gruppe Manual (Basisdok. 5)
- POM Medarbejderhåndbog (Basisdok. 6)
- Tilbagefaldsforebyggelses manual (Recke og Hesse 2003)
- Arbejdskatalog til gruppebehandling af mennesker med at hash og/ eller kokainmisbrug (Hash og Kokainprojektet 2008).

FASTHOLDELSE

DELTAGERS MOTIVATION

For at sikre fastholdelse af motivationen er det vigtigt, at der bliver fulgt op på målene fra gang til gang. Formålet hermed er at sikre, at målene bevarer deres relevans for deltageren samt justere målene, hvis der er behov. Dette er som udgangspunkt integreret i behandlingsindsatsen i form af arbejdet med Outcome Rating Scales (ORS)³¹, udviklet af Miller og Duncan (Basisdok. 4, bilag D₁₋₄). ORS er et redskab, som spørger ind til i hvilken grad deltageren føler sig belastet og på hvilke områder³². Dermed opstår nogle mere langsigtede muligheder for at måle om deltageren oplever forandring og forbedring, og i hvilken grad han

³⁰ Alle projektets manualer er under løbende udvikling. Nogle har været gældende i perioder og taget ud igen, andre er blevet tilpasset ændringer i struktur og organisering. Andre igen, er udviklet løbende, når der er opstået behov herfor.

³¹ ikke at forveksle med Session Rating Scales.

³² Individuelt, Nære relationer, Socialt og Generelt.

følger sig belastet. Ud over at dokumentere forandringen giver det også en god mulighed for at justere eller ændre behandlingsindsatsen, hvis der over 4-5 gange ikke har vist sig positiv udvikling.

ORS har en særlig fordel i fængselsregi, hvis redskabet også benyttes i den indledende visitering. Idet nogle deltagere scorer "for højt", hvilket betyder, at skemaet indikerer, at de reelt ikke selv oplever et behov for behandling. Her kan det skabe mulighed for en mere ærlig dialog om, hvilke faktorer der har motiveret deltageren til at henvende sig til projektet³³. Dermed indikeres, at deltageren befinder sig i før-overvejelse fasen (jævnfør forandringshjulet figur 3, s. 6), og den primære tilgang vil handle om at skabe en terapeutisk alliance, som kan bane vejen for en nysgerrighed hos deltageren, som på et senere tidspunkt kan danne grundlag for motivationsarbejde.

DELTAGERE MED RISIKO FOR OPHØR

I forhold til at fastholde deltagere med særlig risiko for ophør arbejdes der altid ud fra en "god behandlingsalliance". Udgangspunktet er, at hvis behandlingsalliancen er god, er sandsynligheden for at deltageren mister motivationen mindre. I de tilfælde hvor der ikke indenfor kort tid opbygges en god alliance, bliver dette taget op på et teammøde.

Behandlerne oplever, at det indimellem kan være svært at fastholde deltagers motivation, når behandlingen har "toppet", som for eksempel når deltager har nået et mål. For at fastholde deltagers motivation har behandlerne god erfaring med at arbejde med flere kortsigtede delmål, samtidig med at opmærksomheden er rettet fremad til næste delmål. Dette medfører, at der kommer en masse små opløftende succeser gennem forløbet, som tilsammen skaber den samlede succes.

Det kan indimellem også være svært at fastholde deltagers motivation, når deltageren *har* fået afsagt dom og venter på at komme videre til afsoning. I disse tilfælde er det ofte frugtbart at hjælpe deltager med at synliggøre hans allerede opnåede resultater og herefter holde fokus på næste mål. Omvendt oplever andre deltagere uvisheden *før* domsafgivelse som meget frustrerende og kan bedre koncentrere sig efter domsafgivelse. I disse tilfælde vil behandler typisk hjælpe deltageren med at se et længere perspektiv i behandlingen. Dette kan for eksempel gøres ved at udarbejde en handleplan med to mulige scenarier, således at vedkommende ved, hvad der skal ske uanset om han står til afsoning eller løsladelse. Dog er det endnu engang væsentligt at bemærke, at frafaldsprocenten er meget lav (5 %, se mere herom i kriterium 7).

³³ Det kan eksempelvis handle om hensynet til familien eller forventningen om, at domstolene vil lade en deltagelse i projektet tælle med i strafberegningen og så videre.

KØN, ETNICITET, RELIGION OG SPROG

Der differentieres ikke praktisk eller metodemæssigt mellem køn i behandlingen, for eksempel er grupperne for begge køn.

Der er i øjeblikket to behandlere i projektet, som har mulighed for at tilbyde behandling på engelsk, men ellers er det en forudsætning, at deltageren taler og forstår dansk på et rimeligt niveau. For at imødekomme en relativt stor andel af deltagere med anden etnisk baggrund end dansk har projektet endvidere arbejdet med at inddrage særlige forhold i behandlingen, som for eksempel kulturelle baggrundsforhold. Projektet har desuden iværksat flere tiltag, herunder kursUSDeltagelse, med henblik på at indhente viden omkring disse kulturelle forhold, herunder:

- Tæt samarbejde og fælles sparring med Interkulturel Rådgivning Danmark.
- Kurset "Misbrugsproblemer & afhængigheder blandt flersprogede i Danmark".
- Seminar om Radikalisering, Muslimernes Fællesråd (MFR).
- Generel sagssparring med en tidligere behandler og psykolog i teamet, som har professionel erfaring med traumer, torturofre og behandling af klienter med anden etnisk baggrund end dansk.

Derudover følges KK's retningslinjer for arbejdet med mennesker fra andre kulturer, jævnfør "Vejledning – Råd og anbefalinger i mødet med brugere med etnisk minoritet". I det daglige arbejde betyder det blandt andet, at behandlerne i arbejdet med deltagere med anden etnisk baggrund end dansk er særlig opmærksomme på følgende:

- Hierarkiet kan være tydeligere mellem behandler og deltager.
- Familiehilsner, høflighed og small talk kan være vigtige ritualer som indledning til en god behandlingsalliance.
- Opmærksomhed på familieforhold og deres ofte store betydning for motivation og beslutningstagning kan være hensigtsmæssig.
- Arbejdet med normer som ære og stolthed er ofte vigtigt.
- Særlig opmærksom på at rollefordeling og leveregler i forbindelse med bandetilhørsforhold kan være aktuelt.
- Opmærksomhed på hvordan misbrug/ brug ankues i deltagerens kulturelle sammenhæng.

Desuden er der erfaring med, at det ofte kan tage længere tid at opbygge en tillidsrelation til deltagere med anden etnisk baggrund. Dette kan skyldes, at en stor del af de etniske deltagere aldrig før har været i misbrugsbehandling (systemukendte). Endelig oplever behandlerne, at de ofte bruger lang tid på selve behandlingsalliancen, men til gengæld også at tilliden er vidtrækkende, når først den er opnået.

Projektet arbejder på ingen måde ud fra en særlig religiøs retning. I behandlingen betragtes religion i mange tilfælde som en motivationsfaktor for deltageren, på lige fod med alle mulige

andre faktorer, der kan have indflydelse på en deltagers motivationsdrift. I forbindelse med særlige ønsker omkring religion har projektet udviklet et tæt samarbejde med både præster og Imam tilknyttet KF. I projektet er der desuden særlig opmærksomhed på destruktiv eller tiltagende religiøsitet, i sådanne tilfælde inddrages fængslets Imam i samarbejdet.

UDVIKLING OG FORBEDRING

DELTAGERE MED AFVIGENDE ADFÆRD

Projektet har flere steder redegjort for, at det vurderes at være særlig hensigtsmæssigt at arbejde med den gruppe af deltagere som udviser "afvigende adfærd"³⁴. Behandlernes viden om denne gruppe er begrænsede, såvel som visitationsmulighederne er begrænsede. Det vil derfor være hensigtsmæssigt at udarbejde et videnskatalog, arrangere workshops og vidensdeling samt at sætte særligt opsøgende fokus på mulige samarbejdspartnere omkring denne målgruppe, såvel i frihed som inden for Kriminalforsorgen. Det kunne desuden, optimalt set, være relevant med en endnu højere grad af formaliseret samarbejde, der udover kommuner og Kriminalforsorgen også involverer politi og retssystem.

MINDFULNESS

Mindfulness er en bevidsthedstræningsmetode, der primært handler om åndedrætsøvelser og fokusering af tanker og bevidsthed. Mindfulness har rødder i buddhistisk tænkning og meditation. Træningen tager udgangspunkt i, at deltageren træner egen opmærksomhed og oparbejder bevidsthed om dynamikken og sammenhængen mellem tanker, følelser og kropslige fornemmelser. Træningen foregår gennem vejledte meditationer, øvelser i kropslig opmærksomhed og hjemmeopgaver fra gang til gang. Hjemmearbejdet består af liggende og siddende meditationer, yoga og træning i at bringe fuld opmærksomhed ind i dagligdags aktiviteter. At arbejde med bevidstheden er en naturlig del af den kognitive tilgang i behandling. På nuværende tidspunkt er der en enkelt behandler, der har taget et kursus i mindfulness. Det er et stort ønske fra behandlernes side, at arbejde videre med mindfulness i projektet. Særligt ses der et behov i forhold til den gruppe af deltagere, som imødegår længerevarende domme.

NADA

National Acupuncture Detoxification Association (NADA) er øre-akupunktur, som benyttes i forbindelse med angst, søvnløshed, fysisk og psykisk uro, anspændthed, irritabilitet, depressionslignende tilstande, abstinenser og stoftrang. NADA benyttes primært som et omsorgstilbud i Københavns Kommune og KABS. Erfaringen viser, at det er hensigtsmæssigt at

³⁴ Se blandt andet POMs årsrapport (basisdok. 7) og den interne evalueringsrapport (Basisdok. 8).

anvende NADA på substitutionsbrugerne såvel som hash –og feststofbrugere, idet der indbygget i NADA-konceptet ses en mulighed for at udøve en anden form for omsorg end den rent behandlertekniske.

KRITERIUM 5. VARIGHED, INTENSITET OG STRUKTUR

RAMMEN FOR BEHANDLINGSINDSATSEN

POMs målgruppe omfatter alle i KF, der har et selvoplevet problematisk forhold til stof og/ eller alkohol. Komplexiteten i målgruppen er stor og målet med indsatsen er todelt; at behandle projektets deltagere under opholdet samt at etablere kontakt til samarbejdspartnere, som kan overtage behandlingsindsatsen efter opholdet i KF. I kriterium 1 ses behandlingsmodellen (figur 1), som et visuelt overblik over indsatsen. Der er desuden udarbejdet særlig vejledning til visitationsarbejdet (Basisdok 1, bilag U), generelle retningslinjer for sagsgangene i projektet (Basisdok. 1, bilag A) samt et overblik over sagsgangene i skemaform til brug i hverdagen (Basisdok 1, bilag D)³⁵.

ANSØGNINGS- OG OPTAGSPROCEDURE I POM

Visitationen kan ske på baggrund af opfordring fra KF personale eller ved at den indsatte selv henvender sig til projektet via anmodningsseddel. Sygeplejegruppen og postpersonalet på Modtageenheden³⁶ er, sammen med de indsatte selv, primære visitatorer til projektet, idet disse faggrupper opnår den første kontakt med de indsatte. I Modtageenheden udleveres en brochure omkring projektet til alle nyindsatte. Her formidles desuden projektets behandlingstilbud via sygeplejerskernes 24-timers nykomsttilsyn³⁷. Sygeplejersken på Modtageenheden giver i praksis besked til projektet via "POM-listen" (Basisdok. 3, bilag F) med de indsattes navne, cpr-numre og cellenumre. POM-listen ligger i et dueslag, der tømmes alle arbejdsdage af en medarbejder fra projektet. I POM vil den visitations-ansvarlige herefter have visitationssamtaler med de indsatte på listen hurtigst muligt og senest i løbet af 5 arbejdsdage.

Projektet får desuden i stigende grad henvendelse fra deltagere, som har hørt godt om projektet fra andre projektdeltagere og derfor selv tager initiativ til at kontakte POM med henblik på et behandlingstilbud. Ligeledes er der tendens til, at såkaldte gengangere selv tager initiativ til at kontakte projektet med henblik på at genoptage behandlingen.

Selve behandlingen er inddelt i følgende faser:

- Visitation
- Basisforløb

³⁵ Se baggrundsbeskrivelse vedrørende udvalgte emner beskrevet i kriterium 5 (Basisdok. 1, bilag Ø₁).

³⁶ Modtageenheden er den afdeling på KF, hvor hovedparten af alle nyindsatte opholder sig de første 3 dage efter fængsling.

³⁷ Et nykomsttilsyn er et tilsyn af alle nyindsatte, der overordnet skal sikre at den indsatte kan tåle at sidde i fængsel, at der ikke er fysiske eller psykiske forhold som gør en fængsling uforsvarlig. Ligeledes er der stor opmærksomhed på at udskille selvmordtruende indsatte på dette tidlige tidspunkt.

- Opfølgingsforløb

VISITATION

Processen omkring visitationen har udviklet sig fra at være en integreret del af behandlingsarbejdet, placeret hos den enkelte kontaktbehandler, til at være opdelt således at der nu er én behandler, som visiterer alle deltagere i projektet. Det vurderes, at proceduren har indflydelse på, at færre end tidligere forlader projektet uden en behandlingsplan. Derudover oplever behandlerne det som en forbedring i forhold til deltageren, som får en mere effektiv service. Også behandlerne selv oplever, at det giver bedre forberedelse og samtidig skaber en bedre rytme i hverdagen. Det største forbehold i forhold til denne organisering har været risikoen for, at der sker et brud i den primære kontaktrelation til deltageren. Behandler/deltager relationen ses i POM som én af de bærende faktorer i behandlingsindsatsen. Det er derfor besluttet, at tydeliggøre overfor deltageren ved visitationssamtalen, at kontakten med den pågældende behandler er midlertidig. Således arbejdes der aktivt for at deltageren ikke oplever kontaktskiftet som et "brud" i alliancen, men som en (organisatorisk) nødvendighed i forbindelse med indskrivningen i POM.

I figur 1 ses det, at alle deltagere starter i *Visitationen*. Det er én behandler, der udelukkende varetager al visitation. Funktionen går på skift i behandlergruppen, med 2-3 måneders interval. Visitationen foregår på daglig basis i hverdagene. Visitationssamtalen finder sted på cellen over 2-3 samtaler, hvor følgende gennemgås både mundtligt og skriftligt jævnfør samarbejdsaftalen:

- Information om POM – *hvem, hvad og hvordan*. Herunder,
 - underskrivelse af samarbejdsaftale med vilkår og regler for deltagelse (Basisdok. 3, bilag K).
 - hvilke forhold som kan medføre udelukkelse fra deltagelse i projektet.
 - hvilke forhold som vil blive formidlet videre til Københavns Fængsler.
 - hvilke forhold som vil medføre politianmeldelse.
 - dusør forhold (7 timer pr uge).
- Indhentning af juridisk samtykke – *til interne og eksterne samarbejdspartnere omkring deltageren*.
- Indsamling af journaloplysninger.
- Udarbejdelse af ASI – *addiction severity index*.
- Fornemmelse af deltagerens forandringsmål.
- Deltagerens vurdering af sandsynlighed for løsladelse eller afsoning.
- Udlevering af visitkort, med navn og telefonnummer til projektet, i tilfælde af øjeblikkelig løsladelse.

- Udlevering af kontaktoplysninger, til relevant instans i frihed – hvis relevant.
- Udarbejdelse af en overordnet behandlingsplan, hvor af følgende fremgår: *målsætning, forventninger til dom, misbrugsstatus og navn og adresse på kontaktperson i frihed.*

Der aftales typisk en opgave mellem sessionerne, som har til formål at afklare forandringsmålet yderligere (eksempelvis et fordele/ulempeskema, se basisdok. 4, bilag B). Foreligger der allerede en behandlingsplan fra tidligere behandling i POM eller en handleplan fra anden instans tages der afsæt heri.

På baggrund af udsagn fra den indsatte vurderes det, hvorvidt deltageren forventes at gå mod løsladelse eller afsoning. Det vurderes i de fleste tilfælde at være nogenlunde retvisende, men for en stor dels vedkommende satses der på begge retninger tidligt i forløbet, for senere at tage stilling til hvilken plan, der skal satses endeligt på. Erfaringen viser, at det typisk er muligt at være mere præcis efter 1-2 fremstillinger i retten, hvor varetægtsfængslingen opretholdes.

