




Ansøgning om akkreditering

Sydgårdens Behandlingsafdeling i Statsfængslet Renbæk

14-06-2010



INDLEDNING	5
1. FORANDRINGSMODEL	6
1-1 TEORI	10
1-1-1 EVIDENSBASERET BEHANDLING	10
1-1-2 KOGNITIV-ADFÆRDSTERAPI AF MISBRUG	10
1-1-3 PSYKOEDUKATION	13
1-1-4 TEORETISK SAMMENFATNING	13
1-2 EMPIRI	14
1-3 MÅL	14
1-3-1 LANGSIGTEDE MÅL	14
1-3-2 UMIDDELBARE MÅL	15
1-4 ANDRE MODELLER	16
1-4-1 TERAPEUTISK SAMFUND	16
1-4-2 MINNESOTAMODELLEN	17
1-4-3 YOUNG SKEMA TERAPI OG PSYKOEDUKATION	17
1-4-4 HVORFOR DEN VALGTE MODEL FREM FOR ANDRE	17
1-5 SÆRLIGE FORUDSÆTNINGER	17
1-5-1 ALKOHOL- OG STOFFRI AFDELING	17
1-5-2 MEDICINSK BEHANDLING FOR ADHD	18
1-5-3 ANTAL DELTAGERE	18
1-5-4 MOTIVEREDE FÆNGSELSBETJENTE	18
1-5-5 SUPERVISION AF FÆNGSELSBETJENTE	19
1-6 FORBEDRINGER AF MODELLEN	19
1-6-1 MANUAL	19
1-6-2 EFTERBEHANDLING	19
1-6-3 TILBUD TIL PÅRØRENDE	19
2. ETIK	20
2-1 PROGRAMMETS VÆRDIGRUNDLAG	20
2-2 OVERVEJELSER I FORBINDELSE MED SOCIALT SÅRBARE PERSONER	21
2-3 ANTAGELSER KNYTTET TIL DEN VALGTE METODE	21
2-4 ETISKE OVERVEJELSER OG DEN VALGTE GRUPPE	22
2-5 ETISKE OVERVEJELSER OG EKSKLUDERING AF VISSE DELTAGERE	22
2-6 ELEMENTER AF STRAF OG TVANG	22
2-6-1 STRAF	22
2-6-2 TVANG	22
2-7 ETISKE ASPEKTER	22
3. MÅLGRUPPE	23
3-1 AFGØRENDE KRITERIER	23
3-2 FYSISKE, PSYKISKE OG SOCIALE RISIKOFAKTORER	23

3-3	FORSKELLIGE TYPER KRIMINALITET, PROGRAMMET RETTER SIG MOD	24
3-4	OVERENSSTEMMELSE MELLEM MÅLGRUPPE OG DEN FAKTISKE DELTAGERGRUPPE	24
3-5	VISITATIONSMETODE	24
3-6	OPTAGSPROCEDURE	25
3-6-1-	INDSKRIVNING	25
3-6-2	PRÆSENTATION AF NYE KLIENTER	25
3-7	AFGØRENDE KRITERIER FOR, AT KLIENTER IKKE ER EGNEDE TIL PROGRAMMET	25
3-8	KØN, ETNICITET, RELIGION OG SPROG	26
3-9	KRITERIER FOR UDELUKKELSE/BORTVISNING AF KLIENTER FØR TID	26
3-10	UDVIKLING AF KRITERIER FOR TILGANG AF KLIENTER	27

4. METODE OG MOTIVATION **29**

4-1	ANVENDTE METODER	30
4-1-1-	SELV-OVERVÅGNING OG ADFÆRDSVURDERING	30
4-1-2	HØJRISIKOSITUATIONER	30
4-1-3	COPINGSTRATEGIER OG ROLLESPIL	31
4-1-4	NEDSAT SELVTILLID OG SELV-KOMPETENCE	31
4-1-5	TILBAGEFALD	31
4-1-6	BESLUTNINGSMATRIX	31
4-1-7	RUSFORVENTNINGER	32
4-1-8	AFSPÆNDINGSØVELSER OG STRESSHÅNDTERING	32
4-1-9	TRANGHÅNDTERING OG VISUALISERINGSØVELSER	32
4-2	HVORDAN METODEN SKABER DE ØNSKEDE FORANDRINGER/INDLÆRING	32
4-3	HVORFOR NETOP DENNE METODE	32
4-4	MANUALER	32
4-5	MOTIVERINGSINDSATS OG BEDØMMELSE AF DELTAGERES MOTIVATION	32
4-5-1	MOTIVERINGSINDSATSEN	32
4-5-2	BEDØMMELSEN AF DELTAGERES MOTIVATION	33
4-6	OPRETHOLDELSE AF MOTIVATION	33
4-7	TILTAG FOR AT FASTHOLDE/STØTTE DELTAGERE MED SÆRLIG RISIKO FOR OPHØR	34
4-8	OM METODEN ER LIGE EGNET I FORHOLD TIL FORSKELLIGE GRUPPER	34
4-9	HVORDAN METODEN ER TILPASSET TIL DANSKE FORHOLD	34
4-10	HVORDAN METODEN OG MOTIVATIONSARBEJDET UDVIKLES OG FORBEDRES	34
4-10-1	UDVIKLING AF MOTIVATIONSARBEJDE FOR KLIENTERNE	34
4-10-2	UDVIKLING AF MOTIVATIONEN HOS PERSONALET	34

5. VARIGHED, INTENSITET OG STRUKTUR **35**

5-1	VARIGHED, INTENSITET OG STRUKTUR	35
5-2	TILRETTELÆGGELSE AF PROGRAMMETS ENKELTE FASER	35
5-3	GRUPPEBEHANDLING VS. INDIVIDUEL BEHANDLING	36
5-4	KONSEKVENSER FOR PROGRAMGENNEMFØRELSE, HVIS MØDER/AKTIVITETER IKKE GENNEMFØRES	37
5-5	SANKTIONER FOR REGELBRUD	37
5-6	HVORDAN PROGRAMMETS OPBYGNING KAN UDVIKLES OG FORBEDRES	37

6. INDIVIDUEL PLANLÆGNING OG KOORDINERING **38**

6-1 PROGRAMMETS TILPASNING TIL DEN ENKELTE DELTAGERS SPECIFIKKE BEHOV	38
6-2 HVORDAN PROGRAMMET INTEGRERES I DEN ENKELTE DELTAGERS HANDLEPLAN	43
6-3 LØBENDE BEDØMMELSE AF DELTAGERS FREMSKRIDT	43
6-4 RETNINGSLINJER I FORSKELLIGE ROLLER OG ANSVARSOMRÅDER	43
6-5 TILTAG FOR DELTAGERE, DER UDGÅR AF PROGRAMMET	44
6-6 SAMARBEJDE MELLEM PROGRAMARBEJDERE OG ANDRE INVOLVEREDE	44
6-7 SAMARBEJDE MED EKSTERNE PARTER	44
6-8 HVORDAN INDIVIDUEL PLANLÆGNING FORBEDRES	45
7. DOKUMENTATION, KVALITETSSIKRING OG KVALITETSUDVIKLING	46
7-1 INDSAMLING AF DATA	46
7-1-1 RUTINER FOR DOKUMENTATION AF KLIENTFORLØB	46
7-1-2 DOKUMENTATION AF MÅL OG FORANDRINGER	48
7-1-3 MÅLOPFYLDELSE I FORHOLD TIL DIVERSE GRUPPER	52
7-1-4 OPLYSNINGER OM GENNEMFØRELSESGRAD	52
7-1-5 OVERVEJELSE I FORBINDELSE MED FRAFALDSANALYSER	52
7-2 ANALYSER AF TILBAGEFALD I KRIMINALITET	52
7-3 OVERENSSTEMMELSE MELLEM PLANER, MANUAL OG UDFØRELSE	52
7-4 ANVENDELSE AF DATAMATERIALE	55
7-5 FEEDBACK FRA DELTAGERE	55
7-6 PROGRAMEVALUERING	55
7-7 DATATILSYNETS REGLER OM REGISTRERING AF PERSONFØLSOMME OPLYSNINGER	55
7-8 FORBEDRING AF ANVENDELSE AF DOKUMENTATION	56
7-9 FORBEDRING AF PROGRAMMETS KVALITETSSIKRING	56
8. MEDARBEJDERE, LEDELSE, SAMARBEJDE OG ARBEJDSMILJØ	57
8-1 UDVÆLGELSE AF PROGRAMMEDARBEJDERE OG -LEDERE	57
8-2 MEDARBEJDERNES UDDANNELSE OG ERFARING	57
8-3 OPRETHOLDELSE OG UDVIKLING AF PROGRAMMEDARBEJDERNES FAGLIGE VIDEN	63
8-4 OPRETHOLDELSE AF PERSONALETS ENGAGEMENT	63
8-5 HVORDAN MEDARBEJDERE FORBEREDES FORUD FOR PROGRAMOPSTART/ANSÆTTELSE	63
8-6 RETNINGSLINJER FOR ROLLE-, ANSVARS- OG KOMPETENCEFORDELING	63
8-7 SKABELSE OG OPRETHOLDELSE AF GODT OG MOTIVERENDE SAMARBEJDS- OG ARBEJDSKLIMA	64
8-8 MØDEAKTIVITETER OG MØDERUTINER	64
8-9 KONFLIKTHÅNDTERING	64
8-10 SIKRING AF, AT PROGRAMMET MØDER GENEREL ACCEPT OG FORSTÅELSE HOS ANSATTE OG INDSATTE	64
8-11 SIKRING AF AT DER I ALLE SOCIALE RELATIONER ER ALMEN PSYKOLOGISKE OG SOCIALE KOMPETENCER I INSTITUTIONEN OG INSTITUTIONENS HVERDAG	65
BIBLIOGRAFI	66
BILAG	69

Indledning

Behandlingsinstitutionen Sydgården har haft ansvar for misbrugsbehandlingen i Statsfængslet Renbæk siden 1. oktober 2005. Oprindeligt var afdelingen kun beregnet til mandlige indsatte med alkohol- og/eller blandingsmisbrug, men pga. manglende klientel har afdelingen åbnet døren for indsatte, der er stofafhængige. I dag er der primært stofmisbrugere på afdelingen.

Behandlingsafdelingen blev delvist akkrediteret den 15-06-2009 og igen den 25-02-2010. Begge gange er der påpeget, hvad der kunne forbedres, primært i afsnit 7. Siden det første akkrediteringsmøde var afholdt, har styregruppen fokuseret en del på evalueringsprocessen. Det er vores vurdering, at vi har fundet frem til en forsvarlig måde at indsamle den nødvendige dokumentation og evaluere behandlingen.

Den praktiske udarbejdelse af rapporten, er udført af behandlingsleder Ragnar Stefánsson, i tæt samarbejde med styregruppen.

For udarbejdelse af denne akkreditering var der oprettet en styregruppe. Behandlingsafdelingen er repræsenteret ved:

- Charlotte Sandfeld
- Erik Hansen
- Ragnar Stefánsson

Fængslet er repræsenteret ved:

- Minna Nørgaard
- John Eriksen
- Torben Balsby
- Mette Clausen

1. Forandringsmodel

Behandlingsprogrammet på behandlingsafdelingen i Renbæk kan opdeles i to hovedfelter:

- 1) Kognitiv-adfærdsterapeutisk misbrugsbehandling
- 2) Psykoedukation af personlighedsmønster-/forstyrrelser, samt affektive sindslidelser, angst og ADHD

I dette afsnit redegøres for de modeller, der ligger bag disse hovedområder; primært med fokus på teoretisk forankring, empirisk belæg og mål set i lyset af målgruppen. Der fremlægges en forståelsesmodel af afhængighed, ligesom der vil blive gjort rede for comorbiditetsproblematikken¹ hos det pågældende klientel og derved, hvorfor og hvordan disse modeller anvendes i Renbæk.

Her anvendes begrebet "afhængighed" og "afhængighedssyndrom" som defineret i ICD-10 (ICD-10, WHO, 1998). Begrebet anvendes synonymt i forbindelse med alle afhængighedsskabende rusmidler; i diskussionen skelnes der således ikke mellem afhængighed af alkohol, lægeordineret medicin og narkotiske stoffer, medmindre andet er specificeret. Eftersom der kun er mænd, der afsoner i Renbæk, vil misbrugerens fremover omtales som en han, eller som en klient.

Afhængighedsudvikling ses som et samspil af flere faktorer, bl.a. genetiske og miljømæssige risikofaktorer. Nogle forskere mener, at forudsætningen for, at genetiske faktorer kan betragtes som risikofaktorer for anvendelse af alkohol- og stoffer, er tilstedeværelsen af et højt stressniveau, og at hvis stressniveauet er lavt, har disse faktorer ingen betydning (Nilsson et al. 2005). Hesse (2007) påpeger, at for at forstå, hvordan afhængighed kan være arvelig, er det nødvendigt at indse, at processen fra gener til misbrug går via fysiologiske, psykologiske og sociale processer. Gener kan påvirke fysiologiske processer, som øger sandsynligheden for psykologiske processer, som i sin tur øger sandsynligheden for, at personen indtager alkohol/stoffer, når de er tilgængelige, og vil fortsætte med at anvende disse. Der er sandsynligvis tale om en kompliceret kombination af gener, hvilket indebærer forskellige variationer af udvikling fra misbrug til afhængighed. Hesse påpeger videre, at genetisk disposition for stressfølsomhed, impulsivitet og eksternaliseret adfærd², sensationssøgning³ og tilbøjelighed til angst og dysfori⁴ alle kan bidrage til udviklingen af afhængighed. Det kommer derfor ikke som en overraskelse, at man ofte finder en række psykiatriske lidelser, herunder depression, antisocial personlighedsforstyrrelse⁵, dystymi, generel angst, obsessiv-kompulsiv tilstand, post-traumatisk stress tilstande og naturligvis afhængighed af en række andre stoffer hos slægtninge til alkoholafhængige personer (Hesse, 2007), og at en stor procentdel af stofbrugere har oplevet alvorlige familieproblemer i deres barndom og ungdom; 70 % har haft indlærings- og adfærdsproblemer i skolen, 38 % har været mobbet, og 21 % har modtaget psykiatrisk

¹ Comorbiditet eller dobbeltdiagnose er defineret af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) som »samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelser forårsaget af brug af et psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser« (WHO, 1995).

² Eksternaliseret adfærd indebærer impulsivitet, hyperaktivitet, aggressivitet og antisociale handlinger.

³ Sensationssøgning er et træk, der indebærer bl.a. søgning af varierede, komplekse og intense oplevelser samt viljen til at tage fysiske, sociale, juridiske og finansielle risici af hensyn til disse erfaringer.

⁴ Dysfori (*dysphoria*) er en følelsesmæssig tilstand karakteriseret af angst, depression og urolighed.

⁵ ICD-10 kriterierne for dyssocial personlighedsstruktur er i slægt med definitionen af antisocial personlighedsforstyrrelse. Kriterierne indebærer bl.a. følgende: Manglende hensyntagen til sociale forpligtelser, manglende følelse for andre eller afstumpet ligegyldighed. Der er udtalt afvigelse mellem adfærden og fremherskende sociale normer. Adfærden er ikke påvirkelig af erfaring, herunder straf. Der er lav frustrationstolerance og lav tærskel for aggressive udladninger med voldelig optræden. Der er tilbøjelighed til at kaste skylden på andre eller til at komme med bortrationaliserende forklaringer for adfærd, som bringer individet i konflikt med samfundet (WHO, 1994, s. 137-138).

behandling i barndommen og ungdommen (EMCDDAs Annual report, 2004). Der foreligger derfor en vis genetisk disposition, der kan øge sandsynligheden for udviklingen af misbrug og afhængighed af alkohol og stoffer, men vores forståelsesmodel for, hvordan selve udviklingen af afhængighed foregår, tager udgangspunkt i kognitiv social indlæringssteori (eks. Bandura, 1977) og tager derved afstand fra den traditionelle sygdomsmodel (Jellinek, 1952). Det er derfor vores standpunkt, at der ikke er tale om enten-eller forståelse af afhængighed, men en kombination af forskellige faktorer – ofte psykosociale – der er medvirkende til udviklingen af afhængighed.

Den klientgruppe, som vi omtaler her, har ofte andre psykiske lidelser udover alkohol- og stofafhængighed. Andersen, Sestoft, Lillebeek, Gabrielsen og Kramp (1996) har undersøgt forekomsten af ICD-10 psykiske forstyrrelser hos indsatte i varetægtsfængsling i Danmark. De fandt frem til, at 71 % af fangerne opfylder kriterierne for en psykisk lidelse på et tidspunkt i deres liv, og at 64 % af fangerne opfylder kriterierne for en sådan diagnose på undersøgelsestidspunktet. De lidelser, der oftest findes hos indsatte, er alkohol- og stofafhængighed, depressive lidelser, angst, og antisocial personlighedsforstyrrelse. Samme hyppighed findes gentagne gange i internationale undersøgelser (Blaauw, Roesch, & Kerkhof, 2000). I en oversigtsartikel over psykiske lidelser hos indsatte i 13 Europæiske fængsler påpeger Blaauw et. al (2000), at i gennemsnit 5 % (mellem 0.8–9 %) af de indsatte har en psykotisk lidelse, at omkring en fjerdedel af alle fanger (mellem 6-29 %) synes at have en affektiv lidelse eller en angstlidelse, og at omkring 40 % (mellem 19-56 %) af alle fanger synes at have en stofrelateret lidelse. I Sverige har man ved hjælp af et struktureret interview fundet frem til, at 53 % af 130 mandlige indsatte i et lukket fængsel har en personlighedsforstyrrelse (Longato-Stadler, von Knorring, & Hallman, 2002). ADHD er som bekendt også et stort problem hos indsatte, og ifølge en islandsk undersøgelse af 90 mandlige fanger i et lukket fængsel opfylder halvdelen kriterierne for ADHD i barndommen, og deraf har over halvdelen (60 %) stadigvæk helt eller delvist symptomerne på ADHD, imens de afsoner (Gudjonsson, Sigurdsson, Bragason, Newton, & Einarsson, 2008).

Både danske og internationale undersøgelser finder gentagne gange, at det er den antisociale personlighedsforstyrrelse, der er den mest dominerende forstyrrelse hos indsatte (Hodgins et al. 1999; Longato-Stadler et al, 2002; Andersen et al. 1996), og forudsiger kriminel adfærd hos misbrugere (Fridell, Hesse, Jæger & Kühnhorn, 2008). Singleton et al. (1998) så på antisociale personer, der var i fængsel. Det viste sig, at forekomsten af forstyrrelsen øgede sandsynligheden med 6 gange for, at vedkommende havde stofmisbrugsproblem, inden han blev anholdt, sammenlignet med indsatte, der ikke havde forstyrrelsen. En undersøgelse hos Regier et al. (1990) viste, at 83,6 % af personer med antisocial personlighedsforstyrrelse er afhængige af alkohol eller stoffer. Der er derfor ingen tvivl om, at begreberne misbrug, antisocial personlighedsforstyrrelse og kriminalitet er tæt knyttet til hinanden hos de indsatte, og – som argumenteret nedenfor – at behandling derfor samtidigt bør fokusere på alle aspekter. Denne kombinationsbehandling er især vigtig set i lyset af effektundersøgelser. Således fremkommer det hos Verheul, van der Brink & Ball (1998), at antisocial, borderline, histrionisk og narcissistisk personlighedsforstyrrelse er forbundet med ringere behandlingseffekt hos misbrugere. Andre forskere forbinder primært den antisociale personlighedsforstyrrelse med tilbagefald hos misbrugere (Dawson et al. 2005; Bradizza et al. 2006; Krampe et al. 2006; Kokkevi et al. 1998).

I vores egen undersøgelse (Stefánsson & Hesse, 2008 – vedlagt som bilag) har vi sammenlignet personlighedsstrukturen hos indsatte, som er under behandling på behandlingsafdelingen, med misbrugere, der er i døgnbehandling på Sydgården. Det viste sig – ikke overraskende – at den antisociale personlighedsforstyrrelse primært er at finde hos de indsatte. Når personlighedsforstyrrelserne er målt med MCMI-III⁶ spørgeskema (baserate > 74), viser det sig, at 97 % af indsatte, der

⁶ MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3. udgave) (Millon, 1983) er et spørgeskema med 175 spørgsmål. Testen rummer mulighed for en beskrivelse af personlighedstræk, svær personlighedspatologi samt kliniske syndromer. Testen

er i Behandlingsafdelingen, har en personlighedsforstyrrelse. Det er den antisociale forstyrrelse, der forekommer hyppigst (78 %) efterfulgt af depressiv og dependent (begge 41 %). Indenfor Sydgårdens regi var det den depressive (65 %), der forekom hyppigst, efterfulgt af dependent og masochistisk (begge 59 %). Undersøgelsesresultaterne vises i tabel 1. Sandsynligvis er der tale om en overvurdering i denne undersøgelse, eftersom der er tale om selvrapportering og vi anvendte baserate > 74 som definitionsgrænse. Disse resultater er dog sammenlignelige med selvrapporteringer med MCMI-spørgeskema af indsatte i australske fængsler (Butler, Andrews, Allnutt, Sakashita, Smith, & Basson, 2006). Problemets tilstedeværelse er evident.

TABEL 1. Forekomsten af personlighedsforstyrrelser i Behandlingsafdelingen og Sydgården målt med MCMI-III (Stefánsson & Hesse, 2008, s. 403)

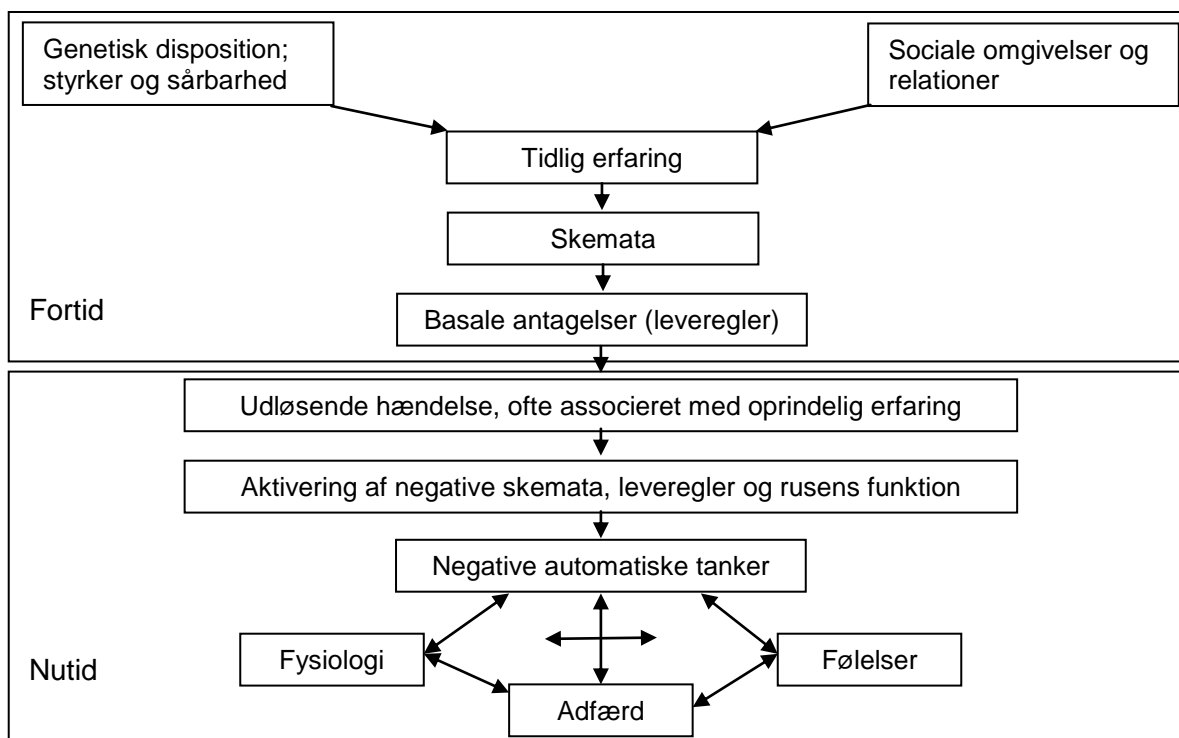
	Behandlingsafdeling i Renbæk (N=40)		Sydgården (N =22)	
	BR > 74	BR > 84	BR > 74	BR > 84
Skizoid	24 %	10 %	32 %	14 %
Ængstelig/evasiv	39 %	17 %	55 %	23 %
Depressiv	41 %	27 %	64 %	45 %
Dependent	41 %	17 %	59 %	32 %
Histrionisk	2 %	0 %	0 %	0 %
Narcissistisk	12 %	10 %	5 %	5 %
Antisocial	78 %	24 %	32 %	0 %
Aggressiv-sadistisk	15 %	0 %	0 %	0 %
Kompulsiv	0 %	0 %	14 %	0 %
Passiv-aggressiv	37 %	2 %	5 %	0 %
Masochistisk	15 %	7 %	59 %	18 %
Skizotypal	12 %	2 %	5 %	0 %
Borderline	32 %	7 %	32 %	9 %
Paranoid	20 %	2 %	9 %	0 %
Antal pers. forstyrrelser	3.7	1.26	3.7	1.45

Som det kan læses ud af tabellen, kendetegnes klienterne i Renbæk af udadreagerende personligheds mønster/-forstyrrelser, imens de, som er på Sydgården, i højere grad kendetegnes af indadreagerende personligheds mønster/-forstyrrelser. Disse mønstre, som vi ser på afdelingerne, har store konsekvenser for behandlingsmiljøet. I fængslet er de ansatte nogle gange nødt til at tage hensyn til spontan, aggressiv og manipulerende adfærd, som vises af mange antisociale klienter (Pelissier et al. 2003). Dette kræver en åben og direkte og til tider konfronterende tilgang til klienterne, selvom konfrontationen altid er gjort med varme og medfølelse for pågældende. Eftersom forskellige forstyrrelser kræver forskellige behandlingsmetoder, er det urealistisk at anvende samme behandlingstilgang på de forskellige afdelinger.

Den kliniske erfaring på Behandlingsafdelingen er, at der er tale om en gruppe personer med særdeles belastede opvækstvilkår, hvilket kan være en af forklaringerne på den høje hyppighed af personlighedsforstyrrelser, man ser hos indsatte. Dette er i overensstemmelse med en række undersøgelser, der forbinder omsorgssvigt, mishandling og traumer i barndommen med personligheds patologi i voksen alder (eks. Grover et al. 2007; Johnson, Smailes, Phil, Cohen, Brown, & Bernstein, 2000). En kognitiv forståelsesramme af personlighed og reaktionsmønstre er vist i figur 1. Modellen stammer oprindeligt fra Beck og Freeman (1990), men som det fremgår af figuren, er

modsvare personligheds kategorierne, som de er formuleret i DSM IV samt i Millons teorier. MCMI-III kan ikke stå alene som et diagnostisk redskab.

der også taget højde for forventninger om rusens funktion, hvilket er inspireret fra Nielsen, Damsted og Moesgaard (2002). Med rusens funktion menes i denne sammenhæng, at det er forskelligt, hvad personer med forskellige personligheds mønstre/-forstyrrelser anvender alkohol og/eller stoffer som en kompensator for. Således kan en person med antisocial personlighed anvende alkohol og stoffer for at føle styrke og få energi til acting-out af vrede, aggression og hensynsløshed, imens en skizoid person måske genvinder kontrol og distance.



FIGUR 1. Kognitiv forståelsesramme af forbindelsen mellem erfaring, skemata og adfærd

Indsattes tankemønstre kendetegnes ofte af retfærdiggørelse af egen adfærd, misforståelse af sociale signaler, manglende social fornemmelse samt magtorienterede skemaer (Lipsey, Landenberger & Wilson, 2007). De kan have forestillinger om sig selv, andre og omverdenen, der understøtter og retfærdiggør den antisociale adfærd. Ofte er de dårlige til langsigtet planlægning, problemløsning og beslutningstagning, hvilket forværrer deres rigide adfærd. Når behandling af disse patienter skal planlægges og udvikles, er det vigtigt at pointere, at de så godt som aldrig kommer i behandling pga. deres personlighedsforstyrrelse (Ball, 1998). Vi ser derfor ikke en person med antisocial personlighedsforstyrrelse søge behandling, fordi han er impulsiv, mangler empati og forståelse for andres velfærd, eller fordi han bagatelliserer og retfærdiggør kriminel adfærd. Vi kan muligvis se vedkommende komme i behandling, når han oplever andre problemer, f.eks. angst, depression eller misbrug. Derfor gør Ball (1998) os opmærksom på, at det er en fordel, hvis behandling af personlighedsforstyrrelser planlægges og udvikles i forbindelse med behandling af andre psykiske lidelser.

Eftersom klientkarakteristika betragtes som afgørende for behandlingens udfald, ser vi, at nogle typer af klienter har mange gange bedre chance for at komme ud af deres afhængighed end andre. På grund af den benævnte kombination af misbrug, personligheds mønstre/-forstyrrelser og psykiske lidelser, er det vores opfattelse, at misbrugsbehandling, der foregår indenfor Kriminalforsorgens regi, skal kunne favne denne comorbiditet for at forbedre behandlingsresultatet.

1-1 Teori

1-1-1 Evidensbaseret behandling

Ved valg af behandlingsform er der taget udgangspunkt i, at metoden er evidensbaseret i forhold til den comorbiditet af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, som ifølge adskillige undersøgelser ofte belaster de indsatte. Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDAs Annual report, 2004) benævner forskellige modeller for behandling af comorbiditetsproblematikken hos stofmisbrugere. De hævder, at den bedste løsning er en *Integreret behandling*, som er en behandlingsform, der tilbydes inden for en psykiatrisk tjeneste, en narkotikabehandlingstjeneste eller i en særlig comorbiditetsafdeling. I denne model undgås krydshenvisninger til andre tjenester. I modellen er anvendelse af motiverende og adfærdsmæssige indgreb, forebyggelse af tilbagefald, farmakoterapi og sociale foranstaltninger anbefalet. En sådan model kan derved fokusere samtidigt på de forskellige aspekter af den beskrevne problematik; misbruget og øvrige psykiske lidelser. Behandlingsafdelingen har sat det som et mål at kunne favne comorbiditetsproblematikken mest muligt, dog med undtagelse af akutte psykotiske forstyrrelser. For at favne denne problematik har Behandlingsafdelingen valgt en kognitiv-adfærdsmæssig terapimetode som sit udgangspunkt. Der kan nævnes en lang liste af dokumentation som argumentation for dette valg, men vi forholder os til følgende:

- Kognitiv-adfærdsterapi er ikke kun en evidensbaseret behandlingsmetode i forhold til alkoholafhængighed (Søgaard Nielsen, et al. 2006) og stofmisbrug (Fridell, 2001), men betragtes også som evidensbaseret i forhold til indsatte med afhængighedsproblematik (Hussain & Cowie, 2005)
- Meta-analyser dokumenterer, at kognitiv terapi og kognitiv-adfærdsmæssig behandling af indsatte reducerer tilbagefald til kriminalitet (recidiv) (Garrido & Morales, 2007; Lipsey, Landenberger, & Wilson, 2007)
- Ifølge meta-analyser synes kognitiv-adfærdsterapi at være virkningsfuld som behandlingen af antisocial adfærd hos unge og voksne, der befinder sig under afsoning (*residential settings*) (Armelius & Andreassen, 2007)
- Analyser tyder på, at kognitiv-adfærdsterapi er virkningsfuld i behandling af alkoholmisbrugere med personlighedsforstyrrelser (Raistrick, Heather, & Godfrey, 2006; Søgaard Nielsen, et al. 2006)
- Kognitiv terapi er en virkningsfuld behandlingsform overfor depression og angst (Fridell, 2001), og noget tyder på, at metoden også er effektiv overfor denne problematik hos alkoholafhængige personer (Søgaard Nielsen, et al. 2006) og stofmisbrugere (Fridell, 2001)
- Kognitiv adfærdsterapi kan anbefales som led i behandling af ADHD hos voksne (Thomsen & Damm, 2008)

Der konkluderes derfor, at kognitiv-adfærdsterapi er en virkningsfuld terapimetode overfor afhængighed og andre psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, der oftest ses hos indsatte.