I forbindelse med beskrivelsen af arbejdet omkring behandlingsplanen, er det vigtigt at have POMs målsætninger om at formidle et relevant tilbud til deltagerne samt at tilbyde relevant behandling så længe deltagerne befinder sig i KF regi, præsent. For at tilgodese de mange kortvarige indsættelser i KF, har projektet en målsætning om at udarbejde den første overordnede behandlingsplan (Basisdok. 1, bilag C) inden for 7 dage³⁸, som peger på en konkret målsætning og et tilbud i frihed, hvor det er muligt for deltager at arbejde videre med forandringsønsket. Det tilstræbes, at der i alle tilfælde står opført en navngivet professionel person, adresse og telefonnummer på behandlingsplanen.

I tilfælde af forventet overgang til afsoning arbejdes der ikke med et konkret behandlingstilbud, idet denne kompetence er hjemhørende hos socialrådgivergruppen i fængslet. Projektet vurderer, hvilken behandling, der vil være hensigtsmæssig. I denne fase af behandlingen vil den indsatte typisk modtage 2-3 besøg af varierende længde inden for de 7 dage processen varer.

BASISBEHANDLING

På førstkommende teammøde (hver onsdag) vil deltageren få tildelt en behandler. Deltager og behandler sammensættes/ fordeles ud fra principper om evt. tidligere behandling, særlig erfaring med deltagers problematikker, samt hvor mange deltagere hver behandler i øvrigt har i behandling (den aktuelle caseload). Denne behandler vil varetage det videre behandlingsforløb i projektet, og det tilstræbes, at det er den samme behandler, der varetager kontakten

³⁸ POMs behandlingsplan er opbygget således, at side 1 er den standard som udfyldes inden for 7 dage fra indskrivningen i projektet. Resten af behandlingsplanen er opbygget således, at det er et løbende arbejdsredskab, som fra session til session justeres og opdateres omkring status på den aktuelle behandlingsindsats og de konkrete arbejdsmaal. Således vil behandlingsplanen altid være opdateret og klar til fremsendelse til samarbejdspartner, med en kort opsamlende konklusion til afslutning.

fremadrettet. Undtagelser herfra er faglige overvejelser i forbindelse med behandlerskift, samt skift fra én institution til en anden, inden for KF.

Behandlingsarbejdet indeholder følgende elementer:

MÅLSÆTNINGSARBEJDE

Målsætningsarbejdet består af 1-2 sessioner, hvor der ved hjælp af motiverende samtaleteknikker fokuseres på deltagerens ægte målsætning for forandring. Der udarbejdes delmål for den efterfølgende samtalerække.

INDIVIDUEL SAMTALERÆKKE

Den individuelle samtalerække består af 4-6 sessioner, hvor der arbejdes motiverende eller kognitivt (eller en kombination) afhængig af, hvor i forandringsprocessen deltageren befinder sig. Samtalerne har en varighed på ca. 45 minutter (afhængig af deltagerens koncentrationsevne), én gang ugentligt.

GRUPPEBEHANDLING

Om den enkelte deltager bliver tilbudt et gruppeforløb er afhængig af sikkerhedsmæssige forhold og en konkret vurdering af gruppesammensætningen³⁹. Grupperne varetages på skift af behandlerne og gruppestart følger kalendermånederne. Gruppesessionerne er af 2 timers varighed, én gang ugentligt i 4 uger. Cirka 40 % bliver tilbudt gruppeforløb.

EDUKATION

Edukationstilbuddet omfatter stofedukation, psykoedukation og edukation i kommunikation og konflikthåndtering. Dette tilbud kan gives individuelt eller i gruppe med i alt 4 sessioner.

REVIDERING AF BEHANDLINGSPLAN

Behandlingsplanen revideres, idet der afslutningsvist på ny arbejdes med den overordnede målsætning, med henblik på anbefaling af indsats under det kommende behandlingsforløb i frihed eller under afsoning. I forbindelse med basisforløbets afslutning skrives desuden en kort status over behandlingsforløbet i POM samt en anbefaling af, hvilke indsatser POM vurderer som relevante i forbindelse med den kommende afsoning. Dette sker via tilknytning af dokument i Kriminalforsorgens Klientssystem, Rusmiddelmodulet (se kriterium 7).

OPFØLGENDE FORLØB

Der har været afprøvet mange modeller og behandlingsstrukturer (læs mere herom i Basisdok. 1, bilag Ø). Erfaringen har vist, at der med fordel kan etableres et opfølgende forløb efter basisforløbet for at forebygge motivationstab. I forbindelse med basisforløbets afslutning skaber behandleren en glidende overgang til månedlige opfølgningssamtaler, hvor der fortsat

³⁹ Se POMs behandlingsmanual under afsnittet "gruppe" (Basisdok. 4, s. 18.)

arbejdes med relevante emner, men med et klart fokus på afsoningen og forberedelse på eksempelvis livet på en behandlingsafdeling med videre. Der er fortsat (som udgangspunkt) krav til deltageren om at arbejde med hjemmeopgaver og forberedelse til hver session. Behandlingsplanen holdes opdateret og projektet samarbejder i øvrigt tæt med deltagerens socialrådgiver på KF.

AFSLUTNING

En afslutning i POM sker når en deltager løslades, flyttes til andet arresthus eller bliver fuldbyrdet og overflyttes til afsoningssted. Ligeledes sker det at deltageren forlader POM, men forbliver i KF. Uanset hvilken måde deltageren udskrives på, sker der følgende i forbindelse med udskrivningen:

- Kontaktbehandleren efterstræber at afholde en udskrivningssamtale med deltageren.
- Den modtagende instans kontaktes med henblik på udveksling af information om den fortsatte behandlingsindsats, herunder fremsendelse af behandlingsplan.
- I alle tilfælde følges der op på, om deltageren fortsat modtager et behandlingstilbud jævnfør behandlingsplanen. Hvis deltageren skal videre til afsoning i tilbud som planlagt, følges den indsatte færd via Klientssystemet, frem mod målsætningen om behandlingstilbuddet. Hvis deltageren går mod frihed kontaktes den modtagende instans ca. 2 uger efter løsladelse, med henblik på at registrere, hvorvidt deltageren dukkede op som aftalt, i journalsystemet.

BEHANDLINGSTYPER OG STEDER

Projektet tager udgangspunkt i deltagerens forandringsønske og parathed til at opnå den ønskede forandring⁴⁰. Som udgangspunkt arbejdes der ikke ud fra hvilken type misbrug deltageren har, men ud fra hvilken behandlingsindsats der er behov for. Undtaget herfra er den særlige gruppe som af projektet benævnes som "livsstilskriminelle" (læs mere herom i kriterium 3). I nedenstående tabel ses en fordeling af behandlingsindsatserne fordelt på de fysiske lokaliseringer på KF.

Type & sted	MOTIVATIONS BEHANDLING	FOR BEHANDLING	PRIMÆR BEHANDLING	TILBAGEFALDSFOREBYGGELSE
Vestre Fængsel	IS* + grupper*	IS + grupper	IS + grupper	IS + grupper
Blegdamsvejens Fængsel	IS + grupper	IS	IS	IS

⁴⁰ Jævnfør kriterium 1 og POMs forandringsmodel.

Politigården	IS	IS	IS	IS
--------------	----	----	----	----

*Grupper = Gruppebehandling det pågældende sted, *IS = Individuelle Samtaler

Som det fremgår af ovenstående tabel, er det kun i VF at der tilbydes alle typer behandling. Dette skyldes primært et varierende antal og type af deltagere i de respektive fængsler⁴¹.

INTENSITET I BEHANDLINGEN

Intensiteten i behandlingen består af individuelle sessioner én gang ugentligt, løbende over cirka 7 uger, med hjemmeopgaver mellem sessionerne. Den enkelte sessions varighed er ca. 45 minutter. Undtaget i visitationsprocessen, hvor sessionerne er hyppigere og varigheden længere i første session. Grupper oprettes efter behov. Hver måned gennemgås alle gruppeegnede i projektet og der etableres gruppetilbud ud fra hvilke målgrupper, som er primært repræsenterede. Der etableres typisk 2-3 grupper ved hver kalendermåneds start, løbende over 4 sessioner. Gruppesessionerne er af 2 timers varighed, én gang ugentligt.

I langt de fleste tilfælde vil det imidlertid være nødvendigt med længerevarende behandlingsforløb end ovenfor beskrevet, hvorfor forberedelsen til videre behandling andetsteds efter udskrivning fra POM er et afgørende element i indsatsen. En undtagelse fra ovenstående er dog alle afsonere, der er omfattet af behandlingsgarantien. Disse deltagere får tilbudt behandlingsforløb i POM så længe de afsoner i KF, uafhængig af ovenstående struktur.

RAMMEN OG INDSATSEN

- Sammenhæng med målgruppe, mål og metode

Strukturen i behandlingsprogrammet vurderes hensigtsmæssig for alle målgrupper, idet indsatsen kan afbrydes på et hvert tidspunkt efter de første 7 dage, uden at det får anden betydning end, at det er en anden samarbejdspartner, der overtager indsatsen. Dette gælder, hvad enten deltageren løslades til frihed, overgår til andet arresthus eller bliver overført til afsoning. Med denne struktur har projektet forsøgt at sikre, at alle deltagere, uanset hvor lang tid de er i projektet, tilgodeses i behandlingsindsatsen.

Behandlingsmetode og -indhold tilpasses deltagerens behov og forudsætninger, blandt andet afhængigt af hvor i forandringshjulet deltageren befinder sig. Dermed er den individuelle tilpasning en faglig vurdering som behandlerne foretager hver eneste gang, der opstartes et nyt

⁴¹ For eksempel er der på Blegdamsvejens Fængsel typisk en del unge såkaldt livsstilskriminelle, som ofte profiterer af motivationsbehandling, hvorimod der på Politigården ofte er så omfattende sikkerhedsforanstaltninger omkring den enkelte deltager, at det som udgangspunkt ikke er muligt at bringe deltagere sammen i grupper.

behandlingsforløb med en deltager. Kravet til den enkelte deltagerens formidlingsniveau er meget varieret – fra tegn- og tegningsbaseret formidling til krav om stor skriftlighed hos deltageren. I projektets behandlingsmanual er der skitseret et "mellem niveau", som den enkelte behandler justerer i hvert enkelt tilfælde. Dette gælder ligeledes rækkefølgen af indholdet i sessionerne. Der kan være tilfælde, hvor det er hensigtsmæssigt at opstarte et edukationsforløb før der arbejdes med mere personlige emner. Og omvendt kan det være vigtigt at arbejde med følelserne, før det for deltageren giver mening at arbejde med konkret information. Disse prioriteringer af indholdet indgår i den daglige sparring behandlerne imellem, på lige fod med input til opgavetyper og tilgange i behandlingsindsatsen.

Antallet af individuelle lektioner kan variere lidt afhængig af deltagerens behov ligesom hyppigheden heraf. Ligeledes er rækkefølgen af, hvordan man arbejder med behandlingsindholdet en faglig vurdering og dermed fleksibel. Samlet set er behandlingsforløbene dog relativt fast struktureret. Indholdssiden af behandlingen er derimod i høj grad differentieret og afpasset den enkeltes behov og forudsætninger. Baggrunden for denne vægtning er først og fremmest, at den faste ramme for behandlingsforløbet, som projektet har opbygget, vurderes at imødekomme langt de fleste projektdeltageres meget forskellige behov og forudsætninger. Derudover er det vurderingen, at den faste ramme har været nødvendig for at behandlerne har kunnet opbygge en fælles faglighed omkring behandlingen i POM og at alle de forskellige fagligheder, der er repræsenteret i behandlertemaet anvendes bedst muligt.

HVERDAGENS NAVIGERING

- Konsekvenser for programgennemførelsen, hvis møder/aktiviteter ikke gennemføres

Aflysning af individuelle sessioner såvel som grupper forsøges begrænset mest muligt. Gruppebehandlingen varetages altid af to behandlere, hvor det er muligt at indsætte vikar (anden behandler) i tilfælde af sygdom. Dette betyder, at der i hele projektets levetid (sep. 2007- jan. 2009) kun har været aflyst 4-5 gruppesessioner. Individuelle sessioner med kontaktbehandler tilrettelægges løbende med fleksibilitet fra både behandler og deltager

Fra projektets side lægges der stor vægt på at opretholde et højt informationsniveau til deltagerne. Konkret betyder dette for eksempel at i tilfælde af, at en behandler er syg, vil en fra teamet sørge for at formidle dette til alle de deltagere, der forventer samtale. Hvis deltageren ønsker det, vil der blive sørget for ekstra hjemmeopgaver og lignende, således at deltager kan fortsætte "arbejdet" alligevel. I tilfælde af at en session ikke gennemføres en uge, udskydes sessionen til næste uge og hele programmet forlænges tilsvarende.

REGELBRUD

- Sanktionering

Som nævnt i kriterium 2 indeholder behandlingen ikke elementer af tvang eller straf. De konsekvenser som projektet opretholder, er formidlet i samarbejdsaftalen (Basisdok. 3, bilag K). Det har kun ganske få gange været nødvendigt at sanktionere en deltager. Alle andre forhold har været løst med kommunikation og samarbejde i den aktuelle situation.

UDVIKLING OG FORBEDRING AF PROGRAMMETS OPBYGNING

REVURDERING AF FAST STRUKTUR

Som det fremgår af dette kapitel er programmet som ramme relativt fast struktureret. Det vurderes hensigtsmæssigt at revurdere den faste struktur, når alle behandlere har gennemgået den kognitive uddannelse (se uddannelsesplan Basisdok. 1, bilag T).

OPGAVEFORDELING MELLE M VISITATOR OG BEHANDLER

Af andre væsentlige udviklingspunkter er den løbende diskussion og sikring af visitationsfunktionen. Der er behov for løbende at revurdere balancen i opgaver mellem visitator og behandler.

POM VISITATION TIL PROJEKTET

Hvis POM skal nå alle nyligt indsatte, som har behov for behandling vurderes det, at projektet skal opnormeres således at det er POMs behandlere, der formidler kontakten til projektet. Gennem "Netværket for motivationsbehandling i arresthuse på Sjælland og Bornholm" er det projektets klare opfattelse at andre arresthuses behandlere har stort udbytte af at kunne arbejde opsøgende på denne vis. Således har mange af de små arresthuse op til 70 % af alle indsatte i behandling. I modsætning til POM, som på nuværende tidspunkt har cirka 10 % indskrevet.

KRITERIUM 6. INDIVIDUEL PLANLÆGNING OG KOORDINERING

FORANKRING AF INDSATSEN

BEHANDLINGEN

I forbindelse med koordinering og tilpasning af behandling i det videre forløb viser erfaringen, at projektdeltagerne ofte har en god fornemmelse for, hvilken dom de får og dermed også om og hvor lang tid, de kan forvente at skulle afsone. Dermed skabes der et udgangspunkt for at arbejde mod en plan for behandling, i frihed eller under afsoning, og således forberede deltageren på det efterfølgende behandlingsforløb. Det kan eksempelvis være i forhold til at afstemme deltagers forventninger til forløbet eller hvad der forventes at deltageren, men det kan også være meget konkret information om praktiske forhold som for eksempel varighed, besøgs muligheder, størrelse på behandlingsafdeling osv. Grundlæggende handler det om at skabe helhed i deltagerens behandlingsforløb og sørge for, at han er godt forberedt på, hvad der venter samt ved hvor han skal henvende sig, hvis der opstår spørgsmål, tvivl eller ændringer i behandlingsplanen⁴².

I tilfælde af forventelig afsoning arbejdes der tæt sammen med KFs socialrådgivere, for at afklare deltageren. Ofte vil behandleren foretage en vurdering af, hvor det vil være hensigtsmæssigt at deltageren afsoner i forhold til behandling. Dette forhold vendes med socialrådgiveren, og der skabes enighed om, i hvilken retning der skal arbejdes med deltageren. Projektet leverer efter basisforløbet en statuskrivelse (Basisdok. 1, bilag S), som tilknyttes klientsystemet og dermed er tilgængelig for socialrådgiveren.

DELTAGERS FREMSKRIDT

Under "metoder" i kriterium 4 og "dokumentation" i kriterium 7, er det beskrevet hvordan der løbende bedømmes fremskridt hos deltageren, ved hjælp af:

- Outcome Rating Scales.
- Behandlingsplanens arbejds mål (punkt 8).
- Månedlige gennemgangsmøder i teamet.

Derudover vil der i et nye journalsystem, som er under udvikling, blive mulighed for at behandler kan få overblik over, hvorvidt der er sket udvikling i deltagers misbrug af stoffer i løbet af projektperioden, ved at registrere stofsituation i forbindelse med ind- og udskrivning.