1-1-2 Kognitiv-adfærdsterapi af misbrug

Begrebet "kognitiv-adfærdsterapi" omfatter en gruppe behandlingsinterventioner for personer med alkoholafhængighed, stofafhængighed og/eller andre psykiske lidelser, der sigter mod at behandle klienten ved at forbedre hans eller hendes kognitive og adfærdsmæssige færdigheder og derved ændre den problematiske adfærd. Terapien er baseret på den formodning, at tolkninger af en given situation har betydning for personens følelsesmæssige, adfærdsmæssige og kropslige (fysiologiske) reaktioner. Kognitiv-adfærdsterapi er en psykosocial (både psykologisk og social) terapi, der antager, at fejlagtige og indlærte tankemønstre forårsager maladaptiv adfærd og negative emotionelle reaktioner. Eftersom disse tankemønstre, som er karakteristiske for både misbrugere og lovovertrædere, er indlærte snarere end medfødte, antages det, at de kan – i mange tilfælde – trænes igen på en mere funktionel måde. Kognitiv-adfærdsterapi er derfor rettet mod at ændre

disse fordrejede og dysfunktionelle tanker (bevidste verbale tanker og/eller billeder, kognitive skemaer, forestillinger, opfattelser, overvejelser, overbevisninger, regler, automatiske tanker) og træne nye færdigheder i områder, hvor misbrugeren og lovovertræderen viser tegn på manglende færdigheder, der kan reducere sandsynligheden for tilbagefald til misbrug (eks. Marlatt, 1985) og anti-social adfærd (eks. Lipsey & Landenberger, 2006).

I terapien, som kan beskrives som struktureret og indsigtsgivende, forsøger man at påvirke uhenigtsmæssige kognitive processer; klienten skal forstå forbindelserne mellem tanker, affekt og adfærd; undersøge beviser for og imod urealistiske tanker; erstatte urealistiske tanker med realistiske; træne og implementere den nylærte adfærd. Terapien er situationsspecifik, dvs. tanker og følelser analyseres i forhold til de situationer, hvor problemerne optræder. Klientens forventninger til egen evne til at mestre problemer og situationer kan forbedres, fordi han får en ny, praktisk forståelse af egne kompetencer.

Bogen *Relapse Prevention* af Marlatt og Gordon (1985) – efterhånden en klassiker indenfor misbrugspsykologi – giver en forståelsesmodel af misbrug og tilbagefald samt behandlingsstrategier ud fra kognitiv-adfærdsmæssige principper. I modellen antages det, at den udløsende faktor for tilbagefald er højrisikosituationer, dvs. en hvilken som helst situation eller tilstand, der udgør en trussel mod personens sans for egen kontrol, og som derved øger sandsynligheden for tilbagefald. Der er typisk tale om en stressfyldt situation, hvor man tidligere har taget rusmidler eller oplevet voldsom trang. Det antages, at der primært er tale om 8 situationer opdelt i to hovedkategorier: *Intrapersonlige determinanter (negative emotionelle tilstande, negative fysiske tilstande, positive emotionelle tilstande, afprøvning af personlig kontrol og fald for fristelser)* og *interpersonlige determinanter (interpersonlige konflikter, positive emotionelle tilstande og socialt pres)*. Marlatt konkluderer, at visse situationer er farligere for nogle misbrugere end for andre, og at hver person dermed har sit enestående tilbagefaldsmønster.

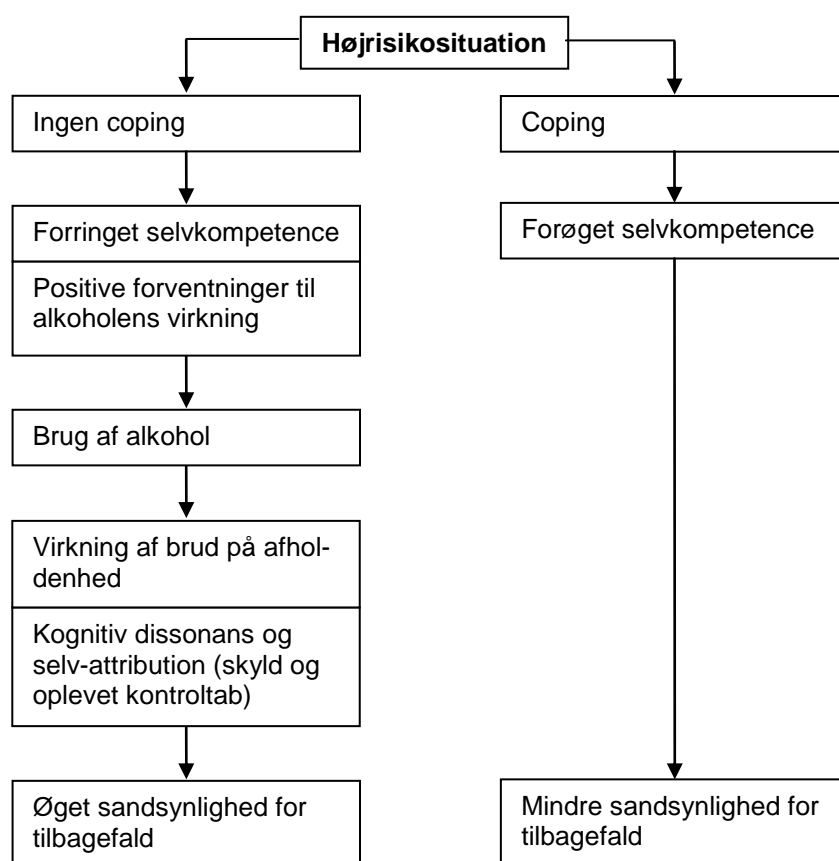
Begrebet om selvkompetence (Bandura, 1977) har en central placering i Marlatts model. Begrebet omfatter en persons forventninger til sin egen evne til at håndtere situationer. Disse forventninger spiller en afgørende rolle for, hvorvidt en person giver sig i kast med en udfordring, og for, hvor ihærdigt og længe man bliver ved at forsøge. Forventninger om selvkompetence er erfaringsbaserede, men også afhængige af rollemodeller, social indflydelse og somatiske reaktioner, der kan hænge sammen med følelsesmæssige vurderinger. Det er Banduras opfattelse, at alle psykologiske metoder, der sigter mod adfærdsforandring, uanset hvilken behandlingsform der er tale om, virker i kraft af at ændre styrke og niveau i klientens oplevede selvkompetence; ”overbevisningen om, at man succesfuldt kan udføre den adfærd, som kræves for at frembringe særlige resultater” (Bandura, 1977, oversat af Haugaard, 1996, s. 97-98). I denne sammenhæng kan der tilføjes, at Marlatt (1985) hævder, at oplevet evne til at undlade at drikke er bedre prognostiske variable end nogen andre af de prognostiske variable, der er undersøgt.

Ifølge modellen – som er vist på figur 1⁷ – er det behandlingens mål at opnå adækvat coping eller mestring af stress i belastende situationer (Marlatt, 1985). Når klienten forbedrer evnen til at håndtere bestemte situationer – højrisikosituationer – forøges også følelsen af selvkompetence, og risikoen for tilbagefald reduceres. Til gengæld, hvis pågældende misbruger ikke har de nødvendige

⁷ **Abstinence violation effect (AVE)** er her oversat til **Virkning af brud på afholdenhed** og indebærer misbrugeren opfattelse af tab af kontrol efter at han har tilsidesat sine tidligere beslutninger vedrørende alkohol- og stofmisbrug. På det følelsesmæssige plan øger AVE sandsynligheden for tilbagefald pga. oplevelsen af skam og skyldfølelse samt andre negative følelser, der virker motiverende til yderligere brug af alkohol og/eller stoffer.

Kognitiv dissonans indebærer en ”modstridende relation mellem kognitive elementer”, hvilket er en lidt uklar definition. Man siger, at kognitiv dissonans opstår, når forskellige tanker er i konflikt med hinanden, som for eksempel når man handler på en måde, der ikke stemmer overens med de vurderinger, man ellers har, eller når man tvinges til at vælge mellem to lige gode eller dårlige alternativer. Når en misbruger flere gange har ydret ønske om at være clean, men tager et tilbagefald, kan det medføre, at han sætter spørgsmålstegn ved, om han virkelig ønsker at være clean.

mestringsfærdigheder til rådighed, vil følelsen af formindsket selvkompetence fremkalde positive forventninger til rusens virkning og derved øge sandsynligheden for tilbagefald. Det skal understreges, at modellen, der her er præsenteret og stammer fra Marlatt (1985), kun er vejledende for vores arbejde i Renbæk – en ydre forståelsesramme, der kan forklare grundprincipper i kognitiv-adfærdsmæssig terapi og vores arbejdsmetoder. Der findes en række andre dokumenter, der beskriver principperne i kognitiv-adfærdsterapeutisk misbrugsbehandling, som vi ikke vil uddybe her.



FIGUR 2. En kognitiv-adfærdsmæssig model af tilbagefald (Marlatt, 1985, s. 38).

Når man taler om personlighedsforstyrrelser, menes der en række tilstande og adfærdsmønstre af klinisk betydning, som oftest er vedvarende og fremtræder som udtryk for klientens karakteristiske livsstil og holdning til sig selv og andre. Der er således tale om betydelige afvigelser fra den måde, hvorpå et gennemsnitsmenneske i en given kultur føler, tænker, opfatter og især forholder sig til andre. Forstyrrelsen medfører væsentlige vanskeligheder og indskrænkninger i personens dagligliv, herunder især evnen til at indgå i og håndtere relationer til andre mennesker (WHO, 1998, s. 137). Ifølge denne definitionskilde er der tale om unuancerede reaktioner på en række personlige og sociale forhold, hvilket indebærer, at adfærden hos disse personer styres af u hensigtsmæssige og rigide mønstre – hvilket kan omformuleres til infleksible og/eller manglende copingstrategier – som medvirker til en række problemer, både i de nærrelationer og i samarbejde med andre mennesker. Hvis vi tager denne definition i betragtning og overfører den til Marlatts model i figur 2, vil det næppe komme bag på nogen, at misbrugere med personlighedsforstyrrelser får hyppigere, hurtigere og voldsommere tilbagefald efter afsluttet behandling end misbrugere, der ikke lider af disse forstyrrelser. Årsagen er, at der i en højrisikosituation (figur 2) (eller udløsende hændelse, figur 1) aktiveres negative skemata, leveregler og forventninger om rusens funktion (figur 1). Dette

understreger selvfølgelig, hvorfor det er så vigtigt at få øje på de forskellige lidelser og den uhen-sigtsmæssige adfærd, der er forbundet med forstyrrelserne, og træne nye færdigheder.

1-1-3 Psykoedukation

Psykoedukation er et kendt redskab i behandling af skizofrene patienter, samt behandling af depression, bipolar lidelse og posttraumatisk stresslidelse. Hvilke komponenter der i disse programmer er virkningsfulde, vides ikke. Det kunne være selve undervisningen, øget kommunikation og problemløsningsfærdigheder, - den støtte, klienten pludselig oplever fra omgivelserne, - eller øget selvkompetence. Den erfaring, der er opnået med brugen af psykoedukation for andre psykiatriske lidelser, skaber grundlag for udviklingen af lignende programmer for behandling af personlighedsforstyrrelser – en udvikling, der stadigvæk er i startfasen (Ruiz-Sancho, Smith, & Gunderson, 2001).

Af en eller anden årsag får personer med alvorlige personlighedsforstyrrelser ofte kun sparsomme oplysninger om deres lidelser og i langt mindre grad end patienter med andre alvorlige lidelser som f.eks. skizofreni (Banerjee, Duggan, Huband, & Watson, 2006; Ruiz-Sancho, Smith, & Gunderson, 2001). Hvorfor, vides ikke, men nogle forskere har dog forsøgt at undersøge, hvordan det påvirker disse patienter at undervise dem i deres personlighedsforstyrrelser/-mønstre. En af disse er Banerjee et al. (2006), der har undersøgt, hvilken betydning det har at informere patienter, bl.a. i retspsykiatrisk behandling, om deres personlighedsforstyrrelse, og hvordan det påvirker behandlingsalliancen. Undersøgelsen viste, at psykoedukation medførte, at patienterne opnåede bedre alliance med behandlerne end før. Behandlerne oplevede derimod ikke nogen ændring i alliance, men følte til gengæld, at klienterne opnåede bedre selvindsigt og forståelse af, hvad det vil sige at have en personlighedsforstyrrelse.

På behandlingsinstitutionen Ringgården i Middelfart har man også undersøgt effekten af psykoedukation af personlighedsforstyrrelser/-mønstre. Her har man udviklet en manual til behandling af alkoholafhængige misbrugere, som tager udgangspunkt i deres personligheds mønstre (Nielsen, Damsted, & Moesgaard, 2002). I behandlingen testes klienterne med en personlighedstest for vurdering af deres personlighed. Efterfølgende får de feedback på testen i en individuel samtale. Personlighedsmønstret bliver tegnet op som en kartontegning, bl.a. fordi det er nemmere for klienten at forholde sig til en cartoon tegning end til en diagnose. Endvidere får klienten en ny tegning, der viser et konstruktivt alternativt adfærdsmønster, som han/hun kan træne. Tegningerne og profilerne inddrages i gruppearbejdet. Denne arbejds metode har øget gennemførelsesprocenten på Ringgården, især af borderline klienter, hvor gennemførelsesprocenten er steget med 50 % (Nielsen, Røjskjær, Hesse, 2007). Nøjagtigt hvorfor den øges, vides dog ikke. Årsagen kunne eksempelvis være, at testen og tilbagemeldingen forstærker behandlingsalliancen, og/eller, at klienten indser vigtigheden af at træne ny adfærd. Tredje mulighed kunne være, at den indsigt, som terapeuten opnår ved testen, frembringer en ny behandlerstil, som passer bedre til den enkelte klient.

I en oversigtsartikel om psykoedukation af personlighedsforstyrrelser påpeger Ruiz-Sancho, Smith og Gunderson (2001), at metoden ikke er standardiseret. Af samme grund eksisterer der ingen sådanne programmer, der er målrettet mod kriminelle misbrugere.

1-1-4 Teoretisk sammenfatning

Udviklingen af programmet på Behandlingsafdelingen har taget udgangspunkt i programmer, der stammer fra flere steder; Marlatt (1985), Banerjee et al. (2006), Nielsen, Damsted og Moesgaard (2002), Beck, Wright, Newman og Liese (1993), Beck og Freeman (1990), Fennell (2002) og Carroll (2009). Vi har efter bedste evne forsøgt at tilpasse det til den gruppe, der befinder sig i Renbæk. Udviklingen af programmet er ikke færdigt.

Der findes ikke evidensbaserede metoder for psykoedukation af personlighedsforstyrrelser/mønstre hos kriminelle misbrugere, der er i behandling, imens de afsoner. Ud fra litteraturen (Banerjee et al. 200, Nielsen, Røjskjær, Hesse, 2007) kan man dog kun forvente, at det vil medføre forbedring af den terapeutiske alliance og derved forbedre behandlingsresultaterne.

1-2 Empiri

Vi har i forrige afsnit beskrevet det empiriske grundlag for vores valg af kognitiv-adfærdsterapi. Dette bliver ikke uddybet her.

Behandlingsinstitutionen Sydgården har ydet misbrugsbehandling siden 1987. Behandlingstilgangen har igennem årene været på psykodynamisk grundlag, men eftersom institutionen behandler svært belastede misbrugere (Pedersen & Hecksher, 2008), ofte med personlighedsforstyrrelser (Stefansson & Hesse, 2008), er institutionen begyndt at yde behandling ud fra en kognitiv forståelsesramme, især ud fra Young Schema Therapy (Young, 2003).

Som det fremgår af tabel 1, er det ikke kun den kriminelle baggrund, der udgør en forskel mellem Sydgårdens klientel og Behandlingsafdelingens.

Udvikling har på mange måder været kendetegnende for Sydgården – institutionen har konstant sine behandlingsprincipper til revurdering og søger udfordringer i nye projekter. Behandlingsafdelingen i Statsfængslet Renbæk er en af disse udfordringer. I startfasen var der ansat terapeuter fra Sydgården og en psykolog fra Sønderjyllands Amts Misbrugscenter. Arbejdsredskabet var en behandlingsmanual fra Sydgårdens dagbehandling. Det viste sig ret hurtigt, at den ikke var egnet til denne målgruppe. Efterfølgende har vi anstrengt os for at få indsigt og viden i målgruppen bl.a. for at kunne udvikle en manual, der er egnet til denne målgruppe.

Personalet på Behandlingsafdelingen er uddannet indenfor kognitiv terapi. Således har alle gennemgået uddannelse i kognitiv terapi ved misbrug hos Kognitiv Terapi Center, Århus. Endvidere løbende kurser og seminarer indenfor emnerne misbrugsbehandling, kognitiv terapi, personlighedsforstyrrelser og assessmentmetoder. Personalets grunduddannelse er indenfor psykoterapi eller psykologi. Personalesammensætning er beskrevet yderligere i kapitel 8.

1-3 Mål

1-3-1 Langsigtede mål

Det er misbrugsbehandlingens overordnede mål at klienten opnår en ædru/clean tilværelse og kommer ud af sin kriminelle livsstil. Når dette er sagt, skal man selvfølgelig have i tankerne, at en stor del, måske største del af klientgruppen får tilbagefald. Dette er en kendsgerning, især hos misbrugere med comorbiditetsproblematik. Derfor stræber vis os for at forhindre, at tilbagefaldet udvikler sig til samme omfang af misbrug og uhensigtsmæssige konsekvenser, som kendetegnede hans liv, inden han kom i behandling. Det er ligeledes et mål, at klienten opnår villighed og lyst til at søge hjælp andre steder efter afsoning i tilfælde af tilbagefald.

Et andet overordnet mål er at øge klientens bevidsthed og forståelse ang. sit adfærdsmønster og udvikle klare copingfærdigheder, selvbeherskelse og selvkompetence i sit liv. Som anført i afsnit 1, Forandringsmodellen, så har deltagerne ofte personlighedsforstyrrelser. Det er *ikke* vores mål at behandle personlighedsforstyrrelserne per se, men at give klienten information om deres forstyrrelser/mønster og træning i at håndtere deres lidelse på en mere fornuftig måde end de tidligere har gjort. Eksempelvis så har en person med borderline personlighedsforstyrrelse en usikker og ustabil identitetsfølelse. Dette kan ikke ændres på 3 måneder, men vores mål er, at han kan træne og udvikle et andet reaktionsmønster på trods af sin indre ustabilitet. Denne ændring vil forhåbentligt medfører til symptomreduktion.

1-3-2 Umiddelbare mål

Der er visse forudsætninger for opnåelsen af langsigtede mål. Her benævnes nogle af de væsentligste:

A. Motivation for ændring

- De fleste misbrugere, der kommer i behandlingen, er ambivalente i forhold til deres misbrug og befinder sig på det, der benævnes førovervejelses- eller overvejelsesstadiet (Prochaska, 2009). Ofte benægter eller bagatelliserer de misbrugets omfang og konsekvenser. Nogle kommer i behandling pga. udsigt til forkortelse af afsoningsperioden. Det er derfor et mål at forstærke motivation for ændring og viden om hvad motivation indebærer.

B. Kendskab til højrisikosituationer

- Eftersom tilbagefald er forbundet med højrisikosituationer, skal klienten lære, hvilke situationer, der er problematiske og derfor kan øge risikoen for tilbagefald.

C. Forståelse af, at tilbagefald er en proces

- Klienten skal lære, at tilbagefald er en proces, der består af såvel ydre som indre processer, og som han har mulighed for at mestre.

D. Kendskab til personlighedsmønster/-forstyrrelser

- Eftersom misbrug, kriminalitet og personlighedsmønster/-forstyrrelser er tæt forbundne, skal klienten opnå indsigt i dette mønster hos sig selv. Klienten skal lære følgende:
 - o hvordan er mønstret opstået
 - o hvilke skemata (grundholdninger) er forbundet med mønstret
 - o hvilke leveregler er forbundet med mønstret
 - o hvilken adfærd er forbundet med mønstret
 - o hvilke situationer aktiverer mønstret
 - o hvilken funktion har misbruget i forbindelse med mønstret
 - o hvilke konsekvenser har mønstret
- Klienten skal opnå motivation for at ændre sine uhensigtsmæssige adfærdsstrategier, der er forbundet med personlighedsmønster/-forstyrrelsen.
- Klienten skal opnå at finde et klart alternativ til sine uhensigtsmæssige adfærdsstrategier, der er forbundet med personlighedsmønster/-forstyrrelsen.

E. Kendskab til affektive sindslidelser, angst og ADHD

- I tilfælde af at klienten lider af affektive sindslidelser, angst og/eller ADHD, får vedkommende psykoedukation om disse, og/eller disse lidelser inddrages i behandlingen. I enkelte tilfælde tilbydes medicinsk behandling efter samtale med fængslets læge med henblik på symptomreduktion.
- Klienten oplever ofte lidelsen som en del af sin identitet, og ofte bidrager dette til tilbagefald til misbrug. Formålet med psykoedukation er derfor at skabe en mere nuanceret og afbalanceret holdning til disse lidelser.

F. Kendskab til betydningen af at vokse op i dysfunktionelle familier

- Det er vores kliniske vurdering, at klienterne primært kommer fra dysfunktionelle familier, hvor normalitetsbegrebet er forstyrret. De undervises i betydningen af disse opvækstvilkår samt lærer at omgås med behandlere og personalet ud fra principper, der er mere samfundsmæssigt acceptable.

G. Mere effektive copingstrategier

- Ved kognitiv adfærdsterapi er det et mål, at klienterne lærer sig situationsspecifik coping. Klienten skal lære sine uhensigtsmæssige copingstrategier at kende samt finde frem til nye

hensigtsmæssige copingstrategier og træne disse for at kunne mestre situationer, der ellers ville udløse trang og/eller negativt belastende emotioner. Forbedrede copingstrategier formindsker ikke kun risikoen for tilbagefald til misbrug, men også risikoen for recidiv. Eksempelvis lærer en voldsforbryder andre copingstrategier end anvendelse af vold.

H. Øget selvkompetence

- Når klienten lærer sit personlighedsmønster at kende samt konsekvenserne af uhensigtsmæssige copingstrategier og begynder at træne mere hensigtsmæssige copingstrategier, vil han lære, at han selv har ansvaret for sit selvværd, og hvordan han kan træne en bedre selvværdsfølelse. Denne træning vil medføre øget selvkompetence.

I. Tranghåndtering

- Klienten lærer teknikker til håndtering af sin trang til alkohol/stoffer ved brug af regelmæssige øvelser.

J. Afbalanceret livsstil

- Mange misbrugere lever en livsstil, der er usund, uansvarlig og farlig, og kendetegnes af over- eller undervurdering af egne ressourcer. Det er derfor ønskværdigt, at klienten opnår en mere afbalanceret og sundere livsstil, der også harmonerer med pågældendes ressourcer.

K. Ædru/clean periode under afsoning

- Det er et mål, at klienten opnår en periode, hvor han er ædru/clean – ofte for første gang i lang tid. At opnå en sådan periode kan medvirke til at øge klientens motivation for ændring.
- I tilfælde af tilbagefald er det et formål at forhindre, at misbruget tager magten.

L. Udslusningsplan

- Klienten skal lave en realistisk udslusningsplan, der omfatter bl.a. sociale relationer, arbejde/uddannelse, økonomi og bolig.

M. Afsoning uden disciplineringsager

- Det er et mål, at klienten kan gennemføre fængselsopholdet uden disciplineringsager.

1-4 Andre modeller

Vi har i forrige afsnit beskrevet behandlingsgrundlaget ud fra kognitiv-adfærdsterapeutiske principper. Vi følger dog ikke kun denne misbrugsmodel, men anvender tillige elementer fra andre psyko-terapeutiske retninger, når det forekommer hensigtsmæssigt. Vi er nok som mange andre (se Pedersen, 2007), der har det ønske at følge kognitiv-adfærdsmæssige principper til punkt og prikke, men når en del af personalegruppen også har terapeutiske uddannelser andre steder fra, og klientgruppen ofte er krisepræget og/eller har perioder, hvor de direkte modarbejder behandlingen, så kan det nogle gange være svært at fastholde den overordnede behandlingsstrategi.

For misbrugsbehandling af indsatte findes andre effektive behandlingsmuligheder, f.eks. Terapeutisk Samfund (TS) og Minnesotamodellen. Der findes flere behandlingsmodeller, der anvendes overfor indsatte med afhængighedsproblematik.

1-4-1 Terapeutisk Samfund

På Behandlingsafdelingen findes komponenter, som minder om beskrivelsen af TS som fremlagt af Ojmarrh, Wilson og MacKenzie (2005):

1. For at skabe et miljø, der kan betragtes som opbyggende for terapeutisk udvikling, er det mest almindeligt indenfor TS, at indsatte bor på særskilte afdelinger, som forhindrer tilstedeværelsen af indsatte, der ikke er i terapi.

- Vores klienter bor på den særskilte afdeling Sten. Indsatte har ikke lov til at være inde på andre afdelinger end deres egne. Dette er helt klart med til at forstærke det interne sammenhold mellem de indsatte.
- 2. Ifølge TS-modellen involveres klienterne i styringen af det terapeutiske samfund, herunder at lede sessioner i enkelte tilfælde, hjælpe til med, at andre deltagere overholder regler, og sørge for at løse konflikter internt.
 - På Behandlingsafdelingen opfordres klienterne enkelte gange til selv at tage ansvaret for sessioner. Et eksempel på dette er, hvis en klient er genindskrevet i behandlingen og skal præsentere sig selv overfor gruppen. Et andet tilfælde er, hvor en klient er ved at være færdigbehandlet og skal præsentere sin udslningsplan. I tilfælde, hvor klientgruppen skal diskutere et terapeutisk emne (f.eks. opgaver omkring fordele og ulemper ved bestemte adfærdsstrategier), bliver gruppen delt op i mindre enheder, og ansvaret for diskussionen bliver lagt på klienterne. Interne konflikter mellem deltagere drøftes som regel i gruppen.
- 3. Ifølge TS-modellen kan både personale og klienter være konfronterende, når der er tale om overtrædelse af regler. Endvidere støtter de hinanden for at foretage positive ændringer.
 - På Behandlingsafdelingen opfordres klienterne til at stille krav til hinanden om, at afdelingen er stoffri, og, hvis nogen har fået tilbagefald, at stille forventninger til den som har fået tilbagefald om, at han åbner for diskussionen i behandlingen. Dette er altid et følsomt emne; en klient skal helst undgå at få navn af at være stikker, men samtidigt tage ansvar for, at han ikke vil finde sig i, at stofbrug forekommer på afdelingen. Positiv udvikling hos den enkelte roses såvel af personalet som af andre deltagere.
- 4. Til sidst er det kendetegnende for TS-modellen, at misbrug betragtes som et symptom på et underliggende personligheds-mæssigt problem, hvorfor fokus for behandlingen er på den underliggende mekanisme og ikke kun på misbruget.
 - Denne holdning harmonerer med vores egen.

1-4-2 Minnesotamodellen

Minnesotamodellen, eller 12-trins modellen, henviser klienterne til AA/NA under og efter behandling. Klienterne, der er i Behandlingsafdelingen, skal som minimum deltage 5 gange enten i AA eller NA indenfor de første 6 uger.

1-4-3 Young Skema Terapi og psykoedukation

Young Skema Terapi (Young, 2003) har været tilpasset og afprøvet på misbrugere (Ball, 1998). Problemet med denne terapiform er primært tidsperspektivet. Således påpeger Ball (1998), at minimum behandlingstid sandsynligvis er 12 måneder, hvilket er væsentligt længere tid, end vores klienter er i behandling. Psykoedukation ser også lovende ud, men eksisterer ingen standardiseret eller manualbaseret model for psykoedukation (Ruiz-Sancho, Smith, & Gunderson, 2001).

1-4-4 Hvorfor den valgte model frem for andre

I afsnit 1-1-1 Evidensbaseret behandling henvises til en klar dokumentation af at kognitiv adfærdsterapi er evidensbaseret overfor målgruppen. Ingen anden terapiform kan henvise til ligeså klar dokumentation af virkning, hvilket er hovedårsagen for valg af modellen. Andre modeller er virksomme på visse områder, men kognitiv adfærdsterapi passer godt til misbrugere, kriminelle, og personer med personlighedsforstyrrelser og andre psykiske lidelser man ofte ser hos målgruppen.

1-5 Særlige forudsætninger

1-5-1 Alkohol- og stoffri afdeling

Behandlingsdeltagere bor på afdeling Sten, som er en særskilt afdeling kun for indsatte, der er i behandling. Afdelingen har plads til 14 indsatte, men eftersom der vanligvis er ca. 8-10 personer i

behandlingen ad gangen, er der plads til andre indsatte. Statsfængslet forsøger at holde øvrige pladser fri til klienter, der er færdigbehandlede, eller indsatte, der muligvis er kandidater til behandlingen, eller indsatte der ikke har misbrugsproblemer.

Undersøgelser, der er gennemført mellem 2001 og 2006 i Europa, viser, at op til 56 % af de indsatte anfører at have taget stoffer imens de afsonede (EMCDDAs Annual report, 2008). Hvordan dette tal ser ud i Renbæk, vides ikke, men der er ingen grund til at forvente, at det er lavere. Statsfængslet forsøger at holde afdeling Sten alkohol- og stoffri, men det er selvfølgelig en umulig opgave; man kan højst forvente, at afdelingen "for det meste" er alkohol- og stoffri.

I 2008 udskrev vi 30 % af vores stofmisbrugere af behandlingen pga. tilbagefald til stofmisbrug, mens kun 1 % af alkoholmisbrugerne fik samme u hensigtsmæssige afslutning på behandlingsforløbet (Sandfeld & Stefánsson, 2009). Det kan derfor konkluderes, at stoffer forekommer indenfor fængslets rammer, og at tilbagefald til alkohol og stoffer ikke kan undgås, men at det er en forudsætning for vellykket behandling af denne impulsive gruppe, at deres omgivelser er mest muligt stoffri.

1-5-2 Medicinsk behandling for ADHD

Det er vores kliniske erfaring, at ADHD forekommer hyppigt hos vores klienter. Problematikken ses især hos gruppen af yngre stofmisbrugere. Disse klienter har svært ved at fastholde koncentrationen over længere tid, de er ofte urolige og impulsive og derved forstyrrende for de øvrige gruppe-medlemmer. Desværre har det vist sig vanskeligt – og ofte umuligt – at få en lægelig undersøgelse af disse klienter og evt. medicinsk behandling for ADHD sat i værk. Årsagen til dette er, at det har vist sig umuligt for Statsfængslet Renbæk at få en psykiater tilknyttet stedet. Vi har løbende forsøgt at etablere kontrakt til en privatpraktiserende psykiater – dvs. udenfor fængslets regi – der kan varetage denne opgave for Behandlingsafdelingen. På trods af flere forsøg, er det ikke lykkedes.

1-5-3 Antal deltagere

Ifølge kontrakt mellem Kriminalforsorgen og Sydgården er behandlingens målgruppe indsatte med alkoholmisbrug og evt. blandingsmisbrug. Pga. manglende klientel har vi åbnet døren for stofmisbrugere, som i 2008 og 2009 udgjorde 75 % af klientellet (Sandfeld & Stefánsson, 2009, Sandfeld, 2010). Som benævnt er afdelingen normeret til 14 alkohol- og blandingsmisbrugere. Vores erfaring er, at vi højst kan have 10 klienter ad gangen, når der er tale om stofmisbrugere.