⁴² Se baggrundsbeskrivelse vedrørende udvalgte emner beskrevet i kriterium 6 (Basisdok. 1, bilag Ø₃).

PÅRØRENDE

På nuværende tidspunkt er inddragelsen af deltagernes pårørende meget begrænset. Der er ikke i projektets udgangspunkt kalkuleret med inddragelse og behandling af pårørende. Alligevel spiller pårørende som netværk en stor rolle i behandlingen. Projektdeltageren er ofte berørt af de pårørendes sorg over deltagerens situation, og en del fravælger derfor besøg/kontakt under varetægtsfængslingen.

Hvis deltager ønsker det, har projektet imidlertid en række muligheder for at formidle hjælp til pårørende. Der er inden for Kriminalforsorgen flere rådgivende instanser og foreninger, der kan fungere som støttende netværk, og Center for Misbrug (KK) og KABS, har desuden et projekt, hvor pårørende til misbrugere har mulighed for at få behandling og etablere netværk med andre pårørende. I konkrete tilfælde hvor deltager har bedt om at projektet tager kontakt til pårørende, har projektet indhentet specifikt samtykke til situationen, med konkret aftale omkring, hvad der skulle gives information om til den pårørende.

Endelig er der en side målrettet pårørende på projektets hjemmeside. På siden er det muligt at læse om nogle af de spørgsmål og problemstillinger man som pårørende til en misbruger kan have, få viden om projektet såvel som stoffer samt at finde information om, hvor man kan henvende sig og få hjælp til at håndtere rollen som pårørende til en misbruger. Eksempelvis henvises til Center for Misbrugs og KABS tilbud til pårørende. På hjemmesiden opfordres pårørende desuden til at henvende sig til projektet såfremt de har generelle spørgsmål. Ligeledes henvises der til Kriminalforsorgens telefonlinje for pårørende.

DELTAGERFRAFALD

- og eventuelle tiltag

Der har indtil videre ikke været behov for nogle specifikke indsatser målrettet deltagere, der falder fra. Dette skyldes udelukkende, at det forekommer relativt sjældent (5 %⁴³). Såfremt der på et tidspunkt skulle ske en stigning i antallet af deltagere, der af forskellige grunde får et afbrudt behandlingsforløb, vil POM udarbejde en handlingsplan herfor. På nuværende tidspunkt er antallet imidlertid så lille, at der ikke skønnes at være behov for at udarbejde en egentlig indsats.

INTERNT SAMARBEJDE OG ANSVARSFORDELING I KF

SAMARBEJDSAFTALER

⁴³ I perioden fra 31. dec. 2007 – 31. dec. 2008, 14 ud af i alt 287 deltagere, hvoraf 6 er udskrevet mod deltagers ønske.

Det er helt afgørende for POMs succes at have et godt internt samarbejde i KF. Fra projektets start blev der derfor udarbejdet konkrete samarbejdsaftaler med alle relevante samarbejdspartnere i KF, henholdsvis socialrådgiverne (Basisdok. 3, bilag L) og postpersonalet (Basisdok. 3, bilag M), sygeplejerskerne (Basisdok. 3, bilag N), rejsekontoret (Basisdok. 3, bilag O), vagthavende 209 (Basisdok. 3, bilag P), skolen (Basisdok. 3, bilag Q) samt Kongens Ø og Projekt Menneske (Basisdok. 1, bilag, L). Alle samarbejdsaftaler er underskrevet. Formålet med samarbejdsaftalerne er at gøre kommunikationen og den koordinerede behandling omkring den enkelte deltager så god som mulig, herunder sikre, at alle kender samarbejdets præmisser, sikre accept og enighed om hvordan projektet har sine arbejdsgange i huset samt at undgå konflikter i forhold til ansvarsområde. Aftalerne er individuelt tilpasset det konkrete samarbejde og indeholder alle en konkret ansvarsfordeling, en vision for samarbejdet samt procedure for konfliktløsning, i fald der opstår uoverensstemmelser i samarbejdet/kommunikationen.

FØLGEGRUPPE

Fra første færd har der været dannet en følgegruppe til projektet i fængslet med ledelsesrepræsentanter fra følgende faggrupper: socialrådgiverne, sygeplejerskerne, betjentgruppen og behandlingskonsulenten (formand). Hvert kvartal er der møder med henblik på at afklare fælles problemstillinger og informere om projektet, med det formål at de respektive repræsentanter går tilbage til deres afdelinger og fortsætter dialogen. Særligt i projektets første fase var der god brug af følgegruppens vejledninger omkring de mange forhold og beslutninger, der skulle defineres i relation til projektets opstart (jævnfør Basisdok. 3).

SÆRLIGE SAMARBEJDSINDSATSER

Enkelte samarbejdsforhold har dog haft sine egne udfordringer, som det har været nødvendigt at arbejde mere med. Socialrådgivergruppen og betjentgruppen har naturligt mange kontaktflader til deltagerne i projektet, og derfor har der været helt særlige overvejelser omkring samarbejdet med netop disse faggrupper.

Alle socialrådgivere har elektronisk adgang til projektets journalsystem, undtaget den løbende personlige journal, hvori der skrives notater om selve samtalerne indhold med videre. Dette blev i sin tid udviklet netop med henblik på at optimere samarbejdet mellem de to grupper. Samarbejdet med socialrådgivergruppen bærer præg af at have overlappende funktioner, hvorfor det er naturligt, at der skabes utryghed hos begge parter i situationer, hvor dele af de overordnede arbejdsopgaver er sammenfaldende. Eksempler herpå er opgaver som motivering til behandlingsindsats under afsoning, afklaring af mulige behandlingssteder, kontakten til behandlingsstederne, vurderingen af hvilken behandlingsindsats der er relevant, status på misbrugssituationen til eksterne samarbejdspartnere og meget mere. For at afklare opgavefordelingen blev der i foråret 2008 skabt nogle mere præcise rammer for samarbejdet, som for nylig igen er blevet revideret (Basisdok. 1, bilag Q). Disse rammer sikrer en god og

konstruktiv dialog i hverdagen på såvel medarbejder- som ledelsesplan. Ind imellem er det dog fortsat en udfordring, at henholdsvis den udøvende behandlingsindsats og kompetencerne omkring den besluttende indsats er adskilt og dermed afhængig af forskellige faglige vurderinger.

Omkring betjentgruppen ser projektet det som en vigtig opgave, at bidrage til et godt samarbejde blandt andet gennem kendskab til deres arbejde. Ligeledes er der fokus på at POM, som eksterne medarbejdere i fængslet, ikke er med til at fastholde en opfattelse af fængselsmiljøet generelt og betjentgruppen i særdeleshed, der bygger på antagelser og forforståelser (se også kriterium 8, under introduktion af nye behandlere). I daglig praksis søger behandlerne at skabe gode arbejdsrelationer, således at der er betjente på alle afdelinger og etager som den enkelte behandler på forhånd har god kontakt til, når de går "ud i huset". Dermed oplever alle behandlerne at have nogle "ankerpladser", hvor de lige kan få lidt råd og vejledning, få lavet et opslag i klientsystemet, drikke en kop kaffe med mere.

Indimellem udfordres samarbejdet, for eksempel hvis balancen mellem det pønale system og behandlingssystemet ikke umiddelbart er klar, og hvor det bliver et spørgsmål om individuel vurdering. Her vil behandlersystemet og det pønale system typisk gå til problemet (eksempelvis omkring en deltager) med forskellige fagligheder, forforståelser og løsningsmuligheder. Der har indtil videre kun været enkelte problematiske situationer, som hurtigt er blevet løst til alles tilfredshed. Det skal bemærkes, at POM altid er underlagt KF's regler og retningslinjer for sikkerhed med mere.

SAMARBEJDSFREMMENDE FAKTORER

Det forhold, at KF har stillet en medarbejder til rådighed for projektet har haft afgørende indflydelse på KF og POMs interne samarbejdsvilkår og muligheder. For eksempel var der i projektets start udelukkende henvendelser fra "huset" via denne koordinator. Ligeledes udtrykker KF personalet på mange forskellige måder, at POM oplevedes anderledes end andre behandlingstiltag primært fordi en af deres egne medarbejder er tilknyttet projektet. En anden samarbejdsfremmende faktor er medarbejderens kulturformidling indad i projektet. Således er mange potentielle konflikter blevet undgået, alene på grund af, at det har været muligt at debattere problemstillinger internt i projektet. Dette har balanceret og nuanceret den måde, projektet har taget beslutninger på, for eksempel omkring behandlingsindsatsen og samarbejdet.

Andre forhold som fremmer samarbejdet indenfor KF er blandt andet brug af intranettet i KF til relevant information fra projektet samt flyers og opslag om projektet rundt om i fængslet. Projektet har desuden (via koordinator) opstartet en foredragsrække, hvor afdelinger kan henvende sig, hvis de ønsker et oplæg om projektet på møder og lignende. En del har benyttet tilbuddet, blandt andet beskæftigelsesafdelingens Lokale Samarbejdsudvalg (LSU) med flere.

Projektet (koordinator) har ligeledes afholdt interne kursusdage for betjentgruppen, med fokus på misbrug og kognitiv behandling.

EKSTERNT SAMARBEJDE

- behandling i frihed

SAMARBEJDSAFTALER

For at skabe helhed i deltagers forløb er det afgørende at kende til relevante behandlingsmuligheder i frihed samt at have gode samarbejdsrelationer. Projektet har haft gode erfaringer med at skabe professionelle kontakter med enkeltpersoner i kommuner såvel som behandlingsinstitutioner. I den første tid af projektets anden fase var kontaktudviklingen et konkret indsatsområde, og projektlederen afholdt derfor cirka 25 oplæg og foredrag hos forskellige samarbejdspartnere i frihed i løbet af 3 måneder. Ligesom det gør sig gældende med det interne samarbejde er der for en lang række eksterne samarbejdspartnere udarbejdet en samarbejdsaftale om vilkår for en særlig hurtig kontaktmulighed i forbindelse med overgang til frihed.

KONTAKTREDSKAB

Hver gang en behandler er i kontakt med en "ny" samarbejdspartner noterer vedkommende det pågældende sted, en konkret kontaktperson med navn, stilling og kontaktinformationer samt indhenter eventuel brochure med videre til en fælles 'kontaktmappe'. Således bliver de enkelte behandlers erfaringer løbende samlet og systematiseret til en fælles 'vidensbank' i projektet. Det er et løbende udviklingspunkt at opbygge og vedligeholde netværk med samarbejdspartnere både i frihed og inden for Kriminalforsorgen (se oversigt over samarbejdspartnere, Basisdok. 1, bilag N) og på denne måde udvikle og opdatere kontaktrejskabet (Basisdok. 1, bilag Z).

SPARRING OG VIDEN

Der arrangeres løbende sparringsmøder og – besøg, hvor enten POM tager på visit eller får besøg i fængslet. Eksempelvis har projektet udvekslet viden og erfaring med behandlingsafdelingen i Nyborg Statsfængsel, Søbysøgård, Statsfængslet i Østjylland, Vridsløselille statsfængsel, Arresthusgruppen, eksterne samarbejdspartnere som Projekt Isbeddel og Interkulturel Rådgivning, fængselspsykolog Anja Leavens med flere.

Blandt eksterne behandlere i arresthuse på Sjælland og Bornholm er der desuden etableret et netværk, som mødes hvert kvartal på skift i de forskellige arresthuse. Formålet er at udveksle erfaringer og skabe netværk til gavn for de mange fælles deltagere, der rykkes rundt mellem

arresthusene. Ved at optimere samarbejdet og kendskabet til hinandens arbejde sikres et minimum af motivationstab i forbindelse med skiftet fra én behandlingsinstans til en anden. Typisk er der et eksternt eller internt oplæg til mødet, der sætter fokus på en bestemt del af arresthusarbejdet. Der udarbejdes referat og værtskabet går på tur mellem arresterne.

FORBEDRING OG UDVIKLING AF DEN INDIVIDUELLE PLANLÆGNING OG KOORDINERING

SAMARBEJDSPARTNERE

I projektets interne evalueringsrapport (Basisdok. 8) peges der på konkrete tiltag for at forbedre samarbejdet med interne samarbejdspartnere med fokus på Modtageenheden, sundhedsafdelingen, præsterne og imamen, betjentgruppen og socialrådgiverne. For alle grupper gælder, at samarbejdet på nuværende tidspunkt er velfungerende, men samtidig, at der ses et potentiale i at fortsat at udvikle samarbejdet yderligere til gavn for projektets deltagere.

KONTAKTFORMIDLING

En bærende idé, fra starten af projektet, har været ikke kun at formidle en kontakt til et navn og telefonnummer, men også at skabe en personlig kontakt i form af en telefonsamtale eller et personligt møde. Denne idé er endnu ikke udmøntet i praksis. Samarbejdspartnere, som arbejder opsøgende, kommer gerne i fængslet, men langt de fleste har ikke den mulighed. Derfor kunne det være hensigtsmæssigt, at arbejde mere aktivt med en systematisering af en telefonsamtale mellem kontaktpersonen og deltageren. Projektet har en antagelse om, at dette vil øge fremmødeprocenten yderligere.

PÅRØRENDE

Projektet har udformet en informationspakke, som det planlægges at tilbyde deltageren, at POM sender til deres pårørende. Der skal i den forbindelse indhentes specifikt samtykke og adresse til den navngivne pårørende, som skal kunne findes i cpr-registret. Der bliver *aldrig* sendt personlige hilsner eller breve med informationspakken. I pakken ligger information om POM, rådgivningsmuligheder i Kriminalforsorgen, SAVN, Center for Misbrugs pårørendeprojektet (sidstnævnte gælder kun KK borgere) samt generel information om hvad det vil sige at være indsat og pårørende til en indsat. Beslutningen skal behandles i styregruppen på næstkommende møde i maj måned 2009.

KRITERIUM 7. DOKUMENTATION, KVALITETSSIKRING OG KVALITETSUDVIKLING

RUTINER OMKRING DATA OG DOKUMENTATION

Projektet har et særligt fokus på at arbejde med data i forhold til at sikre en valid og anvendelig dataindsamling. For at opnå dette har projektet formuleret to overordnede målsætninger, som vil blive beskrevet nedenfor: 1) Ansvar for processerne omkring data og dokumentation skal være klare og veldefinerede, 2) Der skal være faste rutiner omkring indtastning og kvalitetssikring af data.

1. Ansvar for processerne

Frem til nu har udvikling af data og dokumentationsområdet været varetaget af projektlederen. I løbet af foråret forventer projektet at have den sidste større udviklingsindsats på plads (mere herom senere), og med dennes afslutning betragtes projektet i højere grad som drift end som et udviklingsprojekt. Derfor er der pr. 1. februar 2009 tilknyttet en kommunikations- og dokumentationsmedarbejder, som fremover skal varetage dokumentationsområdet i projektet (Basisdok. 1, bilag G₂), sammen med den til dataområdet knyttede studentermedhjælper, der står for den praktiske og tekniske side af data- og dokumentationsarbejdet (Basisdok. 1, bilag I).

2. Faste rutiner

De følgende rutiner er beskrevet ud fra et deltagerforløb og dataindsamling omkring dette, i kronologisk rækkefølge⁴⁴:

- Visitator indtaster alle journaloplysninger på deltageren i kfkj-journalen efter første samtale.
- Socialrådgiver fra Københavns Kommune overtager ASI-skemaet (papirform), og indtaster dette i DanRIS. Den beregnede ASI-score skrives ind i bemærkningsfeltet på første faneblad (grunddata) i kfkj-journalen. Udskrift vedhæftes originalskeammet og opbevares i papirjournalen.

⁴⁴ Her beskrives udelukkende rutiner omkring behandling af data er beskrevet. For øvrige behandlingsmæssige rutiner og procedurer henvises til kriterium 5.

- Udskrift af Faneblad 8 overdrages til sekretær, som indtaster oplysningerne i Klientssystemet, hvorefter det makuleres.
- Behandler sikrer ved overtagelse af deltager, at alle felter er udfyldt og udfylder eventuelt manglende oplysninger.
- I forbindelse med udskrivning sikrer behandler, at alle relevante oplysninger udfyldes.
- Cirka 14 dage efter udskrivning foretager behandler⁴⁵ opsøgende arbejde, for at gøre status på fremmøde, jævnfør behandlingsplanen.
- Projektleder/ dokumentationsmedarbejder gennemgår alle udskrevne deltagere for at sikre, at alle data er udfyldt korrekt én gang om måneden. Eventuelle mangler skrives på en liste og udleveres til behandlerne. Der aftales deadline for opfølgningen og listen gennemgås på ny af projektleder/ dokumentationsmedarbejder.