1-5-4 Motiverede fængselsbetjente

Af en svensk undersøgelse fremgår det, at fængselsbetjente og indsatte ofte har et rigtigt og fastlåst kommunikationssystem (Lindberg, 2005). Der findes andre undersøgelser, der viser det samme mønster i andre europæiske lande. Hvordan det står til i Danmark, vides ikke. Den negative kommunikationsstil, som f.eks. Lindberg (2005) beskriver, forværrer i nogle tilfælde den adfærd, der er forbundet med personlighedsmønstret hos de indsatte, og igangsætter en negativ adfærdsspiral. I sidste ende er det altid klienten, der taber i en sådan konflikt. Det er derfor vigtigt at tilbyde fængselsbetjentene supervision.

Fængselsbetjentene på afdeling Sten var "håndplukkede" i behandlingens opstart i 2005. I deres ansættelse lagde den daværende afdelingsleder på afd. Sten bl.a. vægt på:

- at de er motiverede til at samarbejde med behandlingsafdelingen
- at de har en empatisk tilgang til de indsatte, og at der dermed er større sandsynlighed for, at de vil indgå i dialog med de indsatte og fremhæve den mellemmenneskelige interaktion frem for at anvende magt og køre en diskussion op i en spids
- at de er villige til at anvende tid sammen med de indsatte, f.eks. at deltage i ture ud af huset

Det er Behandlingsafdelingens vurdering, at fængselsbetjentene er velmotiverede for behandlingsarbejdet, viser interesse og hellere end gerne deltager i arbejdet. Der har været nogle få undtagelser fra reglen med fængselsbetjente, der har været i et træningsforløb, og de blev i alle tilfælde konfronteret af afdelingslederen på afd. Sten.

1-5-5 Supervision af fængselsbetjente

Fængselsbetjentene, der går på afdeling Sten, får 3 timers supervision hver 6. uge af behandlingsafdelingens afdelingsleder. Endvidere er der en fængselsbetjent fra afdeling Sten med i behandlingsgruppen halvdelen af gruppeforløbet. Det er vores vurdering, at denne ordning er med til at øge forståelsen hos fængselsbetjentene for klientgruppens særpræg, og kan medføre til reduktion af konflikter. Der er indgået aftale mellem Sydgården og Statsfængslet i Renbæk at andre afdelinger får lignende supervision.

I 2009 blev der afholdt 2 gange 3 dages undervisningsforløb for fængselsbetjente i Renbæk, 20 betjente i hvert kursusforløb.

Kurserne kredsede om følgende punkter:

- Misbrugsbehandling
- Personlighedsforstyrrelser
- Motivationssøgende samtaler
- Kommunikation mellem indsatte og ansatte

1-6 Forbedringer af modellen

Som udgangspunkt kan en behandlingsmodel forbedres. Her nævnes 3 punkter.

1-6-1 Manual

I behandlingens startfase blev en manual fra dagbehandlingen på Sydgården anvendt. Manualen var indenfor kognitiv terapi af misbrug og udarbejdet for klienter, der er i et ambulante forløb. Manualen fulgte et nøje fastlagt og tidsbestemt program. Det viste sig ret hurtigt, at klienterne i Renbæk ikke kunne forholde sig til det fastlagte skema, eftersom deres hverdag ofte er krisepreget. Vi besluttede os derfor for at lave en arbejdsmappe, der kunne anvendes som grundlag for behandlingen. Denne mappe har vi efterfølgende forsøgt at videreudvikle til en decideret manual (vedlagt som bilag). Den er ikke færdig.

1-6-2 Efterbehandling

Eftersom vores klientel kommer fra hele Danmark, er det umuligt at tilbyde efterbehandling, hvilket selvfølgelig er beklageligt. Som regel anbefaler vi, at klienten tilknyttes et misbrugscenter i sin hjemby. Ofte er tilknytning til et misbrugscenter vilkår for prøveløsladelse.

1-6-3 Tilbud til pårørende

Eftersom vores klientel kommer fra hele Danmark, er det umuligt at tilbyde faste behandlingstilbud til pårørende. I enkelte tilfælde kommer pårørende til samtaler sammen med den indsatte, men dette er ikke en fast procedure. Vi vil benytte lejligheden til at anbefale, at Kriminalforsorgen sørger for, at pårørende til alle indsatte, der befinder sig i misbrugsbehandling i danske fængsler, tilbydes fælles pårørendekursus.

2. Etik

Behandlingsafdelingen i Renbæk hører under behandlingsinstitutionen Sydgården i Haderslev, som blev etableret i 1987 og stiftet som fond i 1993. Fonden er registreret under navnet: "Fonden den selvejende institution Sydgården". Institutionen er stiftet som fond af KFUMs sociale Arbejde i Danmark og er fortsat tilknyttet denne organisation gennem repræsentation i bestyrelsen og administrationsaftale.

Sydgårdens bestyrelse består af:

- 3 udpeget af KFUMs sociale Arbejde i Danmark
- 1 udpeget af Y's-men Danmark
- 1 udpeget af Haderslev Kommune
- 1 udpeget af Sydgårdens bestyrelse

Forstander er Erik Hansen.

2-1 Programmets værdigrundlag

KFUM's Sociale Arbejde i Danmarks formål er på den danske folkekirkes grund at yde en diakonal og social indsats og bidrage til at skabe værdige kår for mennesker. Formålet søges opfyldt gennem oprettelse og drift af institutioner, gennem projekter og gennem konsulentarbejde.

Behandlingsafdelingen har samme værdigrundlag som KFUMs sociale Arbejde i Danmark. Dette betyder ikke, at afdelingen på noget som helst tidspunkt forsøger at anvende religiøse dogmer i behandlingsarbejdet eller forsøger at omvende de indsatte til en specifik religiøs trosretning. Værdigrundlaget afspejles i den menneskelige grundholdning, medarbejderne har. Vi tager udgangspunkt i det kristne grundlag, at alle mennesker er ligeværdige. Dermed har enhver indsat – set med vores øjne – krav på den bedst mulige behandling på lige fod med alle andre. Det accepteres ikke, at typer af kriminalitet, misbrug, eller sociale opvækstvilkår misfarver denne holdning.

Det er vores opfattelse, at denne holdning afspejles i vores arbejdsmetoder og væremåde. Flere af de indsatte har givet udtryk for, at de ikke tidligere har mødt den samme accept, forståelse og imødekommenhed, som de har mødt på behandlingsafdelingen. Vi oplever gentagne gange, at klienten giver udtryk for sin overraskelse over, at han har betydning for den enkelte behandler.

Om dette værdigrundlag stammer fra en kristen omtanke eller tager sit afsæt i indlæringsteorier, kan diskuteres fra forskellige vinkler og vil ikke blive søgt afdækket her.

I den psykoedukation, vi har udviklet i Renbæk, forsøger vi at skabe et "normaliseret" eller ikke-kritisk billede af klienten. Dette indebærer, at klienten skal forstå, at der som regel er en logisk sammenhæng mellem genetiske betingelser, opvækstvilkår/udviklingsbetingelser, personligheds-mønster og adfærd, samt misbrug og kriminalitet. Denne holdning indebærer et ikke-fordømmende ståsted til vurdering af den nuværende situation, hvilket fører til, at klienten føler sig accepteret, angsten reduceres, og forholdet mellem klient og behandler bliver mindre forsvarspræget.

2-2 Overvejelser i forbindelse med socialt sårbare personer

Det er uden tvivl en forudsætning for vellykket behandling, at den foregår på et niveau, som klienten kan bære. Her nævnes i punktform, hvordan vi forsøger at matche det i dagligdagen.

1. Sprogbrug

Sprogbrugen skal være enkel og forståelig. Behandleren skal undgå anvendelsen af komplicerede fagudtryk i tilbagemelding af personlighedstest, og klienten kan altid spørge om enkelte udtryk, som han ikke forstår.

Personlighedsmønster tegnes op som cartoon-tegning, efter at testresultaterne er gennemgået med klienten, eftersom det er nemmere for en klient at forholde sig til en tegning af et personlighedsmønster end en diagnosebetegnelse.

2. Læse- og skrivefærdigheder

En del af klienterne har ringe læsefærdigheder, hvilket der skal tages hensyn til. Dette indebærer, at enkelte opgaver og tests bliver læst op for klienten.

Opgaven med et 5-kollone skema, der analyserer situationer som f.eks. indebærer vrede og/eller trusler om vold, bliver oftest tegnet op på tavlen, nærmest som en tegneserie, og dermed ikke skriftligt formuleret. Dette gør det nemmere for en ukoncentreret og rastløs klient at følge med og fastholde opmærksomheden og interessen.

3. Pauser

Gruppen har kun fast start- og sluttidspunkt samt fast middagspause. Øvrige pauser afholdes, når klienten viser tegn på træthed, koncentrationen forværres, og rastløsheden bliver tydelig. En undervisningstime kan således vare mellem 30 minutter og 1 time.

4. Kriser

I tilfælde af kriser eller tilbagefald prioriteres en diskussion af dette i gruppen og andre planlagte aktiviteter tilsidesættes.

5. Trusler om vold

I tilfælde af at en klient truer med vold, bliver den diskussion altid prioriteret frem for andre behandlingsemner.

6. Ture ud af huset

Hver anden mandag er der ture ud af huset. Som regel er der tale om kortere ture i Midt- og Sønderjylland. Disse ture kan indebære specifikke indlæringsemner, som f.eks. lokale seværdigheder eller opsøgning af arbejdspladser. Formålet med turene er afkobling fra gruppearbejdet samt forstærkelse af sammenholdet. Udover klienterne deltager mindst en terapeut og en fængselsbetjent.

2-3 Antagelser knyttet til den valgte metode

I første kapitel har vi nævnt genetiske betingelser, stressfaktorer samt belastede opvækstvilkår som risikofaktorer for afhængighedsudviklingen (Nilsson et al. 2005; Hesse, 2007; EMCDDAs Annual report, 2004), - samt undersøgelser, der forbinder omsorgssvigt, mishandling og traumer i barndommen med personlighedspatologi i voksen alder (Grover, et al. 2007; Johnson, et al. 2000). Forståelsesmodellen tager afsæt i social indlæringsteori (Bandura, 1977) og afstand fra en traditionel sygdomsmodel af misbrug og afhængighed (Jellinek, 1952). Udgangspunktet i vores forståelse af personlighedsforstyrrelser og afhængighed er, at der er tale om fejlindlæring, og at indlæring af ny adfærd og ny selvforståelse dermed er et forsvarligt mål. Dette indebærer på ingen måde, at kontrolleret forbrug af alkohol og stoffer er et reelt alternativ.

2-4 Ethiske overvejelser og den valgte gruppe

Vi mener, at vi i afsnit 1-1-1 har gjort rede for, at den valgte metode er evidensbaseret for den valgte målgruppe. Efter vores opfattelse er der intet i metoden, der er grænseoverskridende i en sådan grad, at det kan betragtes som uetisk.

Hvis en klient nægter at fuldføre eller deltage i undervisningen, så accepteres det på den betingelse, at han forklarer, hvorfor han ikke vil deltage. Eksempelvis kan en klient finde det for udfordrende at deltage i enkelte rollespil, hvilket så accepteres.

2-5 Ethiske overvejelser og ekskludering af visse deltagere

Der er ingen specifikke etiske overvejelser, der på forhånd ekskluderer deltagere fra behandlingen.

Vi har oplevet en klient, der var dømt for voldtægt af eks. hustru, som fik en svær periode sammen med de øvrige klienter. Efterfølgende har vi anbefalet sædelighedsdømte at præsentere sig som voldsforbrydere eller på en anden måde, som de føler sig tilpas med.

2-6 Elementer af straf og tvang

2-6-1 Straf

Anvendelse af straf er ikke en del af behandlingskonceptet.

Som i andre danske fængsler er der visse regler, som er tilknyttet fængslet, og som skal overholdes. Brud på disse kan medføre straf i form af isolation eller overførsel til andre fængsler.

Fængselsbetjente deltager i behandlingskonceptet 30 timer om ugen. Betjenten accepterer samme tavshedspligt som andre deltagere i gruppen. Hvis vedkommende betjent overhører, at der er tale om alvorlig kriminalitet, vold eller lignende, har han lov til at bryde tavshedspligten.

I behandlingen anvendes positiv forstærkning frem for straf – klienten roses for positiv forandring og opnåede resultater.

2-6-2 Tvang

I behandlingsafdelingen er de indsatte ikke forpligtet til at snakke om ting, de ikke ønsker at snakke om. Endvidere kan de nægte at udføre enkelte opgaver. Det er dog et krav fra behandlingsafdelingen, at de siger, hvorfor de ikke vil deltage. I den sammenhæng kan det nævnes, at behandlingen ikke arbejder med traumer, der er opstået i barndommen, eller graver i følelsesmæssige sår, som klienten kan have bragt med sig fra barndommen. Vores arbejde med barndommen er kun for at opnå et overblik eller en forståelsesmodel for den nuværende situation.

2-7 Ethiske aspekter

Arbejdet med etiske aspekter kan øges via dialog faggrupper imellem.

Dialogforum er eksempelvis i supervisorsgrupperne (fængselsbetjente får supervision hos en behandler 3 timer hver 6. uge) og på undervisningsdage (fængselsbetjente på afd. Sten har fået samlet 6 undervisningsdage, og i 2009 blev der gennemført 2 x 3 undervisningsdage for i alt 40 fængselsbetjente i Renbæk). Endvidere kan behandlergruppen opnå dybere forståelse af etiske principper via egen supervision/terapi.

3. Målgruppe

3-1 Afgørende kriterier

Der er to kriterier for deltagelse:

- 1) Klienten opfylder ICD-10 kriterier for afhængighedssyndrom (alkohol og/eller stoffer)
- 2) Klienten erkender, at forbruget er problematisk i en sådan grad, at han behøver at gøre noget ved det

Som anført i afsnit 1, Forandringsmodellen, så har deltagerne ofte personlighedsforstyrrelser. Det er dog på ingen måde et kriterium for deltagelse i behandlingen og skal derfor *ikke* anses som målgruppe. Men inddragelsen af mønstret er derfor selvsagt en nødvendig del af behandlingen.

3-2 Fysiske, psykiske og sociale risikofaktorer

Der kan nævnes en række risikofaktorer, som øger sandsynligheden for kriminel adfærd efter behandling. Nogle af disse er nævnt i det første afsnit. Disse faktorer inddrages som regel i behandlingsarbejdet – nogle gange som del af øvrige arbejds punkter, som f.eks. tilbagemelding på personlighedstest, andre gange som særskilte arbejds punkter. Nogle risikofaktorer er vist i tabel 2.

TABEL 2. Nogle risikofaktorer, der kan øge sandsynligheden for kriminel adfærd efter behandling

Risikofaktor	Primære behandlingstiltag
Alkohol- og/eller stofafhængighed	Kognitiv-adfærdsmæssig behandling
Ringel selvværdsfølelse/selvkompetence	Psykoedukation og kogn.-adf. terapi
Antisocial personlighedsforstyrrelse og "Den kriminelle tankegang" ⁸	Kogn.-adf. behandling, psykoedukation og konfrontation - situationsspecifikke analyser - diskussion - omstrukturering/alternativ tænkning
Tilknytning til det kriminelle miljø	Psykoedukation og kogn.-adf. terapi Diskussion om at udskifte tidligere omgangskreds
ADHD/impulsivitet	Psykoedukation Brev til pågældendes praktiserende læge med anbefaling om psykiatrisk undersøgelse
Socialt udsat	Detaljeret udskrivningsplanlægning

⁸ Den kriminelle tankegang er en kombination af holdninger og overbevisninger, der forstærker kriminel livsstil og kriminel adfærd. Som eksempel kan nævnes den formodning, at de har ret til at bryde samfundets love og krænke andres rettigheder i kraft af et hævdet ejerskab; at de kan retfærdiggøre den kriminelle livsstil; at de har manglende ansvarsfølelse for egen handling; at de gentagne gange undgår at få øje på konsekvensen af egen handling. Denne form for tankegang øger sandsynligheden for tilbagefald til misbrug og kriminel adfærd. Tankegangen er selvfølgelig i slægt med beskrivelsen af dyssocial personlighedsstruktur.