FORMÅL MED DATAINDSAMLING

I forbindelse med registrering af data i projektet lægges der vægt på, at følgende to formål tilgodeses; 1) at data er relevante og dermed kan dække specifikke oplysningsbehov til brug i den nuværende og fremadrettede indsats, 2) at selve dataindsamlingen kan benyttes i praksis i behandlingen, så både behandler og deltager oplever et formål med dokumentationen⁴⁶.

For at sikre opnåelse af projektets overordnede formål med dataindsamlingen har projektet valgt at inddele dataregistreringen i 5 overordnede datatyper, der med specifikke del-formål bidrager hertil:

1. *Oplysningsdata*, hvor formålet er at samkøre kfkj-journalen med Klientssystemet.
 - a. Faneblad 8 i Klientssystemet
 - b. Rusmiddelmodulet
 - c. Status i Klientssystemet
2. *Beskrivende data*, hvor formålet er at beskrive deltagernes kendetegn med henblik på mulige kategoriseringer.

⁴⁵ Det overvejes pt. at lade denne funktion overgå til sekretæren.

⁴⁶ Se baggrundsbeskrivelse vedrørende udvalgte emner beskrevet i kriterium 7 (Basisdok. 1, bilag Ø₄).

- a. kfkj-journalen (Index 2 (personlige oplysninger), Index 5 (stof og behandling)).
 - b. Addiction Severity Index (ASI)).
3. *Projektdata*, hvor formålet er at beskrive det organisatoriske og konkrete forløb i projektet.
 - a. Kfkj-journalen (Index 1 (grunddata), Index 3 (visitation), Index 4 (aftaleregistrering), Index 7 (udskrivning)).
4. *Behandlingsrelevant data*, hvor formålet er at kvalificere behandlingen direkte samtidig med, at data kan vise noget om forandrings- og udviklingsresultater over tid.
 - a. Kfkj-journalen (Index 6 (behandlingsplanen)).
 - b. Registrering af ORS (beskriver forandring over tid) – systematisk registreringer indgår i det nye journalsystem.
5. *Lovbefæstede registreringer*, hvor formålet er at leve op til notatpligten omkring deltageren⁴⁷.
 - a. Kfkj-journal (Index 8 (personjournalen)).

ANVENDELSE AF DATAMATERIALE TIL UDVIKLING AF PROJEKTET

Mulighederne for anvendelse af data er noget nær ubegrænsede, idet man, ud fra ovenstående registreringer, kan sige rigtig meget om rigtig mange forhold. På nuværende tidspunkt anvendes data på følgende vis:

- Kvartalsvise datarapporter/ opgørelser til styregruppen, som viser tendenser og udviklingen over tid på en række kerneområder, herunder de beskrivende data (alder, køn, etnicitet, stof med videre) og organisatorisk data (fremmødeprocenter, frafald og så videre). Her diskuteres eksempelvis om indsatserne er prioriteret korrekt, konkrete dilemmaer analyseres ved hjælp af dataudtræk og data "screenes" generelt for, om der er forhold der afviger fra det forventelige.
- Kvartalsvis formidling til behandlerteamet efter hvert styregruppemøde. Her gives feedback fra styregruppen og data diskuteres op imod den "erfaredede virkelighed" i teamet.

⁴⁷ Offentlighedslovens § 6, stk. 1 har følgende ordlyd: "*I sager, hvor der vil blive truffet afgørelse af en forvaltningsmyndighed, skal en myndighed, der mundtligt modtager oplysninger vedrørende en sags faktiske omstændigheder, der er af betydning for sagens afgørelse, eller som på anden måde er bekendt med sådanne oplysninger, gøre notat om indholdet af oplysningerne. Det gælder dog ikke, såfremt oplysningerne i øvrigt fremgår af sagens dokumenter.*"

- Derudover anvendes der dataudtræk, "når der er behov for det", det vil sige i situationer hvor aktuelle forhold ønskes belyst ved hjælp af data.
- Endelig anvendes dataudtræk i forbindelse med årsrapporter, rapporteringer, evalueringer og artikler om projektet.

Se en oversigt over alle de dataudtræk, der indtil videre har været arbejdet med i projektet i (Basisdok. 1, bilag O).

Som nævnt ovenfor udarbejdes datarapporter i forbindelse med de kvartalsvise styregruppemøder. Datarapporterne formidler både et overblik over den samlede indsats, fra start til dags dato, og beskriver samtidig dataperioderne hver for sig. Disse datarapporter belyser forandringer og tendenser, som kan hjælpe projektet til at navigere og prioritere de fremtidige indsatser. Umiddelbart efter de kvartalsvise styregruppemøder præsenteres behandlerteamet for relevante dataudtræk. Dels får behandlerne indblik i, hvad data kan anvendes til, dels kan overblikket være med til at sætte fokus på problemstillinger, de ikke har været opmærksomme på tidligere. Ofte er det imidlertid omvendt, det vil sige at en eller flere af behandlerne udtrykker bekymring eller begejstring for noget, der kunne være en tendens, som for eksempel at der er stigning i antallet af deltagere med en særlig problemstilling eller at en anden gruppe deltagere i mindre grad følger deres handleplan. I disse tilfælde kan data anvendes til, relativt hurtigt, at undersøge, hvorvidt der faktisk er tale om en tendens eller blot enkelttilfælde uden bemærkelsesværdig sammenhæng. På baggrund heraf vurderes det, hvorvidt der bør iværksættes særlige tiltag eller foranstaltninger. Således har det i flere tilfælde været muligt at 'opfange' og afhjælpe tendenser – før det blev til egentlige problemer. Læs mere herom i afsnittene "Kvalitetsudvikling" og "Kvalitetssikring" nedenfor.

ANVENDELSE AF DATAMATERIALE I PRAKSIS

- Behandlingsplanen som dokumentation og arbejdsredskab

Behandlingsplanen er tidligere kort beskrevet. I det følgende vil behandlingsplanen blive beskrevet som eksempel på, hvordan udvikling og registrering af data kan håndteres som et arbejdsredskab i behandlingen. Her er det, der kaldes "arbejdsmaal" (punkt 8) i behandlingsplanen omdrejningspunktet for det hurtige overblik over hvordan det går med deltagerens målsætninger⁴⁸. Eksempelvis kan en deltager arbejde med følgende målsætninger:

Arbejdsmaal 1: Den terapeutiske alliance

⁴⁸ De mere uddybende samtalenotater fra sagen bliver skrevet i personjournalen.

Arbejds mål 2: Stofedukation

Arbejds mål 3: Ambivalens

Arbejds mål 9: "Deltagerens egen formulerede målsætning".

Til hvert arbejds mål beskrives målsætningen og status over tid. Eksempelvis arbejds mål 3 om ambivalens:

01.02.08 /TR: X er uafklaret omkring sit formulerede ønske om ikke længere at indtage kokain i weekenderne i frihed. Der udleveres fordele/ulempe opgave og forandringshjulet gennemgås.

08.02.08 / TR: X vurderer sig selv til, at være nærmere på en beslutning. Ser klar sammenhæng mellem sin kriminalitet og kokainforbrug. Aftales at arbejde videre med stofedukation. Livsstilsopgave, artikel om kokain, samt "stoffer" fra sundhedsstyrelsen udleveres (se yderlig under arbejds mål 2).

I ovenstående eksempel går en deltager fra at være ambivalent omkring et weekendforbrug af kokain i frihed, til at trække sig ud af sit aktuelle misbrug af hash i fængslet og, i forbindelse med sin løsladelse, at møde op hos "hash og kokainprojektet" i Københavns Kommune. Eksemplet illustrerer desuden, hvordan en behandler kan skabe et hurtigt overblik over status på behandlingsindsatsen og fremsende behandlingsplanen til den overtagende instans. Denne proces sikrer, at deltagerens sager hurtigt kan ekspederes videre i systemet, og at det ikke nødvendigvis behøver at være kontaktbehandleren, der færdigbehandler sagen. Dermed bliver sagsgangen ikke unødvendigt tung, og det forholdsvis høje flow i case-loaden bliver nemmere at håndtere.

GENNEMGANG AF DATAREGISTRERINGER I POM

- JOURNALDATA - KFKK.DK

Erfaringen har vist, at kfkj-journalsystemet i dets nuværende form ikke længere opfylder projektets behov fuldt tilstrækkeligt. Derfor arbejdes der i øjeblikket (i samarbejde med IT-ansvarlige i KF) på at udarbejde et nyt journalsystem til projektet. Behandlerne er blevet bedt om at rapportere fejl og mangler løbende for at opfange de småproblemer, der har været irriterende i hverdagen. Derudover har projektet afholdt en journal-team-dag i november 2008, og POM inddrager ligeledes behandlernes erfaringer undervejs i processen. På nuværende tidspunkt gennemgås alle punkter i journalsystemet med henblik på at udvikle systemet bedst muligt.

Projektets elektroniske dataregistrering er således under udvikling for at tilgodese den fleksibilitet som projektet har brug for. Det nye journalsystem tager afsæt i det eksisterende, men vil blandt andet indeholde en række funktioner, der gerne skulle lette arbejdet for behandlere såvel som dem, der skal trække data. I udarbejdelsen af det nye journalsystem er der desuden fokus på, at kfk-k-journalen skal kunne rumme udviklinger og dynamiske beskrivelser. Dette gælder eksempelvis forandringsprocesser i løbet af den tid deltageren er indskrevet i projektet – herunder om deltageren opnår stoffrihed eller andre målsætninger under behandlingen⁴⁹.

Når dataindsamlingen beskrives i det følgende, er det imidlertid med udgangspunkt i det eksisterende system. Kun enkelte steder, vil der blive peget fremad og orienteret om, hvordan det nye journalsystem planlægges opbygget. Det nye journalsystem forventes at blive implementeret i april/ maj 2009.

kfk.dk journalen er linket til projektets hjemmeside af samme navn. På denne side under "professionel" er der et særskilt "log-in" til journalen. KF har adgang til alle data, undtagen det personlige indhold i samtalen. Det betyder i praksis, at alle socialrådgivere er udstyret med bruger-id og log-on til kfk.dk, hvormed de har adgang til hele journalsystemet undtagen behandlingsplanen og personjournalen.

I praksis er hverdagens papirværktøjer i overensstemmelse med kfk-k-journalens opbygning, hvilket gør det nemt at overføre data og registrering. Selve journalen består af følgende 8 faneblade:

- Grunddata
- Personrelaterede oplysninger
- Visitation og Indskrivning
- Aftaleregistrering
- Stof og Behandling
- Behandlingsplan
- Udskrevet fra projektet
- Personjournal

Datamængden er omfattende, hvorfor der er vedlagt en beskrivelse med affotograferede journal eksempler fra de forskellige faneblade (Basisdok. 1, bilag V).

Behandlerne evaluerer løbende journalsystemet og udvikler det til et styringsværktøj, som skaber overblik i deres behandlingsforløb. Eksempelvis er der netop udviklet en papirkopi over samtaleforløbene, som er planlagt implementeret i det nye journalsystem, således at forsiden

⁴⁹ Eksempelvis de målsætninger beskrevet på s. 17.

på systemet giver behandleren det komplette overblik over behandlingsforløbet, både bagud og fremadrettet.

ADDICTION SEVERITY INDEX

Projektet har adgang til Dansk Registrering- og Informations-System (DanRIS) hos Center for Rusmiddelforskning, hvilket giver mulighed for at indtaste Addiction Severity Index (ASI) oplysninger og herefter beregne en score til brug i det videre behandlingsforløb (se Basisdok. 1, bilag B). Derudover giver databasen mulighed for, at projektet kan anmode om statistiske udtræk i forbindelse med specifikke dataanalyser. ASI er relevant for projektet, da det muliggør, at der kan tegnes en belastningsprofil over den enkelte bruger, som kan bruges i det videre behandlingsforløb. Profilen indeholder oplysninger om, hvor belastet deltageren er i forhold til stoffer; alkohol; kriminalitet; sociale netværk; økonomi; arbejde; psykisk og fysisk. Endvidere er der mulighed for statistiske udtræk i forbindelse med specifikke dataanalyser.

I ASI indsamles der desuden en række grundoplysninger, såsom køn; alder; etnicitet; uddannelse; boligforhold; samlivsforhold; tidligere behandling mv. ASI-interviewet foregår i forbindelse med visitationssamtalen, hvorefter en fast medarbejder i teamet elektronisk taster svarene ind i databasen og laver en score-beregning.

KLIENTSYSTEMET

Projektet var hen over sommeren 2008 involveret i en arbejdsgangsanalyse omkring registrering af rusmidler og misbrugsbehandling i KF. Denne procesanalyse resulterede i den tidligere beskrevne indsats omkring følgende:

- Sikre udfyldelse af faneblad 8 i Klientssystemet på alle indskrevne deltagere (Basisdok.1, bilag F).
- Registrering i Klientssystemet, Rusmiddelmodulet i forbindelse med indskrivning i projektet.
- I forbindelse med afslutning af basisforløb i projektet vedhæftes statusskrivelse i rusmiddelmodulet.
- I forbindelse med overførsel til andet arresthus, eller afsoningssted, fremsendes den mere uddybende behandlingsplan direkte til den opfølgende behandlingsinstans.

Registreringsopgaverne overgik til POM den 1. januar 2009. I basisdok. 1, bilag X ses en detaljeret beskrivelse af hvilke oplysninger der udfyldes i Klientssystemet. Der er ingen oplysninger i ovenstående, som ikke indsamles i forvejen, hvorfor der ikke er nogen yderligere belastning for deltageren i forhold til at udlevere data. Arbejdsprocessen synes effektiviseret i forhold til, at informationen allerede er tilgængelig i projektet og derfor ikke skal indhentes på ny hos den indsatte.

Statusskrivelsen, der vedhæftes rusmiddelmodulet efter basisforløbet, tager udgangspunkt i en fast skabelon (Basisdok 1, bilag S), hvormed projektet forsøger at afstemme, hvilken viden der skal være tilgængelig for KF, og hvilken viden der skal forbeholdes den modtagende behandlingsinstitution via en manuelt fremsendt behandlingsplan. Det skal bemærkes, at deltageren altid skal have statusskrivelsen forevist samt have mulighed for at få indskrevet kommentarer til denne, inden skrivelsen vedhæftes klientsystemet.

ANDEN REGISTRERING

Der foretages desuden en række andre systematiserede registreringer, herunder:

- Beslutningsreferat for de ugentlige teammøder.
- Referat (og oplæg) i forbindelse med kursusaktivitet
- Der skrives udførligt referat om aktiviteter og refleksioner i forhold til den særlige indsats målrettet gruppen af "livsstilskriminelle" i motivationsforløb på Blegdamsvejens Fængsel (BLF). Materialet samles til senere bearbejdning og evaluering af indsatsen.
- Ligesådan dokumenteres indsatsen omkring den "særligt-udsatte-gruppe", som er etableret i skolens regi, for 4-5 af POMs deltagere. Gruppens formål er at opøve sociale kompetencer gennem sociale aktiviteter som kreative workshops, madlavning med videre⁵⁰.

BAGGRUND OG MULIGHEDER FOR DATAUDTRÆK

I det følgende gennemgås en række begrænsninger og præmisser for projektets dataudtræk med henblik på at tydeliggøre baggrunden for valget af eksempler på dataudtræk.

GENNEMFØRSELSGRAD

Det er et centralt vilkår i projektet, at deltagere kan blive udskrevet af projektet uden varsel grundet løsladelse eller overflytning til afsoning. Derfor er det vigtigt, at deltagere er rustet til at forlade projektet hurtigt, ved eksempelvis at have en aktuel behandlingsplan med videre. Det er således ikke et succeskriterium, at deltager har gennemført basisbehandlingen eller et bestemt antal sessioner, men derimod, at deltager 'når som helst' er klar til udskrivelse. Dette kriterium kan der måles på ved at trække data om, hvorvidt der ved udskrivelsestidspunktet var udarbejdet en behandlingsplan.

⁵⁰ Til gruppen er knyttet en skolelærer, som giver løbende feedback til projektet og udveksler erfaringer omkring deltagernes udvikling. Der udarbejdes skriftlige referater omkring indsatserne i gruppen. Denne gruppe foregår uafhængig af andre tilbud, de pågældende deltagere måtte få i projektet.

FREMMØDEPROCENT

Som tidligere nævnt har der ikke været foretaget egentlige målinger af deltagernes tilfredshed med behandlingen. Indtil videre er det imidlertid vurderet, at fremmødeprocenten kan fungere som en indikation herpå.