3-3 Forskellige typer kriminalitet, programmet retter sig mod

Programmet retter sig ikke specifikt imod enkelte kriminelle kategorier, dog med den undtagelse at voldelig adfærd og trusler om vold ofte kommer op som et centralt element i gruppesamtalerne, hvilket ikke er overraskende set i lyset af, at stort antal af deltagerne har mindst en voldsdom bag sig. Vi betragter voldelig adfærd og trusler om vold som uhensigtsmæssige levereregler (figur 1) og stærkt forbundet til manglende copingfærdigheder (figur 2). Diskussionen om disse emner harmonerer derfor godt med øvrige behandlingselementer og er ofte et godt supplement til forståelsen af selve misbrugsbehandlingen.

3-4 Overensstemmelse mellem målgruppe og den faktiske deltagergruppe

Den oprindelige målgruppe er alkohol- og blandingsmisbrugere. Det er aftalt mellem Kriminalforsorgen og Sydgården, at behandlingsafdelingen skal kunne behandle 55 personer årligt. Det viste sig dog i begyndelsen, at det kun var et fåtal alkoholmisbrugere der søgte behandlingen; i 2006 var 18 indskrivninger fordelt på 17 personer. Det blev derfor aftalt med Staffuldbyrddelseskontoret medio 2007 (Niels Loppenthin, 25-06-2007) at tilbyde også behandling for stofmisbrugere, i det omfang det er muligt under hensyntagen til den primære målgruppe.

Adspurgt (25-03-2009) betragter halvdelen (5/10) af gruppen sig selv som primært stofmisbrugere. I den senere tid har gruppen ofte bestået 100 % af stofmisbrugere.

På trods af, at behandlingen har fokus på personlighedsforstyrrelser og psykiske lidelser, er det ikke målgruppen som sådan. Største delen af indsatte, og størstedelen af stofmisbrugere der søger behandling har en eller flere personlighedsforstyrrelser. Derfor tager behandlingen hensyn til denne problematik. Metoden vi anvender handler primært om psykoedukation om deres personlighedsmønster/-forstyrrelser, efterfølgende træning i mere hensynsfuld adfærd samt mere positivt syn på sig selv. Vi undgår at snakke om "behandling" af personlighedsforstyrrelser idet det anses urealistisk set i lyset af behandlingslængde.

3-5 Visitationsmetode

Statsfængsel Renbæk modtager klienter fra fri fod såvel som klienter overført fra arresthus (efter varetægtsfængsling) og klienter overført fra andre fængsler. Fængslet består af 6 belægsbygninger med kapacitet til 160 afsonere.

Visitationsmetoden er forskellig afhængig af, hvilken tilgang klienten har til afsoningen. Det var et ønske ved behandlingsafdelingens implementering, at visitationen skulle være så enkel og let som muligt, der var enighed om ikke at arbejde med ansøgningsskemaer og lignende.

Fra fri fod: I fængslets informationsmateriale oplyses der om muligheden for at indgå i behandling under afsoningen; har klienten ønske herom, skal han forud for indsættelsen rette henvendelse til fængslet, hvorefter han placeres direkte på behandlingsafdelingen. Der sættes ikke spørgsmål ved klientens motivation for behandling.

Fra varetægt: Har klienten deltaget i et forbehandlingsprogram i arresthuset, og ønskes dette forløb efterfulgt af et egentligt behandlingsforløb under afsoningen, kontaktes fængslet af personale fra arresthuset herom. Vurderer arresthuspersonalet/forbehandleren klienten som motiveret, bliver han ved overførslen placeret direkte på behandlingsafdelingen, ofte har der dog forud været dialog med Sydgårdens afdelingsleder.

Proceduren for tilgang af klienter fra varetægtsfængsling/fuldbyrdelse til behandlingsafdelingen er under fortsat bevågenhed og udvikling, se nærmere herom under pkt. 3.10.

Fra andre afsoningsinstitutioner: Samme procedure som fra varetægt.

For øvrige afsonere: Fra behandlingsafdelingens opstart ultimo 2005 frem til sommeren 2007 var det en fast procedure, at klienter idømt alkoholrelateret kriminalitet som udgangspunkt skulle til visitationssamtale med behandlingsafdelingen.

Siden sommeren 2007 har det været et fast punkt ved indsættelsen af klienter at afdække deres misbrugsprofil straks ved indsættelsen. Således er det i dag en fast rutine, at fængselspersonalet ved modtagelsen af en ny klient udsøger om evt. brug af rusmidler, oplyser om forskellige behandlingsmuligheder og evt. motivation herfor. Ønsker klienten nærmere oplysninger om/eller behandling for misbrug, kontaktes behandlingsafdelingen, hvorefter klienten modtages til forsamtale hurtigst muligt – normalt indenfor 2-3 dage. Ønsker klienten behandling, flyttes han straks efter forsamtale til afdeling Sten. Har klienten misbrug men intet ønske om aktuell behandling, vil der være tale om en løbende motivationsproces.

Alle klienter, uanset visitationsmetode, deltager i en forsamtale, hvor følgende punkter gennemgås:

- Misbrugsbaggrund
- Misbrugets konsekvenser
- Motivation for ændring

Hvis klienten accepterer behandling, skal han forpligte sig til følgende:

- at underskrive accept af, at journaler indskrives i behandlingsafdelingens elektroniske journalsystem
- at deltage i behandlingsprogrammets punkter
- at overholde behandlingens regler
- at være indforstået med at bo på afdeling Sten

Kan klienten ikke godtage ovenstående, bliver han, uanset visitationsmetoden, oplyst om evt. andre behandlingsmuligheder; hvis ikke det er ønsket, overflyttes han snarest til en af fængslets øvrige afdelinger.

3-6 Optagsprocedure

3-6-1- Indskrivning

Indskrivning sker løbende, dvs. der er ikke fastlagte datoer for indskrivning. I enkelte tilfælde, især hvis vi vurderer, at der er tale om en ekstra sårbar/skrøbelig person, foretrækker vi at indskrivningen foregår i ugens begyndelse af hensyn til implementering.

3-6-2 Præsentation af nye klienter

Når en ny klient starter i behandlingen, præsenterer alle klienter sig for den nye ved en runde. Som regel indgår følgende i præsentationen hos de ældre klienter

- hvorfor de er i behandlingen; alkohol- og/eller stofmisbrug
- hvad de har fået ud af at være der
- årsag til fængsling, tidligere fængselsdomme, længde af fængselsstraf
- baggrundsoplysninger, såsom familieforhold, arbejde, alder

En klient har dog altid lov til at nægte at snakke om årsag til fængselsstraf. Især klienter med sædelighedskriminalitet bag sig opfordres til at finde på en anden forklaring på årsag til fængselsstraf. Personalet præsenterer sig også. Formålet er angstreduktion, og at den nyindskrevne klient skal føle sig velkommen.

3-7 Afgørende kriterier for, at klienter ikke er egnede til programmet

Hvis en klient ikke opfylder kriterierne i afsnit 3-1, betragtes han som uegnet til behandlingen.

Kun en enkelt klient er blevet nægtet deltagelse i behandlingen pga. psykisk skrøbelighed. Pågældende var under nedtrapning af metadon og var aktiv hashmisbruger. Pågældende fik tilbud om samtaler i Hash- og substitutionsprojektet, hvilket han modtog.

Ingen klient er blevet nægtet deltagelse pga. alvorlige personlighedsforstyrrelser eller kriminel baggrund. Vi ved, at der er tale om en skrøbelig målgruppe, og det er derfor vores mål, at behandlingen skal kunne rumme disse i størst muligt omfang.

3-8 Køn, etnicitet, religion og sprog

Programmet er dog egnet til begge køn og gør ikke forskel på etnicitet og religion. Tværtimod forsøger vi at fremhæve det særpræg, der kan være forbundet med etnicitet og religion, eftersom det kan være et vigtigt element i pågældendes selvforståelse og selvaccept.

3-9 Kriterier for udelukkelse/bortvisning af klienter før tid

Behandlingen har så få eksklusionskriterier som muligt. Følgende eksklusionskriterier er dog ikke til at komme udenom:

1. Psykotiske symptomer, der kræver indlæggelse i psykiatrisk afdeling dog med mulighed for genindskrivning
2. Truende og/eller voldelig adfærd, der umuliggør behandling
3. Brud på fængslets regler, der medfører, at den indsatte bliver flyttet til et andet fængsel
4. Gentagne tilbagefald til rusmidler uden tilsyneladende ønske om at stoppe
5. At klienten nægter at arbejde med tilbagefald til rusmidler
6. Tydelige tegn på manglende interesse i behandlingsarbejdet

Punkt 6 er selvfølgelig vanskeligt at bedømme. Der er stor forskel på, hvad enkelte klienter kan bidrage med i behandlingen og afhængigt af faktorer som intelligensniveau, grad af personlighedsforstyrrelse, læse- og skrivefærdigheder, koncentrationsfærdigheder, ADHD samt almene sociale færdigheder. Vi forsøger at tage hensyn til klientens formåen i forhold til at arbejde indenfor gruppens rammer, men samtidigt kan det ikke nægtes, at enkelte klienter kommer til behandlingsafdelingen pga. udsigt til reduceret afsoning og er uinteresserede i selve behandlingsarbejdet. Den balancegang mellem færdigheder/formåen og interesse kan i visse tilfælde være vanskelig at bedømme. Hvad dette punkt angår, skal der også tages hensyn til de øvrige klienter. Diskussion om motivation uddybes i afsnit 4-5.

Et slip eller tilbagefald (se yderligere diskussion i afsnit 4-1-5) til rusmidler er ikke et eksklusionskriterium. Det forekommer hos denne målgruppe og skal anses som et naturligt fænomen. I enkelte tilfælde har det ved gentagne tilbagefald til hash været et krav fra vores side, at pågældende tog en pause fra behandlingen, indtil han kunne aflægge rene u.p.

Udskrivningsårsager opdelt i alkoholindskrivninger (§ 141) og stofindskrivninger (§ 107) for 2008 og 2009 er vist i tabel 3. Antal uønskede udskrivninger i 2009 er 12, hvilket svarer til 23 % af hele gruppen. Tilbagefald udgør 11,5 % af uønskede udskrivninger hos hele gruppen og findes kun i gruppen af stofmisbrugere, hvilket er en halvering i forhold til 2008. Der er en reduktion på 28,8 % i uønskede udskrivninger i forhold til 2008. Der kan være flere forklaringer på det, vi har mere tilpasset programmet gruppen af unge stofmisbrugere med ADHD og eller lignende problematikker. Vi er blevet mere opmærksomme på den kriminelle tænkning og adfærds betydning for tilbagefald. Fængselsfunktionærernes øgede viden om personligheds mønstre og misbrugsadfærd gør, at samarbejdet om, at registrere ændringer i adfærd hos den enkelte og eller i gruppen er styrket. Vi brugere oftere, at klienterne starter i hash og substitutionsprojektet for, at blive clean inden de starter fuldtidsbehandling og vi overfører oftere klienter til hash og substitutionsprojektet.

TABEL 3. Udskrivningsårsager i 2008 og 2009

Udskrivningsårsag	2008				2009			
	§ 107		§ 141		§ 107		§ 141	
- færdigbehandlede	16	40 %	9	64 %	23	59 %	11	85 %
- tilbagefald	12	30 %	1	7 %	6	15 %	-	-
- manglende motivation	3	7,5 %	2	14 %	2	5 %	-	-
- udskrevet mod givet råd	7	17,5 %	2	14 %	-	-	-	-
- uskrevet til hashprojekt	-	-	-	-	3	8 %	1	7,5 %
- bortvist uden tilbagefald	1	2,5 %	-	-	-	-	-	-
- fortsætter beh. i 2009/2010	1	2,5 %	-	-	5	13 %	1	7,5 %
Total	40	100 %	14	100 %	39	100 %	13	100 %

3-10 Udvikling af kriterier for tilgang af klienter

Behandlingsafdelingens åbning i efteråret 2005 skete samtidig med en større forandringsproces i hele fængslet, idet den samlede kapacitet blev udvidet fra 120 til 160 pladser. Fængselspersonalet blev omfordelt, hvilket bl.a. indebar nye kolleger og nye regimer, der skulle falde på plads. Søgnin-gen til at gøre tjeneste på behandlingsafdelingen var ikke overvældende, og det viste sig også umuligt at besætte de to fuldtidsstillinger, som var tiltænkt at skulle indgå i behandlingen. Proble-met blev løst ved, at personalet på turnus gør tjeneste i behandlingen, hvilket med tiden har vist sig at være en rigtig god løsning, da alle på den måde involveres i behandlingen; samtidigt bevirker denne model, at der ikke opstår sårbarhed i behandlingsgruppen ved sygdom og ferie.

Ultimo 2007 sker der en holdningsændring blandt fængselspersonalet, og der begynder at være interesse for at arbejde på behandlingsafdelingen, hvilket fortsat gør sig gældende.

I første kvartal af 2009 har der for første gang været venteliste til behandlingsafdelingen, uagtet at fængslets samlede kapacitet er midlertidigt mindsket svarende til 32 pladser.

Holdningsændringen blandt personalet kan tilskrives flere ting, dels "tager ting tid", øget fokus på registrering af klients misbrugsprofil sammenholdt med det intense fokus, der har været på hand-leplansarbejdet omkring klienterne.

Internt er der i 2009 sat yderligere fokus på misbrugsbehandling, og fængslet har i samarbejde med Sydgården haft to undervisningsforløb, hhv. i maj og september, af tre dages varighed hver med 20 deltagere, hvilket har medført yderligere udvikling i tilgangen af klienter. Langsigtet er det planen, at der med jævne mellemrum kan gennemføres lignede tiltag for fortsat fokus på behan-ling under afsoningen.

Information om og reklame for behandlingsafdelingen er i stadig udvikling. I foråret 2006 blev afde-lingen introduceret ved, at KIF-afdelinger og arresthuse fra fængslets primærområde blev inviteret til åbent hus arrangement for nærmere introduktion af behandlingsafdelingen. I 2008 var Stats-fængslet Renbæk vært ved forbehandlernes årsmøde, hvor Sydgårdens behandlingsleder og afde-lingsleder holdt oplæg om erfaringer i behandlingen af fængselsdømte misbrugere samt en generel introduktion til afdelingens behandlingsprogram og visitation. I maj 2009 modtager Sydgården be-søg af forbehandlere fra Nordjylland, der ønsker at høre nærmere om vores behandlingsafdeling.

Proceduren for tilgang af klienter fra varetægtsfængsling/fuldbyrdelse til behandlingsafdelingen vil være under fortsat bevågenhed og udvikling jvf. pkt. 3.5. Vi vil således bestræbe os på inden ud-gangen af 2009 at få et mere formaliseret samarbejde med arresthusene i fængslets primærområ-de, som førsteprioritet, da vi anser de mindre arresthuse for mere sårbare i forhold til sagsbehand-lingen af den enkelte klient (døgn tjenester). For ikke at "tabe" klienterne under et afsoningsskifte

tilstræbes det, at fængslets anmeldelsesenhed, indtil videre, følger op på, om klienten deltager i forbehandling i arresten; er dette tilfældet, søges det telefonisk afklaret, hvorvidt det er planen, at klienten skal videreføre behandlingen ved overførslen hertil.

4. Metode og motivation

Uanset terapiform er det i sidste ende klienten selv, der gør det arbejde, der medfører forandring. I grunden kan man sige, at al forandring er selvforandring – terapi er kun vejledning til selvforandring. Disse tanker stammer fra Prochaska, Norcross, & Diclemente (2009), der som bekendt beskæftiger sig med forandringsprocessen.