UDSKRIVNING FRA PROJEKTET

Når en deltager udskrives af projektet noteres årsagen hertil. Hvis deltager udskrives "mod deltagers ønske" eller "mod projektets anbefaling", skal der skrives en bemærkning herom i et særligt felt. Frafaldsprocenten er imidlertid så lille, at der ikke er tilstrækkeligt grundlag for at sige noget om typiske årsager, hverken i forhold til sprog, etnicitet eller andet. Dette antages også at kunne anvendes som en indikator for, at deltagerne i vid udstrækning er tilfredse med behandlingen i POM.

FORTSÆTTER I RELEVANT BEHANDLING

Et af projektets succeskriterier er, at deltagere fremmøder til den kontakt eller det behandlingstilbud, der er formidlet jævnfør deres behandlingsplan. Efter udskrivning fra projektet kontaktes den pågældende person og/eller institution cirka 14 dage efter overflytning / løsladelse, hvorefter det registreres i kfk-journalen, hvorvidt deltageren er fremmødt eller ikke.

TILBAGEFALD TIL KRIMINALITET

Det er frivilligt at blive behandlet i POM, og derfor er der ikke umiddelbar mulighed for at foretage analyser af eventuelt tilbagefald til kriminalitet i projektet. POM kan imidlertid trække oplysninger om at 11 % er såkaldte gengangere⁵¹. Andelen af gengangere kan forventes at stige fremover, i takt med at projektperioden bliver længere.

KØN, ETNICITET, RELIGION OG SPROG

På baggrund af POMs dataindsamlinger foretages som nævnt en række statistiske udtræk af data fire gange årligt i forbindelse med styregruppemøde. Derudover er det muligt at trække data løbende, hvis der for eksempel er mistanke om, at en bestemt gruppe er overrepræsenteret eller i mindre grad end flertallet følger deres behandlingsplan. På nuværende tidspunkt er det muligt at krydse en række forskellige data omkring alder, køn, etnicitet og stof. Projektet indsamler ikke data vedrørende deltagers sprog og religion og har derfor ikke mulighed for at præsentere data herom.

KVALITETSSIKRING

⁵¹ 50 personer ud af de i alt 452 indskrevne i hele projektperioden har været indskrevet i projektet mere end 1 gang.

For at sikre at projektet leverer kvalitet i behandlingen er der opsat en række succeskriterier for udvalgte parametre. Formålet med denne kvalitetssikring er, at vi ved løbende monitorering af udviklingen på disse områder kan sikre, at projektet samlet set når sine mål. Projektet opererer med følgende succeskriterier:

1. Frafaldet er mindre end 25 %
2. 75 % af de indskrevne deltagere skal fremmøde i minimum 75 % af de aftalte forløb.
3. 50 % af de deltagere, der gennemfører behandlingen fortsætter i relevant behandling efter udskrivning fra projektet (behandlingsplan fulgt).

Følgende 3 tabeller viser dataudtræk for de 287⁵² deltagere, der blev udskrevet fra projektet i perioden 31. december 2007 – 31. december 2008.

Tabel 1.

Frafald	
Udskrevet mod projektets anbefaling	8
Udskrevet mod deltagers ønske	6
Udskrevet i alt	287
<i>Frafald i procent</i>	5%

Tabel 2.

Fremmøde - resultater for året 2008	Alle udskrevne deltagere (n=284)	
Deltagernes fremmødeprocent	Procent	Antal
<i>Andel med 100 % fremmøde</i>	88%	250
<i>Andel med >90 % fremmøde</i>	91%	258
<i>Andel med >75 % fremmøde</i>	95%	271

⁵² Som det fremgår af tabel to tager denne imidlertid udgangspunkt i 284 deltagere. Dette skyldes at projektet, i forbindelse med registrering af aftaler, ikke kan sortere deltagere på baggrund af udskrivelsesdato, men udelukkende efter aftaler. Projektet kan således kun trække data vedrørende aftaler registeret for udskrevne deltagere, hvis aftaler har fundet sted i 2008.

Tabel 3.

	Behandlingsplan fulgt	Behandlingsplan ikke fulgt	Ikke oplyst	I alt
Antal	167	110	10	287
Procent	58%	38%	3%	100%

Ovenstående tabeller (1, 2 og 3) viser, at projektet lever op til samtlige af de opsatte succeskriterier, idet kun 5 % af deltagerne falder fra (inklusiv dem der er udskrevet mod deltagers ønske), 95 % af deltagerne har mere end 75 % fremmøde og 58 % fortsætter i relevant behandling efter udskrivning.

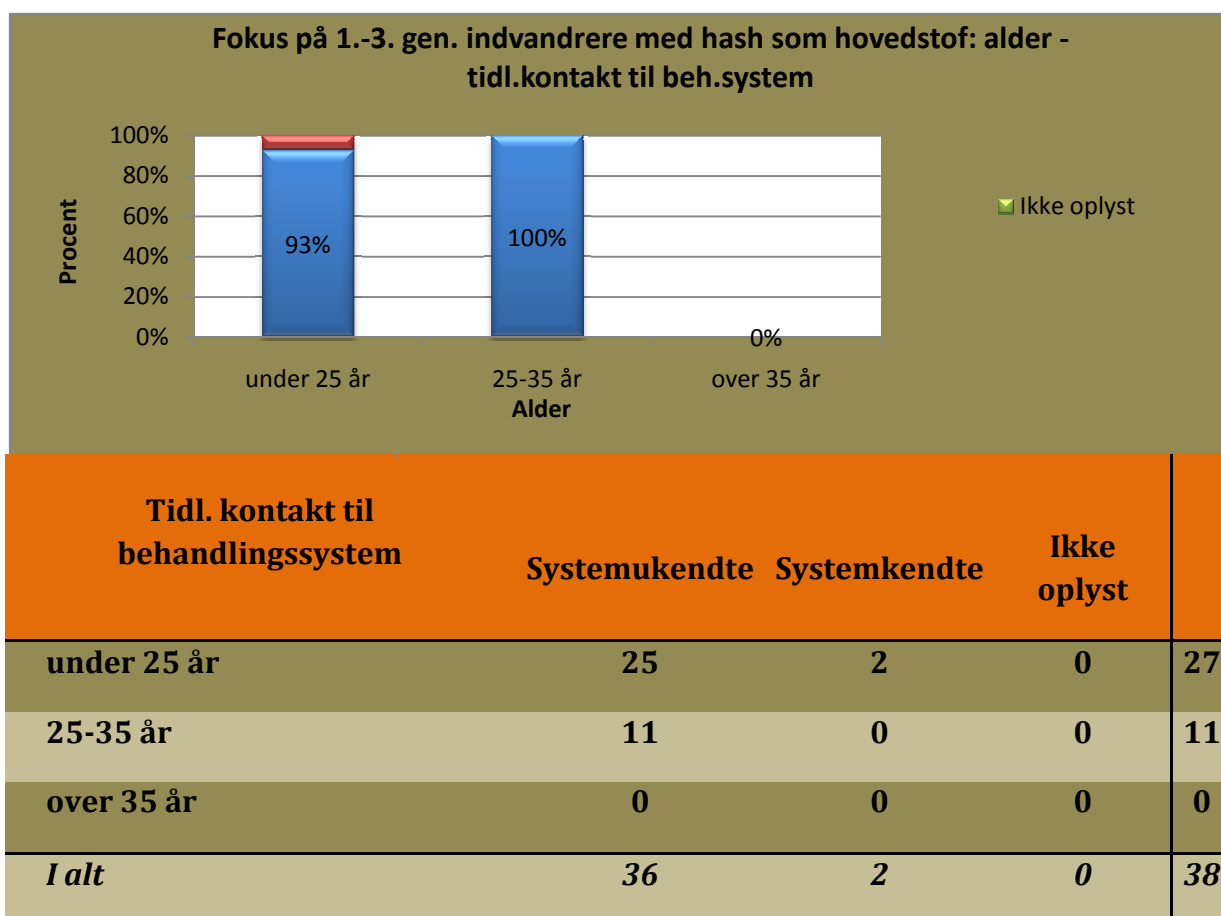
For et generelt overblik over projektet i (basis)tal med hensyn til aldersfordeling, hovedstof, etnicitet, systemukendte/ -kendte med videre henvises til basisdok. 1, bilag P. I samme bilag vises et par udvalgte eksempler på krydsning af data, herunder for eksempel hvor mange deltagere, der har fulgt deres handleplan sammenholdt med alder, etnicitet og hovedstof.

KVALITETSUDVIKLING

Formålet med kvalitetsudviklingen i POM er 1) at kvaliteten af indsatsen hele tiden forbedres, 2) at indsatsen udvikles så den matcher deltagerne bedst muligt og 3) at projektet opfanger eventuelle tendenser - før det bliver til problemer. For at opfylde disse formål monitorerer POM systematisk en række forhold, der – udover succeskriterierne - vurderes at være en indikator herpå. Hvor succeskriterierne fokuserer på det samlede hele, har projektet med andre udtræk mulighed for at undersøge omfang af og kendetegn ved særlige deltagergrupper såvel som problemstillinger, og dermed iværksætte foranstaltninger, hvormed deltagergruppen eller problemet søges løst. Omvendt kan kvalitetsudviklingen også være med til at pege på bemærkelsesværdigt positive forhold, som projektet ligeledes kan få belyst og tage ved lære af.

De følgende dataudtræk er inddraget som eksempel på, hvordan projektet blandt andet via dataudtræk, er blevet opmærksomme en særlig gruppe unge, systemukendte, 1-3 generations indvandrere med hash som hovedstof, der har foranlediget indsatsen beskrevet i kriterium 3 (under "afvigelser fra den oprindelige projektplan").

Tabel 4



Tabel 4 omhandler udelukkende den del af POMs deltagere (i perioden 31. dec. 2007 – 31. dec. 2008), som er 1.-3. Generationsindvandrere og har hash som hovedstof. Som det fremgår af tabellen er gruppen kendetegnet ved at være unge, lige såvel som kun 2 ud af 38 i denne gruppe tidligere haft kontakt til behandlingssystemet. Sammenholdes sidstnævnte med alle projektets deltagere i samme periode, er det tydeligt at denne gruppe - også på dette område - skiller sig ud:

Tabel 5

Tidligere kontakt til behandlingssystemet i frihed	Antal	Procent
Systemukendte	154	54%
Systemkendte	131	46%
Ikke Oplyst	2	1%
I alt	287	100%

Som det fremgår af tabel 5 har 54 % af den samlede⁵³ deltagergruppe ikke tidligere været i kontakt med behandlingssystemet, hvorimod dette gælder 95 %⁵⁴ af den beskrevne gruppe i tabel 4.

Projektet blev allerede i november 2007 opmærksom på denne specifikke deltagergruppe. For at imødekomme disse deltagere med en hensigtsmæssig behandlingsindsats blev der iværksat en grundig teamproces omkring emnet. Hittidige erfaringer, formodninger og gode idéer fik frit spil, der resulterede i et forsøg, lokaliseret på Blegdamsvejens Fængsel. Her fik to behandlere mulighed for at afprøve teamets tese, nemlig at stofmisbruget, for denne gruppe unge, er sekundært i forhold til den valgte livsstil som smart kriminel/ gadedreng med penge. Det blev afprøvet om en anderledes tilgang, uden direkte fokus på stofferne, kunne ændre den unges syn på at gå i behandling for sit stofmisbrug. Der blev i grupperne fokuseret på begreber som ære og stolthed, lagt ansigtsmasker og ligeså langsomt opbygget tillid til en "voksen" person (læs mere herom i kriterium 3).

Erfaringerne fra dette forløb er blevet integreret i projektet og benyttes nu i videre omfang også i den individuelle behandling, herunder især ved at i talesætte de omtalte begreber og arbejde med dem på lige fod med andre faktorer i behandlingen. Grupperne kører fortsat, når der er deltagersammensætning i projektet, der gør det muligt.

Eksemplet illustrerer således, hvordan projektet via (opmærksomme behandlere og) dataudtræk proaktivt har mulighed for at sikre en løbende optimering af behandlingsindsatsen med udgangspunkt i de tre formålskriterier for (se en oversigt over alle de dataudtræk, der indtil videre har været arbejdet med i projektet i Basisdok. 1, bilag O).

DELTAGER FEEDBACK

I forbindelse med akkrediteringsprocessen er det blevet tydeligt for projektet, at der er forhold, der kan forbedres. Et af områderne er en systematisk evaluering af indsatsen fra deltagerne. Teamet har derfor, ud over at arbejde med feedback i den enkelte samtalesession, fra årsskiftet indført to nye evalueringsformer:

- Evalueringsskema efter visitationen (Basisdok. 4, bilag E).
- Anonymt evalueringsskema efter afslutning af basisforløb eller ved tidligere udskrivning af projektet (Basisdok. 4, bilag F).

⁵³ Bemærk at deltagerne beskrevet i tabel 4 også er indeholdt i den samlede deltagergruppe vist i tabel 5, hvorfor denne gruppe er med til at skabe det relativt høje antal af systemukendte deltagere generelt.

⁵⁴ Det skal bemærkes at denne specifikke gruppe som beskrevet i tabel 4 kun består af 38 deltagere, hvorfor procenttallet kun kan anvendes til at beskrive en tendens og kan ikke betragtes som eksakt gældende for denne type deltagere.

I forbindelse med sidstnævnte vurderes det vigtigt, at besvarelsen så vidt muligt anonymiseres, hvis det skal være en retvisende kritik. Ulempen er dog, at svarprocenten med stor sandsynlighed vil blive lavere, idet færre vil føle sig forpligtiget til at besvare skemaet. Ved evaluering af indsatsen vil dette punkt blive overvejet. I praksis foregår det således, at deltageren får udleveret et evalueringsskema, både når visitationsforløbet og basisforløbet afsluttes. Besvarelsen afleveres til postpersonalet i en lukket kuvert. Personalet afleverer denne i POMs dueslag på centraladministrationen. De lukkede kuverter samles sammen og én gang om måneden åbnes alle besvarelser (i forbindelse med det månedlige heldagsmøde, hvor alle deltagers sager gennemgås). Der bliver på en måned udskrevet cirka 25 til 35 deltagere, hvorfor anonymiseringen vurderes at blive opretholdt.

Det er vigtigt for projektets udvikling, at deltageres feedback bliver inddraget systematisk. Ovenstående tiltag virker indtil videre lovende, men det vurderes endnu for tidligt at foretage en egentlig evaluering heraf. Tiltagene bliver nu afprøvet og vil blive evalueret og vurderet i forhold til om de fungerer efter hensigten, så snart dette vurderes muligt.

PROJEKTEVALUERING

Der er udarbejdet en evalueringsrapport af projektfase 1 (fra perioden 1. april 2007– 1. juli 2007) (Basisdok. 9). Derudover er der foretaget en intern procesevaluering af projektet fra perioden 1. april 2007- 31. august 2007, som er dokumenteret i en intern evalueringsrapport (Basisdok. 8). Denne rapport indeholder bl.a. også en evaluering af projektlederen. Endelig er der afsat tid (projektfase 3 fra 1. dec. 2009 – marts 2010) og midler til at foretage ekstern evaluering af behandlingsfase 2 (fra perioden 1. august 2007- 31. nov. 2009).

Der udarbejdes en årlig statusrapport til Velfærdsministeriet grundet satspuljefinansiering. Rapporten tager afsæt i KKs skabelon for statusrapportering (se Basisdok. 7) for den seneste og foreløbig eneste årsrapport.

Udover de nævnte rapporter foretages løbende evaluering af projektet i forbindelse med de kvartalsvise styregruppemøder. Her drøftes blandt andet hvordan projektet lever op til succeskriterierne (med udgangspunkt i data)samt eventuelle problemstillinger i projektet.

Derudover har POM deltaget i et samarbejde med Center for Rusmiddelforskning fra Aarhus Universitet, som har fået indblik i 4 arresthuses behandlingsprojekter og netop har publiceret den første artikel i STOF bladet⁵⁵.

Endelig har POM stillet sig til rådighed i forbindelse med interviews for forskellige forskere gennem det seneste år. Følgende har været på besøg i projektet:

⁵⁵ STOF bladet, nummer 12, 2008. POMs bidrag er baseret på interviews med behandlerteamet samt 8 indsatte, september 2007.

- KABS Glostrup, cand.soc. og projektleder Karina Sachse, som har interviewet 5 deltagere med anden etnisk baggrund end dansk, med fokus på relevante behandlingstilbud i frihed til denne målgruppe.
- ALS research har i forbindelse med sit metodeudviklingsprojekt om behandlingsstrategier målrettet stofmisbrugere med anden etnisk baggrund, været på besøg i POM og lavet fokusgruppe interview med behandlerteamet.
- Et forskerteam fra Middlesex University, Centre for Transcultural Studies in Health, har været på besøg og interviewet 12 indsatte, 2 behandlere og projektlederen, med fokus på misbrugsbehandling af deltagere med anden etnisk baggrund end dansk.

Som det ses af ovenstående har der været meget fokus på de af projektets deltagere med anden etnisk baggrund end dansk. En del af årsagen hertil skal findes i det faktum, at der i det etablerede behandlingssystem i frihed ikke er indskrevet ret mange brugere med anden etnisk baggrund end dansk. I projektet har 33 % af alle deltagere anden etnisk baggrund end dansk og hvad angår målgruppen af unge under 25 år er andelen cirka 50 %.

I forbindelse med den endelige evaluering af projektet er der desuden sikret mulighed for at indhente statistik fra Sundhedsstyrelsens database over alle indskrevne i misbrugsbehandling i Danmark. Cpr. registre kan samkøres, således at der kan måles på, i hvilket omfang deltagere i POM også har deltaget og afsluttet primærbehandling i frihed.

OPBEVARING AF DATA

Københavns Fængslers IT- chef var før projektets opstart ansvarlig for ansøgning til datatilsynet om opbevaring af data. KF fik i denne forbindelse oplyst fra Datatilsynet, at projektets data, så længe de er hostet på et domæne ejet af KF, går ind under den generelle tilladelse til dataopbevaring som fængslet har i forvejen. Data er således placeret på en central server, hvor Københavns Fængsler haren dedikeret tildeling til det nødvendige afsatte dataområde (extranet). Der tages daglig fuld backup af databasen - og dermed af alle data. I henhold til Kriminalforsorgens generelle anmeldelse skal sletning af data foretages senest 10 år efter løsladelse, ophør af frivilligt ophold eller endt sagsbehandling.

UDVIKLING OG FORBEDRING AF TILVEJBRINGELSE OG ANVENDELSE AF DOKUMENTATION

NYT JOURNALSYSTEM

Det er projektets klare forventning, at implementeringen af det nye journalsystem vil medføre en række forbedringer. Først og fremmest er journalsystemet opbygget således, at det i videst muligt omfang tilgodeser behandlernes behov for et let tilgængeligt arbejdsredskab, herunder

endnu mere relevant information, skriveskabeloner og overbliksside. Dernæst er det forventningen, at journalsystemet vil åbne mulighed for at beskrive og udvikle projektet i endnu højere grad end det er tilfældet nu. Dette skyldes blandt andet, at det bliver muligt at foretage en række nye krydsninger af data, herunder for eksempel "fremmødeprocent"/ "hovedstof" og "antal samtaler"/ "handleplan fulgt".

INTERN OG EKSTERN VIDENDELING OG SAMMENLIGNING

I forbindelse med udarbejdelse af det nye journalsystem arbejdes der ligeledes på, at de informationer, der indsamles i projektet, så vidt muligt, stemmer overens med de informationer, der indsamles via ASI og KFs Klientssystem for misbrugsbehandling. Dette betyder, at der, på sigt, vil være mulighed for at sammenkøre dele af journalen og/eller at anvende samme oplysninger til at udfylde journalerne og derved undgå divergerende oplysninger i de respektive journalsystemer. Endelig er det tanken, at der (på sigt) skal genereres dataudtræk, der vil være relevante at sammenligne med andre misbrugsprojekter, internt såvel som eksternt, som kunne pege på tendenser og forskelle inden for arresthusregi, og mulige forbedringer heraf.

SYSTEMATISK EVALUERING AF BEHANDLINGSINDSATSEN

Med det nye journalsystem bliver det muligt at registrere de scoringer, der opnås i hver session omkring SRS og ORS elektronisk og dermed at arbejde statistisk med de indsamlede data. Dette vil give mulighed for, at redskabet ikke blot er et effektivt værktøj i selve behandlingsindsatsen, men også på et overordnet plan kan belyse den samlede indsats effekt, som den opleves af deltagerne.

Ligeledes vil den systematiske registrering af SRS og ORS åbne mulighed for at følge de enkelte deltagers udvikling, mens de er indskrevet i projektet og dermed sikre en mere dynamisk anvendelse af data.

DOKUMENTATION AF FORANDRING

I kriterium 3 (i afsnittet "Kriterier for at være egnet til behandling i POM ") beskrives en række eksempler på, hvad POM betragter som relevant forandring. I forbindelse med udvikling af det nye journalsystem bør det overvejes, hvorvidt det er muligt og hensigtsmæssigt at måle på om, og i så fald hvilken, forandring deltagerne opnår i løbet af behandlingsforløbet i POM. For eksempel kunne man forestille sig, at deltagerne i forbindelse med evalueringen efter basisforløbet kunne krydse af på ja/nej spørgsmål som eksempelvis:

1. Har du nedbragt dit stofforbrug, under din indskrivning i POM eller fastholdt stoffrihed?
2. Hvis du ikke var stoffri i forvejen, er du så blevet stoffri under dit ophold i POM?
3. Føler du, at du nu ved mere om stoffernes virkning og konsekvenser?
4. Oplever du at have større viden om hvordan tanker, følelser og handlinger hænger sammen?

5. Hvis du var i tvivl om dit mål da du startede, er du så blevet afklaret omkring hvad dit mål er nu, efter dit forløb i POM?

En overvejelse i forbindelse hermed bør dog være, om POM, ved at stille konkrete spørgsmål, begrænser/ definerer, hvad der relevant forandring for den enkelte.

INTEGRERING AF ASI

ASI'en kan i højere grad integreres i behandlingsarbejdet, end det er tilfældet på nuværende tidspunkt. Der er planlagt teamprocesser, som dels skal arbejde med ASIens muligheder for at skabe troværdig dialog og forudsætninger for en vedkommende behandlingsplan, og dels skal der arbejdes med opgavefordelingen mellem visitator og behandler. ASI-interviewet udføres i øjeblikket af visitator, men kan med fordel overgå til behandleren, som opstart på behandlingsforløbet.

OPTIMERING AF BEHANDLINGSPLAN

Behandlingsplanen er ligeledes ikke fuldt ud optimeret endnu. Den første basisdel (punkt 1-6) er ikke udviklet godt nok endnu. Dette skyldes primært, at den skal have to funktioner. På den ene side skal den fungere som et værktøj, der kan benyttes som fundament for den videre behandlingsindsats hos POM eller en samarbejdspartner, og på den anden side skal den være så enkel og "let", at den kan udfyldes med relevante oplysninger, der peger på en kontakt til frihed, på baggrund af en eller to samtaler. Punkt 8 omkring arbejdsmålene fungerer godt og efter hensigten, men kan med fordel udvides med øvelser brugerne selv kan lave for at blive mere klare på planen.

TILBAGEFALD TIL KRIMINALITET

Som nævnt har POM ikke mulighed for at trække data vedrørende deltagernes tilbagefald til kriminalitet, men KF har mulighed for dette. For at undersøge spørgsmålet nærmere kunne det imidlertid afprøves at etablere en kontrolgruppe inden for KF, der ligner behandlingsgruppen fra POM, og sammenligne i hvilket omfang deltagerne vender tilbage til fængselssystemet indenfor en bestemt periode.

OVERLEVERING AF BEHANDLINGSSTATUS

Der er pt. ikke sikret en systematisk og elektronisk overlevering af oplysninger om deltagernes behandlingsbehov i forbindelse med overgangen fra varetægtsfængsling til afsoning. Der bør arbejdes på en løsning, hvor POMs statusnotater i klientsystemet systematisk indgår i den samlede indstilling til Direktoratet om afsoningssted.

ADGANG TIL KLIENTSYSTEMET

Projektet har (december 2008) ansøgt IT kontoret på KF om adgang til blandt andet Klientsystemet, hvilket der ventes svar på i begyndelsen af 2009 (Basisdok. 1, bilag Å).

KRITERIUM 8. MEDARBEJDERE, LEDELSE, SAMARBEJDE OG ARBEJDSMILJØ

MEDARBEJDERE I POM

Projektet består i øjeblikket af 1 projektleder, 1 projektkoordinator, 6 behandlere, 1 socialrådgiver, 1 projektsekretær og 2 studentermedhjælpere.

I dette kapitel vil det primære medarbejderfokus være på behandlerne med mindre andet er nævnt. Dette skyldes, at langt størstedelen af teamet består af behandlere eller medarbejdere, der udover deres specifikke ansvarsområde også har en behandlerfunktion. Derudover er det udelukkende behandlere, der skal introduceres til projektets teori, metoder og praksis. Endelig er projektsekretæren nyligt tilknyttet projektet på daglig basis, mens studentermedhjælperne er mere løst tilknyttet, idet de er ansat i Mål- og Rammekontoret for Misbrug og Bolig og har ikke har deres daglige gang i projektet.

BEHANDLERPROFILER

I projektet tilstræbes det at sammensætte behandlerteamet ud fra følgende principper:

- Behandleren har relevant basisuddannelse som socialpædagog, socialrådgiver, psykolog eller lignende.
- En bred tværfaglig fælles profil for teamet, således at mange faglige tilgange og kompetencer er repræsenteret.
- Erfaring med kognitiv terapi.
- Erfaring og fortrolighed omkring arbejdet med afhængighed.
- Erfaring med arbejde indenfor Kriminalforsorgen.

Området er detaljeret beskrevet i Evalueringsrapporten for Projektfase 1 (Basisdok. 9, s. 15).

LEDELSE I POM

LEDELSESPROFIL

Det tilstræbes at projektlederen har relevant videregående uddannelse, projekt og dokumentationserfaring, ledelseserfaring, erfaring med projektets målgruppe, kunne navigere og styre indsatserne ud fra fastsatte mål, være en motiverende og initiativrig leder og kunne sikre forankring og den daglige drift.

LEDELSESPRINCIPPER

Ledelsen tager udgangspunkt i en coachende, tillidsbaseret og uddelegerende tilgang til ledelse. Der er fokus på opgaven og krav om et vist ambitionsniveau samt løbende faglig udvikling for alle i teamet. Derudover fokuseres der på at drage omsorg for medarbejdergruppen gennem en både demokratisk og synlig ledelse.

Dette betyder på det praktiske plan, at medarbejderne i projektet har goder i hverdagen som frugtordning, rosiner, mandler, havregryn, te, kaffe, espresso, vandflasker med videre. Fri adgang til lederen om stort og småt. Fri arbejdstid, det vil sige mulighed for at arbejde hjemme, flexdage og -tid med videre. Der er modsat en række krav om at disponere sin tid til teamets fælles bedste (spørger teamet om fri – ikke lederen) og selvstændig løsning af praktiske forhold, som for eksempel hvis en telefon eller computer ikke virker.

På det faglige plan er der krav om synlige og tydelige faglige refleksioner i hverdagen, engagement i forbindelse med nye faglige muligheder og potentialer. Ligeledes er der forventning om villighed til at arbejde med egne forbehold og grænser samt uopfordret og uforbeholdent at dele sin faglighed med andre i teamet. Som medarbejder i POM ved man, at alle procedurer og forhold i projektet altid er til debat og diskussion, ligesom det altid er muligt at argumentere for god idé eller få prøvet nye faglige udfordringer af. Det tilstræbes i meget høj grad, at skabe rum til, at den enkelte behandler kan forfølge og udvikle sine faglige interesser. Eneste betingelse er, at ovenstående favnes af den metodiske ramme i projektet (beskrevet i kriterium 4).

MEDARBEJDERNES UDDANNELSE OG ERFARING

Projektets behandlere har, som tidligere nævnt, en meget forskellig faglig baggrund. På baggrund heraf har vi fundet det hensigtsmæssigt at beskrive hver enkelt af teamets faglige kompetencer separat. Ligesom på, hjemmesiden og andre steder, vil der kun blive benyttet fornavne i præsentationerne.

Ida – behandler, blev færdiguddannet som socialrådgiver i 2003. Herefter blev Ida ansat som socialrådgiver i Kriminalforsorgen (Nyropsgade) og uddannet som instruktør i den kriminalpræventive kognitive uddannelse, Nye veje, i 2005. Ida har derudover gennemført en uddannelse i motiverende samtaleteknik.

Petrine – behandler, blev uddannet som pædagog 2003 og arbejdede herefter i KABS, først hos Rusnavigatørerne, derefter som behandler i KABS Glostrup-afdelingen med substitutionsbrugere. Petrine er ved at færdiggøre en grunduddannelse i kognitiv terapi.

Mette – behandler, blev færdiguddannet som pædagog i 2001. Herefter arbejde Mette med afklaring og visitation til anden behandling i kommunalt og privat regi i Rådgivningscenter Vest,

indtil 2002, hvor hun blev misbrugsbehandler i Netværket⁵⁶. Herefter arbejdede Mette med unge med misbrugsproblemer og botræningsbehov i Bofællesskabet Østre Gasværk. Mette er uddannet som National Acupuncture Detoxification Association akupunktør og har desuden fulgt en række kurser, herunder kursus i kognitiv behandling og motiverende samtaleteknik.

Mette – behandler, blev færdiguddannet som ergoterapeut i 2001, har en bachelorgrad i psykologi og er ved at færdiggøre en kandidatgrad i psykologi. Mette har arbejdet inden for hospitals- og socialpsykiatrien siden 1998, herunder både med individuel- og gruppebehandling og har oparbejdet en solid erfaring med personer, der har psykiske symptomer. Derudover har Mette arbejdet som behandler i forskningsprojektet CapOpus, vedrørende misbrug og sindslidelse på Bispebjerg Hospital. Mette har endvidere fulgt en række kurser, herunder kursus i kognitiv terapi og løsningsfokuseret korttidsterapi og Prochaskas ændringscirkel.

Anne-Marie – behandler, blev uddannet sygeplejerske i 1976 og har herefter arbejdet som sygeplejerske en række forskellige steder og som psykiatrisk sygeplejerske på blandt andet lukket kvindeafdeling på Rigshospitalet og ungdomspsykiatrisk afdeling, Mortebello i Helsingør. Anne-Marie har desuden arbejdet som bostøttemedarbejder i Hørsholm og Karlebo, alkoholbehandler i Nordsjællands Misbrugscenter og gruppekoordinator på Plejecentret Sjælsø. Samtidig hermed har Anne-Marie gennemført en regional misbrugsuddannelse samt en procesorienteret psykoterapeutisk uddannelse som familierapeut i 2001. Anne-Marie har desuden fulgt en række kurser, herunder kurser i konfliktløsning, kognitiv terapi, motiverende samtaleteknik og ledelse af forandrings- og udviklingsprocesser.

Thomas – behandler, blev uddannet socialrådgiver i 1996 og har siden arbejdet som socialrådgiver inden for Kriminalforsorgen på forskellige afdelinger i København, samt på afdeling for Samfundstjeneste. Sideløbende hermed har Thomas taget uddannelse i motiverende samtaleteknik og som certificeret programinstruktør i anger management.

Charlotte - projektkoordinator og behandler, har arbejdet i KF siden 1984. Først i forskellige administrative stillinger blandt andet i Syd- Nord- Østfløjen og som skolesekretær. Herefter havde Charlotte pædagogisk arbejde i behandlingsprojektet Kongens Ø, samtidig med hun gennemførte en pædagogisk grunduddannelse. Sideløbende hermed har Charlotte iværksat en række projekter med indsatte, herunder maleprojekter, madprojekter og lørdagssport. Charlotte har desuden fulgt et kursus i Mindfulness. Charlotte blev ansat som projektsekretær, da Projekt Over Muren startede, men blev efter kort tid projektkoordinator og behandler og er nu ved at færdiggøre en grunduddannelse i kognitiv terapi. Charlotte fungerer desuden som konstitueret leder ved projektleders fravær.

Heidi - socialrådgiver og behandler, blev færdiguddannet som socialrådgiver i 1998. Herefter

⁵⁶ Det nuværende Center For Misbrug.

arbejdede hun som socialrådgiver på (det tidligere) Amagerbro Socialcenter til år 2000 og på Kgs. Enghave Bydel Socialcenter til 2002. Siden har Heidi arbejdet på Rådgivningscenter Vest med socialfagligt arbejde, herunder med afklaring, visitation, behandling, ressourceprofiler og tilsynsbesøg. Heidi har desuden fulgt en række kurser og undervisningsforløb, herunder kurser om motiverende samtaleteknik, kognitiv behandling (2008), gruppeteori (2006) og bostøtte til misbrugere (2006).