Prochaska, Norcross, & Diclemente har fremstillet et enkelt spørgeskema for at finde frem til, hvor i forandringsprocessen den enkelte klient befinder sig i. Spørgsmålerne er følgende:

- Det er mere end et halvt år siden, jeg har løst mit problem
- Jeg har handlet på mit problem inden for de seneste seks måneder
- Jeg har i sinde at handle på mit problem inden for den næste måned
- Jeg har i sinde at handle på mit problem inden for de næste seks måneder

Følgende svarmuligheder fortolkes:

- Nej til alle udsagn betyder, at vedkommende er på førovervejesstadiet
- Ja til det fjerde spørgsmål og nej til øvrige indebærer overvejesstadiet
- Ja til udsagn tre og fire men nej til øvrige peger på forberedelsesstadiet
- Ja til udsagn to, men nej til udsagn et indebærer, at pågældende er på handlestadiet
- Et sandfærdigt ja til udsagn et indebærer, at pågældende er nået til vedligeholdelsesstadiet

Det er vores vurdering, at fleste af vores klienter er på førovervejesstadiet eller overvejesstadiet. Ifølge Prochaska og kollegaer er nogle mennesker på førovervejesstadiet så demoraliserede, at de har givet op og accepteret deres situation som en "skæbne". De har måske tidligere forsøgt at løse deres problemer uden held og synes, at bare det at tænke på at forandre sig er at risikere endnu en fiasko. De har accepteret deres nederlag og opgivet at forandre sig. Således ser vi nogle gange personer, der har tilbragt flere år i fængsel på dette stadium. De er uden motivation for ændring. Mennesker på førovervejesstadiet er gerne i forsvar, hvad angår deres problemadfærd. De undgår oplysning om deres problemer og har det som regel ikke godt med åbent at se konsekvenser i øjnene. Endvidere tager de sjældent ansvar for de negative konsekvenser, deres handlinger har medført. Deres forsvar kendetegnes af benægtelse og bagatellisering, rationalisering, projektion og forskydning, eller ved at vende alting indad – internalisering.

Ifølge Prochaska og kollegaer skal man bl.a. gøre følgende for at hjælpe en person på førovervejesstadiet i forsøget på at fremkalde forandring.

- at gøre vedkommende bevidst om det selvdestruktive forsvar, som står i vejen for en forandring
- at give vedkommende den nødvendige information, så han eller hun kan begynde at forstå sit problem til bunds

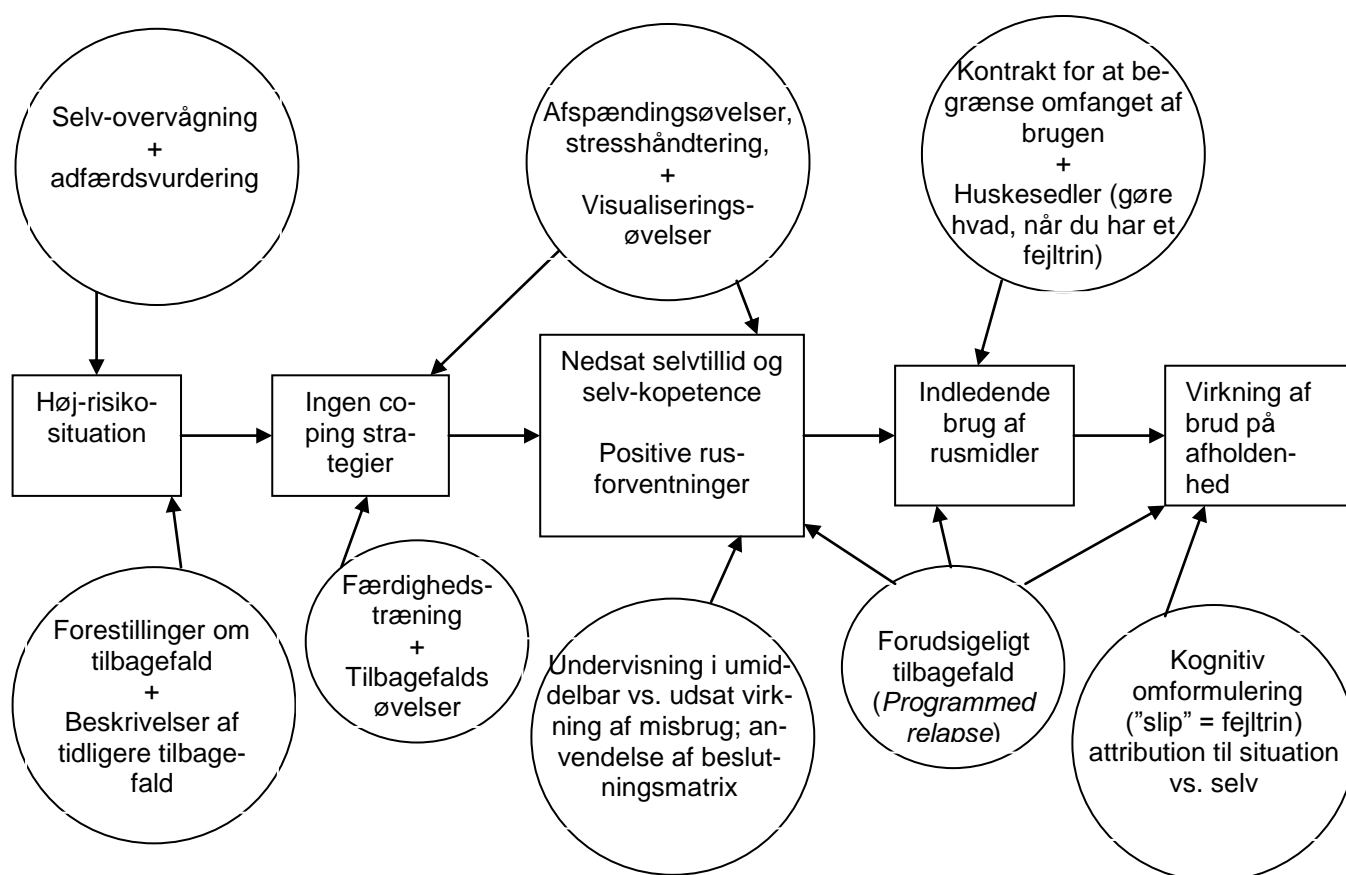
Det er vores vurdering, at vi giver disse personer information både om misbruget og deres personlighedsmønstre, samt konsekvenser. Vi forsøger at lade være med at presse klienter på førovervejesstadiet til at handle. En person på førovervejesstadiet er ikke klar til at skride til handling, men er måske parat til at overveje forandring. Vi gør bl.a. følgende for at hindre at forsvarsmekanismen forstærkes:

- der arbejdes ikke med fortidens traumer og svære barndomsoplevelser
- behandlerne forsøger at undgå at forstærke negative følelser hos pågældende klient
- krisesituationer bliver analyseret som neutrale begivenheder – ikke følelsesmæssige

- al diskussion – især hvor det kan virke følelsesmæssigt vanskeligt som ved livshistorie og tilbagemelding af test – bliver drøftet med empati som udgangspunkt; klienten skal ikke opleve fordømmende indstilling fra behandlere og øvrige deltagere

4-1 Anvendte metoder

Vi har i tidligere afsnit gjort rede for den anvendte model/modeller. Marlatt og kollegaer (eks. Marlatt & Gordon, 1985; Marlatt, Parks, & Witkie, 2002) har fremlagt ret detaljerede retningslinjer for denne behandlingsform. Her nævnes nogle af de punkter, modellen beskriver, og som findes i vores afdeling. Marlatt (1985, s. 54) har illustreret modellen; her vist i figur 3. De firkantede bokse, der strækker sig vandret igennem midten, afspejler tilbagefaldsprocessen i figur 2, s. 11. I følgende afsnit gøres kort rede for enkelte punkter i figuren, og hvordan vi forholder os til disse.



FIGUR 3. Model for tilbagefaldsforebyggelse (*Relaps Prevention*) (Marlatt, 1985, s. 54)

4-1-1-Selv-overvågning og adfærdsvurdering

Klienterne udfylder MCMI-III. I tilbagemeldingen af testen fokuseres der på den negative adfærd, der er forbundet med det enkelte personligheds mønster.

4-1-2 Højrisikosituationer

Ifølge modellen er det første trin at lære klienten at kende sine højrisikosituationer. Der findes flere muligheder for at finde frem til disse, eks. HøjRisk100 (Annis, 1982) som vi brugte de første to år i behandlingen, og The Drug Taking Confidence Questionnaire-8 (DTCQ-8), som kun har 8 spørgsmål, og vurderer om pågældende misbruger har de nødvendige selvkompetence til at meste højrisikosituationer (Sklar & Turner, 1999). Vi spørger også klienterne om disse. Denne metode er især gunstig, hvis klienten har oplevet tilbagefald under behandlingsforløbet. Højrisikosituationerne

tydeliggøres også, når klienterne får tilbagemelding på deres personlighedsprofil (se nærmere i kapitel 6). Til sidst har klienten et skema i sin arbejdsbog om situationsspecifik trang, som ofte kaster lys over, hvilke situationer, tanker og følelser der aktiverer trang.

4-1-3 Copingstrategier og rollespil

Der findes flere muligheder for at finde, hvilke copingstrategier de indsatte mangler, eller finde, hvilke der er skadelige for vedkommende – oftest viser de sig under behandlingsforløbet. Negative copingstrategier diskuteres i forbindelse med tilbagemelding af MCMI-III. For at træne nye copingstrategier anvendes bl.a. rollespil samt regelmæssige diskussioner af den anvendte adfærd og adfærdsmuligheder.

4-1-4 Nedsat selvtillid og selv-kompetence

Klienterne er som regel belastede af en ringe selvværdsfølelse og begrænset tiltro til egne færdigheder. For at arbejde med disse punkter anvendes selvværdstræning med udgangspunkt i Fennell (2002), der har beskrevet en selvhjælpsguide i selvværdstræning ud fra kognitive-adfærdsmæssige principper. Hos os forbinder vi også metoden med testresultaterne fra MCMI-III. Opgaven *Selvværds-cirklen* udfyldes som regel i forbindelse med Tegning 1 og 2 – dvs. klienten skal lære at se, hvilke konsekvenser den negative adfærdstrategi medfører, og hvordan en mere positiv adfærdstrategi kan opbygge en bedre selvværdsfølelse og selvforståelse.

4-1-5 Tilbagefald

Indenfor den kognitive forståelsesramme af afhængighed skelnes der mellem begreberne tilbagefald (*relapse*) og slip (*laps*) efter en periode af abstinens⁹. Hvis en klient får et slip, så arbejdes der med dette. Følgende går ind i undersøgelsen/diskussionen:

- Højrisikosituationen – en nøjagtig beskrivelse af situationen klienten befandt sig i inden og imens tilbagefaldet indtraf
- Hvilket skemata/grundholdning blev aktiveret i situationen
- Hvilke misbrugsrelaterede antagelser (rusforventninger) opstod i situationen
- Hvilke automatiske tanker opstod
- Trang – beskrivelse af trangen, samt evt. styrke
- Hvilke tilladende antagelser opstod der (eks. "det bliver kun en enkelt")
- Hvordan han fandt frem til det anvendte rusmiddel
- Beskrivelse af selve tilbagefaldet – eks. omfang, sammen med hvem, tidslængde, og konsekvenser

Det er vores holdning, at tilbagefald/slip er et naturligt fænomen, og at der er større sandsynlighed for at en klient får slip/tilbagefald under og/eller efter behandling end, at han ikke får slip/tilbagefald. Det er dog altid vigtigt at arbejde med slip/tilbagefald for at skabe en øget selvforståelse og dermed mindske risiko for gentagelse.

4-1-6 Beslutningsmatrix

Begrebet *Beslutningsmatrix* indebærer fordele og ulemper af misbrug set på kort- og langt sigt. Vi arbejder med skemaet *Fordele-ulemper af misbruget*, samt opgaver som *Konsekvenser af misbruget*.

⁹ **Tilbagefald** (*relapse*) defineres som en fuld tilbagevenden til den adfærd der plejer at høre sammen med brug af rusmidlet.
Et **slip** (*laps*) defineres som den første gang der tages et rusmiddel efter en person har besluttet sig for at være afholdende.

4-1-7 Rusforventninger

I forbindelse med tilbagemelding af MCMI-III drøftes rusens funktion set i lyset af personligheds-mønstret, dvs. hvilken funktion alkohol og/eller stoffer har som en kompensation hos den enkelte. Denne diskussion gentager sig i tilfælde af tilbagefald.

I klienternes arbejdsmappe findes også en opgave, *Misbrugsrelaterede antagelser*, der sætter fokus på, hvilke forventninger klienten har til rusmidler.

4-1-8 Afspændingsøvelser og stresshåndtering

NADA, eller øreakupunktur, er ikke en evidensbaseret behandlingsmetode overfor denne klient-gruppe, men vi har alligevel valgt denne metode, eftersom klienterne beskriver, at den giver dem ro, mindre tankemylder, reducering af trang samt reducering af søvnproblemer. Tilbuddet er to gange ugentligt.

Afspændingsøvelser afholdes fast hver fredag og som del af opgaver såsom tranghåndtering.

4-1-9 Tranghåndtering og visualiseringsøvelser

Tranghåndtering er et fast ugentligt arbejds punkt. Metoden indebærer visualiseringsøvelser/cue exposure. Sydgården har udviklet en manual (vedlagt som bilag) i den forbindelse, som vi anvender som grundlag for disse øvelser.

4-2 Hvordan metoden skaber de ønskede forandringer/indlæring

Metoden forstærker klientens selvkompetence og øger derved sandsynligheden for, at han kan mestre højrisikosituationer.

4-3 Hvorfor netop denne metode

Vi har i afsnit 1-1-1 beskrevet, at metoden er evidensbaseret overfor denne målgruppe. Metoden er struktureret og undgår at forstærke negative følelsesmæssige reaktioner, som ellers ofte kendetegner klientgruppen, hvilket kan være årsagen til, at konflikter mellem klienter og behandlere forekommer yderst sjældent. Det har også vist sig, at metoden passer godt til personalesammensætningen.

4-4 Manualer

Vi startede behandlingen med en manual fra Sydgården, der var tilpasset dagbehandlingen på Sydgården. Manualen var indenfor kognitiv terapi af misbrug. Det blev vores vurdering, at den var for fastlåst og ikke egnet til klienter, der ofte har akutte kriser, der skal tages hånd om. Den var også for kompliceret for vores målgruppe. Vi har også anvendt manual i cue exposure (bilag) som er vedlagt. Vi er ved at udvikle en manual til behandlingen som også er vedlagt. Den er ikke færdig.

4-5 Motiveringsindsats og bedømmelse af deltageres motivation

4-5-1 Motiveringsindsatsen

Motivationstilgangen/indsatsen vil være forskellig alt afhængig af visitationsmetoden, se afsnit 3.5.

For klienter, der tilskrives behandlingsafdelingen direkte fra fri fod, fra varetægt eller overføres fra andet fængsel, vil motivationsindsatsen være foranlediget af familie, KIF-medarbejdere, forbehandlere, arresthuspersonale, helsepersonale eller øvrige uden tilknytning til Statsfængslet Renbæk, hvorfor vi ikke kan beskrive dette nærmere.

For øvrige klienter gælder det, at motiveringsindsatsen for dem der oplyser at have forbrug af/misbrug af rusmidler, starter umiddelbart efter indsættelsen og vil være en løbende del af processen for det videre handleplansarbejde omkring klienten.

Ved indsættelsen afdækkes klientens forbrug af rusmidler umiddelbart herfor. Har klienten et forbrug af rusmidler, skal det afklares, hvorvidt han er interesseret i at modtage behandling, og hvilke muligheder der er. Tilkendegives der ønske for behandling, henvises klienten til forsamtale, hvilket typisk sker indenfor 2 -3 dage.

Motivationen til at søge forandring i brug af rusmidler er et punkt, der løbende drøftes med de øvrige klienter, således er samtale omkring misbrug og mulighed for forandring noget, der løbende drøftes i forbindelse med handleplansarbejdet, ligesom disciplinærmyndigheden eller andet personale ved konstateret misbrug (urinprøver, alcotest osv.) samtaler med klienten i forsøg på at motivere til forandring.

En af barriererne for forandring er frygten for stigmatisering ved at flytte fra en almindelig fællesskabsafdeling til behandlingsafdelingen, og er dermed et sårbart område for anvendelse af egen behandlingsafdeling, hvorfor der også skal være fokus på øvrige behandlingsafdelinger/institutioner, det være sig i eller uden for Kriminalforsorgens regi.

4-5-2 Bedømmelsen af deltageres motivation

Afgørende kriterier for deltagelse er nævnt i afsnit 3-1. En klient betragtes som motiveret, hvis han anser forbruget af rusmidler for problematisk i en sådan grad, at han behøver at gøre noget ved det.