Pia – projektsekretær, har arbejdet som sekretærfuldmægtig i 11 år ved Landsforeningen UNGBO og 7 år ved Postvæsenets EDB- og Planlægningssekretariat. Derudover har Pia arbejdet som sekretær inden for Kriminalforsorgen siden 1992, først som forsorgssekretær i hhv. Sydfløjen, Østfløjen og siden 1997 på Blegdamsvejens Fængsel, indtil hun blev ansat som sekretær i projektet.

Martha - studentermedhjælp, har en Bachelor i Retorik og Sociologi fra Københavns Universitet og læser pt. til kandidat i Politisk Kommunikation og Ledelse på Copenhagen Business School. Martha har været ansat i Mål- og Rammekontoret for Misbrug og Bolig (Socialforvaltningen, KK) siden september 2006, hvor hun blandt andet har medvirket til udarbejdelse af en redegørelse om prostitution i København.

Thomas – studentermedhjælp, har en Bachelor i Sociologi fra Københavns Universitet og læser pt. til Kandidat i Politisk Kommunikation og Ledelse på Copenhagen Business School. Thomas har tidligere arbejdet med statistik i Kræftens Bekæmpelse og konsulentfirmaet Udviklingsforum. Thomas har været ansat i Mål- og Rammekontoret for Misbrug og Bolig (Socialforvaltningen, KK) siden april 2008.

Trine – projektleder, blev uddannet som jordemoder i 1999 og arbejdede herefter som jordemoder indtil 2004 - først på Rigshospitalet, senere på Hvidovre Hospital, hvor hun blandt andet havde projektansvar i flere kvalitetssikrings- og forskningsprojekter. Herefter tog Trine en Master i Human Resources and Educational Development på Roskilde Universitets Center fra 2003-2005 og fungerede som teamkoordinator for det udgående team på Nordsjællands Misbrugscenter fra 2004 – 2007. Trine startede Projekt Over Muren i april 2007.

ROLLER OG ANSVARSOMRÅDER

Ved projektets start blev der udarbejdet funktionsbeskrivelser for samtlige daværende medarbejderfunktioner i projektet. Sidenhen er der udarbejdet funktionsbeskrivelser for de medarbejderfunktioner, der løbende er tilknyttet projektet, henholdsvis projektkoordinator, studentermedhjælp samt kommunikations – og datamedarbejder.

- Funktionsbeskrivelse for behandler i POM (Basisdok. 3, bilag S)
- Funktionsbeskrivelse for socialrådgiver i POM (Basisdok. 3, bilag U)
- Funktionsbeskrivelse for koordinator i POM (Basisdok. 1, bilag G₁.)

- Funktionsbeskrivelse for sekretær i POM (Basisdok. 1, bilag H)
- Funktionsbeskrivelse for studentermedhjælp i POM (Basisdok. 1, bilag I)
- Funktionsbeskrivelse for projektleder i POM (Basisdok. 3, bilag V)
- Funktionsbeskrivelse for kommunikations – og dokumentationsmedarbejder i POM (Basisdok. 1, bilag G₂)

Der er desuden udarbejdet en vejledning, som redegør for den interne rollefordeling i teamet inklusiv arbejdsfordelingen mellem behandler og visitator (Basisdok. 1, bilag M). Visitationen varetages på skift af behandlerne. Der er (jævnfør tidligere beskrivelse) udarbejdet et skema over sagsgange samt tilhørende retningslinjer i forbindelse med et standardiseret behandlingsforløb i POM (Basisdok. 1, bilag D og A). Alle beskrivelser bliver løbende tilrettet, afhængig af den praktiske organisering og udvikling af projektet.

Der er ikke tilgængelige funktionsbeskrivelser for andre medarbejdergrupper i fængslet, men der henvises til samarbejdsaftalerne og den særligt oprettede procedure mellem socialrådgivergruppen og POM (se kriterium 6 og Basisdok. 1, bilag Q).

INTRODUKTION AF NYE BEHANDLERE

Når behandlere opstarter i projektet er den første måned afsat til introduktionsforløb (se Basisdok. 1, bilag J) for det opdaterede introduktionsforløb for medarbejdere i POM). I introduktionsforløbet vægtes en grundig introduktion til KF (Postpersonalet, Modtagerafdelingen, Socialrådgivergruppen, Skolen og Sundhedsafdeling), via føl-ordninger, højt. Ligeledes er alle nye behandlere "føl for en dag" med samtlige behandlere i teamet. Dette både for at skabe gode arbejdsrelationer, fra starten af, og for at den nye behandler får et indblik i de mange forskellige faglige kompetencer, der tilsammen udgør teamet. Herudover introduceres Center for Misbrug og projektets faglige metoder formidles, sammen med projektets dokumenter i form af rapporter med videre. Behandlerne får desuden information om KFs sikkerhedsbestemmelser, modtager id-kort, nøglekursus med mere, ligesom alle andre nyansatte i KF.

Som et primært redskab i introduktionen udleveres projektets Medarbejderhåndbog, som indeholder alle skriftlige retningslinjer og procedurer samt en mængde andre relevante informationer. Håndbogen er fremsendt sammen med akkrediteringsrapporten (Basisdok. 6).

Introduktionen får gradvist mere og mere præg af egentligt behandlingsarbejde. Projektleder er tovholder på introduktionsplanen og vil, sammen med medarbejderen, planlægge et individuelt opstartsforløb med konkrete opgaver. Erfaringen viser, at nye medarbejdere føler sig godt tilpas i visitationsfunktionen, fordi de her får mulighed for grundigt at komme ind i projektets kultur og praktiske funktioner. Der er i denne funktion ikke krav om en kognitiv metodisk

tilgang, hvorfor der er tid og ro til at følge projektets uddannelsesplan og forberede sig til den egentlige behandlingsindsats.

OPRETHOLDELSE OG UDVIKLING AF BEHANDLERNES FAGLIGE VIDEN

Siden projektets start har behandlerteamet og projektleder i samarbejde gennemført et omfattende procesarbejde med at udvikle manualer og fagligt materiale til behandlingen. Selvom en sådan proces er relativt tidskrævende anses det som nødvendigt og meget lærerigt for alle, at behandlerne er med til at udvikle det faglige materiale. Dette skyldes primært at behandlerne, i højere grad, tager ejerskab og bliver yderligere bevidste om materialernes muligheder og faglige forankring. Ligeledes er det afgørende for materialets anvendelse, at det løbende udvikles så det underbygger projektets udvikling og ikke hindrer samme. Se læsevejledningen for en oversigt over projektets manualer og faglige materialer.

Behandlerne er, som medarbejdere i CFM, forpligtigede til at holde sig opdateret på den seneste viden om misbrugsbehandling. Denne viden søges der på forskellig vis at gøre tilgængelig i projektet, via følgende tiltag:

- Tæt kollegial kontakt til resten af Center for Misbrugs kompetencer inden for behandlingsområdet.
- Abonnement på Tidsskriftet STOF.
- Repræsentanter i netværket "Misbrugsnet" (en mailgruppe, der udveksler og diskuterer nyeste viden).
- Kontakt til Center for Rusmiddelforskning og løbende opdatering af viden fra deres hjemmeside.
- Specifikke søgninger på litteratur i forbindelse med komplekse faglige problemstillinger.
- Udlevering af personlige fagbøger inden for kerneområderne; Rusmidlernes biologi, Kognitiv behandling og Motiverende Samtaleteknik, herunder grundbøgerne:
 - Motivationssamtalen (2004), Miller og Rollnick;
 - Kognitiv Terapi (2007), Judith Beck
 - Rusmidlernes biologi (2001), Rindom et al.
- Tilgængelige fagbøger på en lang række specialområder inden for misbrugsområdet.
- Adgang til forskellige netværk inden for misbrugsområdet, herunder
 - KKs netværk for psykologer på misbrugsområdet
 - ERFA gruppen – tværfagligt vidensdeling netværk inden for misbrugsbehandling i KK
 - Arresthusnetværk

INTERN VIDENSDELING

Processen omkring den metodiske udvikling i projektet har været med til at skabe fælles teoretisk forståelse for metoderne. Dermed er de enkelte behandleres faglige potentialer kommet i spil, og teamets samlede faglige ressourcer er blevet synliggjort, hvilket har medvirket til at skabe et frugtbart fundament for fælles læring således, at alle behandlere deler deres styrker og særlige viden med resten af teamet eller dem, der har behov herfor. For at understøtte dette har projektet udviklet en række rutiner og aftaler, der er med til at sætte rammerne for den interne vidensdeling i projektet, herunder:

- Aftale om at der, udover den spontane vidensdeling og sparring vedr. konkrete sager, altid er 'to par øjne' på udgående skriftligt arbejde (behandlerplan, udtalelser til retten mv.).
- Gennemgangsmøder en gang om måneden, hvor alle igangværende sager drøftes med henblik på at drøfte succes'er, redskaber og udfordringer i behandlingen.
- En fælles materialebank (der løbende udbygges), hvor projektet samler materiale og konkret viden om behandlingssteder, kontaktpersoner med mere.
- En 'menu' på projektets hjemmeside, hvor projektet kan finde www-adresser på relevante samarbejdspartnere og litteratur om misbrug med mere.
- Krav til behandlerne om at bidrage uopfordret med viden og sparring til kollegaer

INDIVIDUELLE FAGLIGE LÆRINGSFORLØB

Der er fra starten lavet individuelle faglige læringsforløb med en faglig kognitiv konsulent fra Center for Misbrug. Omfang og intensitet har været afhængig af den enkelte behandler's behov, særligt på det kognitive vidensområde. Ligeledes fastlægger den enkelte behandler i samråd med projektleder sit eget læringsforløb, i forhold til egen behandlerfunktion og ønskværdige kompetencer.

I denne sammenhæng er det praksis, at det er muligt ved behov at etablere egentlige læringsforløb behandlerne imellem således at der afsættes tid til, at en behandler, der eksempelvis er god til at formulere sig skriftligt, kan fungere som lærer eller guide for en, som ønsker at blive bedre. Ligesådan har der været etableret "makkerpar", med fælles klienter og fælles samtaleforløb, med konkrete faglige målsætninger omkring vidensdeling fra én behandler til en anden.

SUPERVISION

Ved projektets start blev behandlerne indledende oplært af en kognitiv behandler, der som konsulent i Center for Misbrug var tilknyttet projektet i den indledende del af projektfase 2. Konsulenten har endvidere givet løbende supervision i kognitiv metode og behandlingstilgang i forbindelse med opstart af gruppebehandling.

Behandlerteamets faglige og personlige sammensætning har fra starten været relativt uhomogen. Derfor blev det besluttet, at tilbyde alle behandlere supervision, både individuelt og i gruppe, for at styrke den enkeltes faglige udvikling og for at styrke vidensdeling og kendskab til hinandens faglige kompetencer. Supervisionen havde som samlet indsats til formål at give den enkelte behandler mulighed for at arbejde med sin faglighed, styring af gruppeprocesser, planlægning af behandlingsforløb med mere. Teamet arbejder pt. med følgende supervisionsformer

- Periodevis individuel supervision, efter behov – ved kognitiv psykolog Lene Jønsson
- Gruppesupervision, månedlig – ved kognitiv psykolog Sisse Strange, tilknyttet Wattar-gruppen, Kognitivt psykologcenter.

UDDANNELSE

INTERN

Der er i forbindelse med 2. ansættelsesrunde udarbejdet en intern uddannelsesplan i projektet som er bygget op over en række kerneområder for behandlerarbejdet i POM. I oversigten er disse kombineret med konkret litteraturforslag og henvisninger, sammen med ressourcepersoner i POM, som er tilgængelige sparringspartnere med særlig viden indenfor netop dét område (se intern uddannelsesoversigt i Basisdok. 1, bilag T).

EKSTERN

Samtlige behandlere i POM arbejder fagligt ud fra alle beskrevne kognitive redskaber (se kriterium 4), men ikke nødvendigvis i terapeutisk regi, idet ikke alle har gennemgået en officiel relevant uddannelse. Det er en erklæret målsætning, at alle behandlere i POM skal være i besiddelse af den 1-årige kognitive grunduddannelse fra Wattar-gruppen, Kognitivt psykologcenter. Der kan af praktiske og økonomiske årsager dog max uddannes 2 behandlere pr år:

- 2008/2009: En behandler og POMs koordinator afslutter uddannelsen i februar 2009.
- 2009/2010: To behandlere er tilmeldt og opstarter i marts 2009.

KURSUSPOLITIK

POM har en planlagt kursuspølitik, der på nuværende tidspunkt indeholder følgende elementer:

KORTVARIGE KURSER (UNDER 3 DAGE)

Kurserne vælges ud fra følgende kriterier:

- Alle kurser inden for den teoretiske rammesætning i projektet, skal som udgangspunkt tilgodeses, hvis det er økonomisk og praktisk muligt.
- Der sendes én, max to, behandlere på hvert kursus.

- Teamets kursusdeltagere forpligtiger sig til at lave et skriftligt referat, samt et mundtligt oplæg i teamet omkring udbytte af kurset.

På nuværende tidspunkt har repræsentanter for projektet deltaget i følgende kurser:

- Mindfulness – Wattar-gruppen, Kognitivt psykologcenter.
- Seminar om Radikalisering, Muslimernes Fællesråd (MFR).
- Kurset ”Misbrugsproblemer & afhængigheder blandt flersprogede i Danmark”.
- MI kurser – Aktuelt deltager hele teamet i et MI kursusforløb, udbudt af Nordsjællands Misbrugscenter, som forventes endeligt afsluttet i januar 2009.

ERFARING OG SPARRING:

- U-turn – erfaringsdag om unge i behandling, forår 2008.
- ERFA -gruppe – erfaring og vidensdeling, løbende kvartalsvise møder indenfor KK behandlingstilbud.
- Kriminalforsorgs konference om misbrugsbehandling, efterår 2008.

ÅBENHED I RELATION TIL PSYKOLOGISKE OG SOCIALE KOMPETENCER

Internt i POM er der i meget høj grad fokus på praktisk såvel som faglig viden om psykologiske og sociale kompetencer. Disse erfaringer og denne viden søges udviklet og videregivet til alle interesserede, som projektet kommer i kontakt med i KF - deltagere såvel som medarbejdere i alle faggrupper.

Dette betyder konkret, at POMs medarbejdere har fokus på at være åbne omkring, hvordan projektet arbejder med de kognitive processer, herunder i forhold til sociale og psykologiske kompetencer. Herved er det hensigten at inspirere KFs personale såvel som deltagerne og vække deres nysgerrighed og samarbejdsvilje i forhold til projektet. Denne åbenhed resulterer ofte i samtaler om for eksempelvis adfærdseksperimenter og metodens anvendelighed i KF eller KF personales håndtering af problemstillinger i deres hverdag med håndtering af de indsatte. Ligeledes er en del af projektdeltagere, interesserede i at opnå en faglig viden omkring sociale og psykologiske kompetencer. I disse tilfælde er POMs behandlere særligt opmærksomme på at imødekomme deltagernes interesse ved at videreformidle relevant fagligt materiale mv.

Det er svært at vurdere virkning og udbredelse af projektets indsats på dette område, men det kan sikres at behandlerne i POM er aktivt engagerede i at udbrede forståelse og indsigt i de behandlingsmetoder, der anvendes i projektet.

MØDEAKTIVITET OG RUTINER

FASTE UGE OG MÅNEDSMØDER

Der er i projektet ét ugentligt teammøde onsdag fra klokken 08.30 til 11.00. På dette møde fordeles nye projektdeltagere til behandlerne og der drøftes eventuelle udfordringer eller forhold, der har generel interesse. Desuden afholdes ét månedligt heldagsmøde, hvor samtlige sager gennemgås med henblik på sparring og konkrete metodeanvendelser (fælles læring i teamet). Der tages referat, som udsendes elektronisk til alle og opbevares i fælles mappe i projektkontoret. Derudover afholdes ad hoc møder efter behov.

PROCESMØDER

Udover de ugentlige møder er projektet ofte i gang med en udviklingsproces, der forudsætter behandlernes samlede deltagelse og engagement. Således afholdes udviklingsmøder så snart projektet ændrer retning eller oplever nye akutte udfordringer, for eksempel har der i en lang periode over årsskiftet 07/ 08 været massive udfordringer omkring at matche ressourcer og opgaver jævnbyrdigt. Der har desuden i løbet af foråret 2008 og over sommeren været afholdt en række evalueringsmøder i forbindelse med den interne evalueringsrapport (Basisdok. 8). Ligeledes har der i forbindelse med udarbejdelsen af nærværende akkrediteringsrapport været afholdt en række temadage i efteråret 2008 med 2-3 ugers mellemrum, hvor hvert eneste akkrediteringspunkt er blevet gennemgået og kommentarer indarbejdet.

FAGLIGE UDVIKLINGSMØDER

Efter afslutning af akkrediteringsprocessen har projektet opstartet et månedligt fagligt udviklingsmøde med interne oplæg fra teamets medlemmer. Som det kan læses af kompetencebeskrivelserne er der mange individuelle kompetencer, som kan udnyttes til teamets fælles bedste. Nogle kompetencer er indlysende, som eksempelvis 10 års erfaring med kognitiv alkoholbehandling, en instruktøruddannelse i Den motiverende samtale eller i det kognitive færdighedsprogram. Andre, men lige så vigtige, kompetencer er mere "skjulte", og kommer gerne til udtryk ved, at den samme behandler ofte opsøges af de andre behandlere for at få inspiration til arbejdet med hjemmeopgaver, mens en anden behandler opsøges for at få vejledning til at håndtere en psykiatrisk udfordrende deltager. Behandlerne er gode til at gøre opmærksom på, hvem det kunne være spændende at få "på" i en intern workshop og det er tanken, at alle disse særlige kompetencer skal komme i spil på disse udviklingsmøder.

ARBEJDSMILJØ OG TEAMKULTUR

I forhold til formelle aftaler om arbejdsmiljø hører projektet under Center for Misbrugs (CFM) institutionspolitik. Projektet har en medarbejderrepræsentant i CFMs arbejdsmiljøudvalget og deltager desuden i alle, for projektet relevante, udvalg. Der er udarbejdet en ambulanceplan, hvor hver behandler har listet 2 kollegiale og en privat kontaktperson(er) som kan kontaktes i

tilfælde af en voldsom oplevelse på arbejdet. Pt. deltager projektet desuden i udarbejdelsen af en stresspolitik for CFM.

Det har taget omkring et år at opbygge en særlig teamkultur i Projekt Over Muren. Det betyder, at uddannelsesbestemte fagligheder er blevet suppleret af en ny fælles misbrugsbehandlerfaglighed. Der er mange forskellige forhold, som har betydning for kulturens opbygning. I det følgende vil de vigtigste betydninger blive fremhævet og beskrevet.

ENGAGEMENT OG TEAMDANNELSE

Behandlerne vurderer selv, at deres egen motivation i forhold til den enkelte deltager, i langt de fleste tilfælde, er god. Når det indimellem er svært at opretholde motivationen skyldes det gerne, at deltageren ikke viser udviklingstegn, og at behandlingen ikke går som forventet. Erfaringen viser, at det kan være hensigtsmæssigt at italesætte denne frustration overfor brugeren og derved nå til et nyt og bedre udgangspunkt. I de få tilfælde, hvor det alligevel opleves som svært, sparrer behandler problematikken med teamet og/eller projektleder og får derigennem feedback og nye ideer til behandlingen. I ganske få tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at foretage større ændringer, som eksempelvis at skifte behandler. Generelt kan det dog siges, at projektet lægger stor vægt på alle medarbejders trivsel og engagement, samt at det er behandleres såvel som projektleders opfattelse, at projektet fungerer rigtig godt på dette område.

Når det sker, at én eller flere medarbejders motivation daler, ligges der vægt på først og fremmest at finde årsagen hertil. Der er stor forskel på, hvordan problemet takles. Det afhænger af om det primært er grundet private forhold, organisationsmæssige forhold, sociale forhold med videre. I alle tilfælde er det erfaringen, at projektleder i samarbejde med den, eller de behandlere, det drejer sig om, finder frem til individuelle løsninger, hvis der er behov herfor. Omvendt er der også opmærksomhed på ikke at forsøge at løse problemet individuelt, hvis der er tale om et mere generelt problem.

I de perioder hvor der har været brug for eksempelvis at styrke det sociale sammenhold i projektet, er der således blevet arrangeret udflugter, som hjemmebesøg eller biograftur eller samlet deltagelse ved arrangementer i KF og Center for Misbrug. Senest har teamet haft en social teambuildings tur i forbindelse med julen. Projektet har på 5 måneder (august-december 2008) budt 4 nye behandlere velkommen, hvorfor det har været vigtigt at arbejde aktivt med den sociale side af teamet, for på ny at opnå fuld tillid og fortrolighed blandt alle medlemmerne.

Ofte kobles det sociale med det faglige i forbindelse med ekskursioner til behandlingsafdelinger rundt om i Danmark. Det er teamets vurdering, at ekskursionerne er udbytterige, idet de får sat deres eget arbejde i perspektiv og får inspiration til nye metoder/ måder at gøre tingene på, såvel som argumenter for at fastholde andre. Samtidig hermed har behandlerne glæde af at komme 'ud af huset' sammen og få fælles både faglige og sociale oplevelser.

KONFLIKTER OG PROBLEMER

Projektet har, inspireret af akkrediteringsprocessen, diskuteret og arbejdet med en såkaldt køreplan for trivsel og konflikthåndtering. Køreplanen indeholder blandt andet en vejledning til, hvordan konflikter skal håndteres. I teamet diskuteredes det blandt andet, hvor stor gennemsigtighed der skal være omkring konflikter – herunder hvor meget der skal kommunikeres ud til resten af teamet, omkring en konflikt mellem to behandlere eller mellem behandler og ledelse.

Principperne for trivsel og konflikthåndtering er følgende:

- Åbenhed omkring konflikter internt i teamet.
- Det er en rettighed, at kunne være uenige - og også at have en konflikt.
- Det er en pligt, at søge at løse konflikten, således at det gode arbejdsfællesskab ikke er truet.
- En problematik løses som udgangspunkt mellem de involverede parter.
- Ledelsen skal inddrages i betydelige konflikter og altid i situationer, hvor ens kollega eller ens egen arbejdsituation er, eller opleves som truet.
- Det er i orden at dele ting der er svære, både fagligt, personligt og socialt.

ACCEPT AF PROJEKTET

KØBENHAVNS FÆNGSLER

Projektet har fra start været meget bevidst om, at KFs medarbejders accept af POM er helt afgørende for projektets tilstedeværelse. For at underbygge dette blev der ved projektets start udsendt et informationsbrev til alle arrester og anstalter under Kriminalforsorgen (Basisdok. 3, bilag R) samt udformet en brochure til alle medarbejdere i Københavns Fængsler, med information om projektet og oplæg til samarbejde (se Basisdok. 3, bilag B). Brochuren blev dengang udsendt på intranettet og uddelt ved alle afdelingsbesøg, møder med videre. Ligeledes sørger POM for, så vidt muligt, at informere om projektets resultater og arbejde. Således kan projektets Årsrapport eksempelvis downloades på KFs hjemmeside og der gøres, som tidligere nævnt, tiltag for at udbrede kendskabet til projektet gennem små oplæg, kurser og foredrag internt i KF.

Dernæst har det været, og er det, af stor betydning, at POM, som tidligere nævnt, har tilknyttet en medarbejder med mange års erfaring inden for KF. Det vurderes, at dette er en af hovedårsagerne til, at projektet i dag oplever, at nyde relativt god accept og forståelse blandt medarbejderne i KF. Denne koordinator har, især i opstartsfasen, været uundværlig i forhold til at forklare historie og baggrund for bestemte ordninger, regler, kutymer og i det hele taget kulturen i KF.

En tredje vigtig faktor, i forbindelse med accept og forståelse for projektet i KF, er projektets følgegruppe. Følgegruppens sammensætning og opgaver er tidligere beskrevet i kriterium 1

(under afsnittet om særlige forudsætninger). Det er følgegruppens oplevelse, at projektet generelt har et godt og seriøst rygte blandt fængselsbetjentene.

ØVERSTE LEDELSE I KF

Det er projektets oplevelse og erfaring, at der generelt er god opbakning til projektet blandt den øverste ledelse i KF, som også sidder i projektets styregruppe. Denne opbakning kommer til udtryk ved de kvartalsvise styregruppemøder, hvor projektlederen deltager (+ studentermehjælp som referent). Ledelsen udtrykker ofte anerkendelse og respekt for teamets indsats, hvilket blandt andet kommer til udtryk ved at projektet inviteres med ved borgmester- og ministerbesøg i fængslet, samt når projektet nævnes i interne sammenhænge overfor resten af KF. Ligeledes kan det påpeges at styregruppens engagement i sig selv er en opbakning, ligesom det er projektlederens klare oplevelse, at styregruppen er til rådighed, når der er brug for svar på akutte spørgsmål og lignende. Der lægges også vægt på, at man fra starten har valgt at engagere ledelsen direkte i projektet, både fra KF og KK.

Endelig er det projektets erfaring, at POM bliver taget med på råd i forhold til kommende projekter eksempelvis i forbindelse med ansøgninger, og i det hele taget bliver betragtet som en betydelig aktør i den samlede indsats på behandlingsområdet.

KØBENHAVNS KOMMUNE

Ligesom medarbejdere og ledelse i KF er engageret i POM, er der i KK en stor opbakning fra ledelsessiden også. Det kommer dels til udtryk via KK's repræsentanternes deltagelse og engagement i styregruppen. Dels i det daglige hvor Center for Misbrugs ledelse er en aktiv del af projektet, som inspirator og vidensdeler på såvel ledelses- som projektområdet. På medarbejderplanet er hele centeret altid engagerede og nysgerrige i forhold til projektet og deler ofte ud af erfaringer og inspiration. Også her holder POM jævnligt oplæg om projektet, ligesom projektet altid inviteres og engageres i centerets fælles kursus- og kompetenceudviklingstiltag.

UDVIKLING OG FORBEDRING AF ARBEJDSMILJØ

ARBEJDSMILJØPOLITIK

Teamet ønsker i højere grad at høre under KFs arbejdsmiljøområde. Både på det praktiske plan og i forhold til det psykiske arbejdsmiljø. Der er et dilemma omkring at indgå i nogle fælles faglige rammer i fængslet, men ikke at have hverken indflydelse eller adgang til arbejdsmiljøpolitikken på området. Det er dog ikke sikkert, at det er muligt at arbejde videre med, givet konteksten som en ekstern institution i fængslet.

LITTERATUR

Bandura, A.; 1986: "Social foundations of thought and actions. A social cognitive theory"; Englewood Cliffs NJ., Prentice Hall.

Beck, Judith; 2007: "Kognitiv Terapi", kapitel 1; Akademisk forlag.

Bordin, E. S.; 1979: "The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, Psychotherapy", Theory, research and Practice, Vol. 16.

CMF (Center For Misbrug) hjemmeside: www.cfm.kk.dk (15.01.09).

Daidsen-Nielsen, Marianne; 2001: "Den nødvendige smerte - om tab, sorg, og adskillelsesangst", Hans Reitzels Forlag.

Ege, Peter; 2008, "Handling giver forvandling! Hvad giver behandling?"; STOF bladet, nr. 11; Center for Rusmiddelforskning.

Farbring, Åke; 2008: "MOTIVATION - En forudsætning for varaktig beteendeförändring hos klienter i kriminalvård" Bakgrund till och en uppföljning av BSF för- och efter test 2005- 200 Kriminalvården, Reprocentralen.

(http://www.kriminalvarden.se/upload/Informationsmaterial/Motivation_utvardering_av_BSF.pdf (15.01.09)).

Gamst, Birthe m.fl.; 2006: "Bæredygtig velfærd", Den alternative velfærdskommission, Rapport nr. 2; Socialpolitisk Forlag.

Garrido, V. & Morales, L. A.; 2007: "Serious (violent and chronic) juvenile offenders: A systematic review of treatment effectiveness in secure corrections" *in* The Campbell Collaboration. (<http://www.sfi.dk/sw62380.asp>. (15.01.09))

Hash og Kokainprojektet; 2008: "Hash og Kokainprojektet behandlingsmanual", 1. reviderede udgave, Københavns Kommune.

Hesse, Morten; 2008: "Behandlingstid" foredrag v. Kriminalforsorgens misbrugskonference i Odense den 8 og 9. december 2008.

(http://www.kriminalforsorgen.dk/filer/Morten%20Hesse_Behandlingstid.pdf (15.09.2009)).

Honneth, Axel; 2003: "Behovet for anerkendelse", En tekstsamling redigeret af og med indledning af Rasmus Willig, Reitzels Forlag.

Høilund, Peter og Juul Søren; 2005: "Anerkendelse og dømmekraft i socialt arbejde", Hans Reitzels Forlag.

Jourdan, Michael (red.) et al.; 2003 "Det motiverende interview", *in* STOF bladet nr. 2., Center for Rusmiddelforskning.

Kolin, Torsten; 2008: "Behandling i fængsler", foredrag v. Kriminalforsorgens misbrugskonference i Odense den 8 og 9. december 2008.

(<http://www.kriminalforsorgen.dk/filer/Torsten%20Kolin%20Behandling%20i%20f%C3%A6ngsler.pdf> (15.01.2009)).

Kramp, Peter et al.; 2003: "Rusmiddelundersøgelsen: Misbrug blandt Kriminalforsorgens klientel", (<http://www.kriminalforsorgen.dk> (15.01.09)).

Kriminalforsorgens intranet (15.01.2009).

Kriminalforsorgens princip program, 1993; (http://www.kriminalforsorgen.dk/info/princip_dk/ (15.01.09)).

Kyvsgaard, Britta; 2006: "Hvad virker – hvad virker ikke? Kundskabsbaseret kriminalpolitik og praksis", Jurist og økonomforbundets Forlag.

Leavens, Anja; 2008 (1): powerpoint i forbindelse med foredrag om psykologiske mekanismer hos mennesker der bliver frihedsberøvet i KF, februar 2008; (www.leavens.dk (15.01.2009)).

Leavens, Anja; 2008 (2): "Fra individ til fangenummer – tur/retur", Nyt fra Kriminalforsorgen nr. 2., Direktoratet for Kriminalforsorgen.

Lipsey, Mark W., Landenberger, Nana A., Sandra J. Wilson; 2007: "Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders", Campbell Collaboration 2007.

(<http://www.sfi.dk/sw58044.asp> (15.01.09)).

Lund, Thomas; 2004 "Stofedukation" in STOF bladet, Center for Rusmiddelforskning.

McLellan, A.T. et al; 1988: "Is the Counselor an Active Ingredient in Substance Abuse Rehabilitation?", 176: 423 – 30; J. Nerv. Ment. Dis.

Miller, M.R. og Rollnick; 2004: "Motivationssamtalen" (oversat efter "Motivational interviewing" The Guilford Press, 2002), Hans Reitzels Forlag.

Miller, WR & Rollnick, Stephen; 2003: "Det motiverende interview", forkortet og oversat udgave in STOF bladet nr. 2, s. 50 - 52), Center for Rusmiddelforskning.

Miller, W.R.; 2006: "Motivational Factors in Addictive Behaviors", in Miller, W.R. & Carroll, K.M.: Rethinking Substance Abuse. 134-52. The Guilford Press, New York.

Mitchell, Ojmarrh, David B. Wilson, Doris L. MacKenzie; 2005: "The Effectiveness of Incarceration-Based Drug Treatment on Criminal Behavior", Submitted to the Campbell Collaboration, Criminal Justice Review Group, December 2005. (<http://www.sfi.dk/sw42957.asp> (15.01.09)).

Møller, Lis; 2008: "Anerkendelse i praksis – om udviklingsstøttende relationer"; Akademisk Forlag.

Mørch, M.M. og Rosenberg, N.K.; 2003: "Kognitiv terapi" in Mørch, M.M. og Rosenberg, N.K. "Kognitiv terapi. Modeller og metoder", Hans Reitzels Forlag.

Prochaska, J.O og DiClemente, C.C.; 1986: "Towards a comprehensive model of change". In W.R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of Change* (pp.3-27), New York, Plenum, (hentet i artikel af Hesse, Morten & Jourdan, Michael, *in* STOF bladet, 2004, nr. 3, s. 34 - 35), Center for Rusmiddelforskning.

Prochaska, J.O., Norcross, J.C. og Diclemente, C.C.; 1994/2002: "Changing for good", Quill, Harper Collins Publishers.

Recke, Liese og Hesse, Morten; 2003: "Behandlingsmanual - baseret på kognitiv-
adfærdsterapi"; (Tilgængelig på www.misbrugsnet.dk (15.01.2009)).

Stenbro, Helle et al.; 2006: "Er du med mod mobning - 42 veje til bedre trivsel", Dansk Center for Undervisningsmiljø.

Rindom, Henrik et al; 2001: "Rusmidlernes biologi", Sundhedsstyrelsen.