Nogle klienter kommer af andre årsager. Eks.

- Udsigt til reduceret afsoning
- Ønske om generhvervelse af kørekort
- Fritagelse fra fængslets arbejdspligt

Hvis en klient kommer på disse eller lignende grundlag, forsøges der at arbejde med motivation for ændring. Som det fremgår af tabel 3, er i 2008 2 (14 %) alkoholmisbrugere og 3 (7,5 %) stofmisbrugere udskrevet pga. manglende motivation.

4-6 Opretholdelse af motivation

Traditionelt gør man fem ting, når man har en motiverende samtale:

- Taler om samtalepartnerens oplevelser og følelser
- Giver neutrale, men relevante tilbagemeldinger
- Holder fokus på misforholdet mellem samtalepartnerens faktiske adfærd og idealer eller ønsker
- Leder efter eksisterende relevante kompetencer
- Hjælper med at opstille relevante valgmuligheder

Af vores behandlingspunkter vurderer vi, at følgende også er motiverende for yderligere deltagelse:

- Ture ud af huset skaber glæde, afkobling og nysgerrighed samt følelse af være værdsat
- Klienter kan i enkelte sessioner opnå status som co-terapeut, hvilket skaber en følelse af at have en betydning og at have fået en indlæring, der kan anvendes
- Klienterne får lov til at være aktive i gruppen; kommentarer er som regel velkomne; de kan komme med forslag til dagens gruppeemne; de bliver hørt, når de beder om pauser
- I behandlingen skabes der et ikke-fordømmende billede af klienten; hans livshistorie, personlighedsmønster, misbrug og nuværende situation forbindes på en enkel og letforståelig måde

- Enkelte gange, når gruppen er træt af terapi, kan vinklen ændres, og der vises en film, eller deltagerne får til opgave at lave et ikonbillede

Atmosfæren i behandlingen er afslappet. Følgende punkter kan forstærke følelsen af familiær atmosfære:

- Vigtigste punkt er nok, at selve behandlingen foregår i et parcelhus udenfor fængslet, hvilket betyder, at klienten skal tage en gåtur på 7-10 min væk fra fængslet for at komme i behandling
- Der bliver holdt fødselsdagsfest med rundstykker og kakao for den enkelte klient
- Højtider fejres
- Udskrivning af klienter fejres

4-7 Tiltag for at fastholde/støtte deltagere med særlig risiko for ophør

Det kan i enkelte tilfælde være vanskeligt at bedømme motivationen hos en personlighedsforstyrret misbruger. Eksempelvis kan apati hos en misbruger fortolkes som manglende motivation for behandlingsarbejdet, men ved nærmere undersøgelse ser man, at vedkommende er skizoid eller depressiv, og at adfærden/tankemønstret derfor er motivationen uvedkommende. På samme måde kan manglende dybde i den terapeutiske kontakt, modstand mod autoriteter og skepsis overfor terapeuten også skyldes personlighedstræk og bør ikke forveksles med fravær af motivation. Lavt intelligensniveau kan i visse tilfælde også misforstås som manglende motivation.

I vores arbejde forsøger vi at være opmærksomme på disse punkter hos den enkelte klient. Det er særdeles vigtigt, at behandlingen tager udgangspunkt i de færdigheder, den enkelte klient har til rådighed, og det niveau, den enkelte klient befinder sig på. Behandlingen skal således tilpasses den enkelte klient og ikke omvendt.

I tilfælde af, at en klient har de træk, vi nævner her, skal behandlingsafdelingen nedsætte de krav, der stilles. Udbyttet af behandlingen bliver måske ikke omfattende, men kan skabe motivation for, at vedkommende søger behandling efter endt afsoning.

4-8 Om metoden er lige egnet i forhold til forskellige grupper

Metoden er lige egnet til begge køn. Etnicitet og religion er uden betydning. Det er en forudsætning, at klienten kan dansk.

4-9 Hvordan metoden er tilpasset til danske forhold

Metoderne (kognitiv-adfærdsterapi, motivations-øgende samtaler, psykoedukation af personlighedsforstyrrelser) er afprøvede i vestlige lande. Der er ingenting, der tyder på, at de skal specifikt tilpasses danske forhold.

4-10 Hvordan metoden og motivationsarbejdet udvikles og forbedres

4-10-1 Udvikling af motivationsarbejde for klienterne

Selve behandlingsprogrammet kan udvikles og forbedres. På nuværende tidspunkt kan vi ikke se, hvordan selve motivationsarbejdet skulle kunne forbedres.

4-10-2 Udvikling af motivationen hos personalet

Det er et vigtigt element i behandlingsmiljøet, at personalet er velmotiveret, føler sig energiske og glæder sig til at komme på arbejde. For at opretholde denne motivation er det vigtigt, at der foregår løbende dialog og samtaler om daglige rutiner, arbejdspress og selve behandlingsarbejdet – ikke mindst hvordan enkelte klienter påvirker personalet. Endvidere at der ydes løbende supervision og relevante kurser.

5. Varighed, intensitet og struktur

5-1 Varighed, intensitet og struktur

Behandlingslængde er fastlagt på 12 uger i en kontrakt mellem Sydgården og Kriminalforsorgen. Principielt er det dermed bestemt på forhånd, hvornår en klient er færdigbehandlet. Det er dog vores kliniske vurdering, at den fastlagte ramme ikke egner sig til alle klienter. Vi har derfor valgt at lave individuel vurdering, der passer til den enkelte klient. Undtagelser fra 12-ugers behandlingslængde er eksempelvis:

- En klient har kortere afsoning end 12 uger
- En klient har koncentrationsproblemer og/eller præges af rastløshed
- En klient er ikke færdigbehandlet efter 12 uger og responderer stadigvæk positivt på behandlingen

Hvornår en klient er færdigbehandlet er et klinisk spørgsmål. Der er en stor forskel i, hvilket gavn enkelte klienter får ud af behandling. Behandlingsudbyttet er således ofte afhængig af klientens belastningsgrad (se diskussion i afsn. 7-1-1), motivation og evne til at indgå i en konstruktiv og positiv behandlingsalliance med terapeuterne. En klient vurderes færdigbehandlet når han:

- Har opnået motivation for en ædru og kriminelfri tilværelse
- Har opnået kendskab til sit personlighedsmønster/-forstyrrelser og er kommet godt i gang med at arbejde med disse og derved ændre sin problematiske adfærd
- Har opnået mere effektive copingstrategier i forhold til håndtering af højrisikosituationer
- Har en klar udslusningsplan

Enkelte klienter kan beskrives som ikke-færdigbehandlede men behandlingsmætte efter 12 uger. Disse klienter får tilbud om genindskrivning, hvis afsoningslængden tillader det. I 2009 er de korteste indskrivninger på 8 dage, hvor klienterne efterfølgende bliver henvist til hashprojektet. De længste indskrivninger i gruppen af stofafhængige er 2 klienter med 112 dage. I gruppen af alkoholafhængige er længste indskrivning 91 dage. I tilfælde af korte afsoninger end 12 uger har vi valgt at sætte 4-6 uger som minimumslængde for behandlingen og at der etableres kontrakt med misbrugscenter i deres hjemkommune efter afsoning og at viderebehandling planlægges. Vores erfaring er at behandlingsmætheden hos stofmisbrugere med ADHD ofte kommer efter ca. 8-10 uger. At presse denne gruppe yderligere til deltagelse er formålsløs. Denne klientgruppe tilbydes derfor – hvis det passer med afsoningslængden – at komme ud på en arbejdsplads i fængslet, og tilbage i behandlingen inden løsladelse.

Ifølge behandlingsgarantien så skal en klient tilbydes behandling inden 14 dage. Dette betyder at hvis en klient ønsker behandling i startfasen af sin afsoning, så skal det imødekommes. Det er dog vores ønske, at klienten kommer i behandlingen i afslutningsfasen af sin afsoning. Derfor tilbydes klienter ofte 12 ugers behandling i startfasen af afsoningen og at de kan komme tilbage, f.eks. i et par uger, når de er ved at afslutte deres afsoning. I 2007 gennemførte 90 klienter behandlingsforløbet; i alle tilfælde blev behandlingsgarantien overholdt. I 2008 gennemførte 44 klienter behandlingsforløbet; i 3 tilfælde blev behandlingsgarantien overskredet med nogle få dage, pga. ferie o.l.

5-2 Tilrettelæggelse af programmets enkelte faser

Behandlingen er ikke opdelt i tidsafsnit, men tilrettelægges individuelt. Tidsplan er derfor ikke fastlagt, men vises nogenlunde i tabel 4. Andre opgaver som traghåndtering, misbrugsrelaterede antagelser og diverse rollespil er ikke tidsbestemte; rækkefølge og tid er en klinisk vurdering.

Deltagelse i Behandlingsafdelingen er fuldtidsbeskæftigelse på lige fod med beskæftigelse på arbejdspladser i øvrige afdelinger i Renbæk. Tabel 5 viser en ugeplan.

TABEL 4. Tidsplan for opgaver i Behandlingsafdelingen

Opgave	Antal uger fra behandlingsstart:
Afhængighedssyndrom	1
Problemliste	1-3
Konsekvenser af misbruget	1-4
Livshistorie	1-2
Udfyldelse af MCMI-III	1-2
Tilbage melding af MCMI-III	2-4
Måltegnning	2-5
Tegning 2	2-5
Fordele-ulemper	2-5
Selv værdscirklen	2-5

TABEL 5. Ugeplan i Behandlingsafdelingen, samt opgaver der ofte tilknyttes enkelte dage

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
8:15-9:00			Behandlingsplanlægning		
9:15-12:00	Gruppemøde eller udflugt Hovedemne: Weekendrunde og kontrakt	Gruppemøde Hovedemne: Livshistorier, skemaer, mestring af følelser, NADA	Gruppemøde Hovedemne: Tilbage melding af MCMI-III	Gruppemøde Hovedemne: Behov, krop, bevidsthed	Gruppemøde Hovedemne: NADA og afspænding, Weekendplanlægning
12:00-13:00	Frokost	Frokost	Frokost	Frokost	Frokost
13:00-15:00	Gruppemøde Hovedemne: arbejde med opgaver i mappen	Gruppemøde Hovedemne: Tilbagefaldsforebyggelse, transthåndtering	Gruppemøde Hovedemner: Måltegnning, Tegning 1 & 2, Selv værd	Sport	Rengøring og værelsestjek på afdelingen
	AA-/NA-møde i Ribe/Tønder			AA-/NA-møde i Kolding/Esbjerg	

5-3 Gruppebehandling vs. individuel behandling

Kognitiv-adfærdsterapi af misbrugere kan foregå på individuel basis eller i gruppesammenhæng. Vi har valgt at prioritere gruppebehandling frem for individuelle samtaler. Argumentationen er følgende:

- Undersøgelser viser, at der ikke er effektforskel på disse behandlingsformer, når behandlingen foregår ambulantly (Cecilia, Marques, Lúcia, & Formigoni, 2001)
- Mange indsatte har svært ved at snakke om sig selv og lærer derfor primært af at se på og høre andre udtale sig
- Social færdighedstræning anvender ofte rollespil, hvilket kræver flere deltagere
- Behandlingsafdelingen har begrænsede ressourcer

Hvis en klient ønsker en individuel samtale, f.eks. pga. en krise, får han det uden undtagelse.

I de første to år af behandlingen var tilbagemelding af MCMI-III på individuelt plan, men efterfølgende foregår tilbagemelding i gruppen. Klienten bliver altid spurgt, om han ønsker, at tilbagemeldingen sker i en individuel samtale, men det viser sig – uden undtagelse – at pågældende ønsker, at de øvrige gruppedeltagere får lov til at deltage i tilbagemeldingen. Det er helt klart vores erfaring, at det er en fordel, at tilbagemelding sker på gruppeplan. Fordelene er bl.a. følgende:

- klienten føler sig set og hørt af øvrige gruppedeltagere
- det er en empatitræning for de øvrige klienter
- klienterne lærer at forstå hinanden og tager derved større hensyn til hinanden udenfor behandlingen

5-4 Konsekvenser for programgennemførelse, hvis møder/aktiviteter ikke gennemføres

Behandlingen foregår primært i grupper. Hvis den aflyses, så erstattes den med tur ud af huset ledsaget af fængselsbetjent og behandler, gåtur ledsaget af fængselsbetjent, eller hjemmeopgaver.

5-5 Sanktioner for regelbrud

Indsatte, der er placeret på behandlingsafdelingen, er underlagt de samme regler som resten af fængslet, hvis der sker overtrædelser, der efterfølgende skal behandles som en disciplinærsag. Ud fra den disciplinære overtrædelse vil der ske en vurdering af hvilken sanktion der skal gives.

- Advarsel
- Bøde
- Strafcelle

Brud på de daglige regler, der er forbundet med behandlingen, er beskrevet under punkt 3-9. Ved overførsel til lukket fængsel vil fængslet, så vidt det er muligt, og hvis den indsatte ønsker det, forsøge at få ham ind på en behandlingsafdeling i det lukkede system.

5-6 Hvordan programmets opbygning kan udvikles og forbedres

En behandling skal som udgangspunkt være søgende og i konstant udvikling.

Vores klienter har mange behandlingstimer, og det kan overvejes, om det er for meget – især for de unge med ADHD-adfærd. Denne balancegang er under diskussion.

Vi har løbende diskussion om enkelte behandlingselementer, som eks. balancegang mellem fokus på personlighedsmønster og misbrugsbehandlingen; hvor stort fokus der skal være på enkelte dele, kan og bør overvejes.

Behandlingspersonalet har i starten af 2010 deltaget i et introduktionskursus og supervisionsforløb i mentalisering¹⁰ for at inddrage elementer fra denne behandlingsform i behandlingen.

¹⁰ Mentalisering drejer sig om at kunne forstå og fortolke egne og andres hensigter og handlinger som meningsfulde udtryk for indre liv. Mentaliseringsbegrebet er nært beslægtet med begreber som empati, selvrefleksion, mindfulness, emotionel intelligens m.v.

6. Individuel planlægning og koordinering

6-1 Programmets tilpasning til den enkelte deltagers specifikke behov

Den kliniske erfaring på Behandlingsafdelingen er, at der er tale om en gruppe personer med særdeles belastede opvækstvilkår, hvilket kan være en af forklaringerne på den høje hyppighed af personlighedsforstyrrelser og/eller problematiske personlighedstræk, man ser hos disse personer. Dette er i overensstemmelse med en række undersøgelser, der forbinder omsorgssvigt, mishandling og traumer i barndommen med personlighedsopatologi i voksen alder (Grover et al. 2007; Johnson et al. 2000).

Det er vores kliniske erfaring, at det er hensigtsmæssigt at starte psykoedukation om personligheds-mønster/-forstyrrelser med at knytte den til klientens livshistorie og opvækstvilkår for at skabe en forståelse for, at der muligvis ligger en "naturlig" årsagsmekanisme til grund for personligheds-mønstret/-forstyrrelsen, som kan bidrage til en forklaring på deres nuværende uhensigtsmæssige og problematiske adfærd. Set i lyset af ovennævnte undersøgelser om personlighedsforstyrrelsernes ætiologi kan man sige, at hvis en person har udviklet en personlighedsforstyrrelse, har vedkommende som regel haft en god grund til det. Årsagen til forstyrrelsen er derfor ikke deres ansvar, men hvad den enkelte gør i dag, har han ansvar for. Derved er diskussionen ufarliggjort og betragtes ikke som en beskyldning imod selve personen. Der er heller ikke tale om søgen efter en syndebuk i forældrene og deres væremåde. Atmosfæren bliver derved som regel venlig og præget af forståelse for de strategier, som vedkommende har udviklet.

I Behandlingsafdelingen gennemgås livshistorien ved hjælp af en opgave, Livslinjen. Opgaven består af to dele. Klienten laver en kronologisk liste over konkrete begivenheder som familieforhold og andre vigtige relationer, uddannelsesforløb, arbejds erfaring, misbrug, kriminel adfærd, fængselsstraf samt andre begivenheder, der kan være af vigtighed for den nuværende livssituation. Den anden del af processen er gennemgang af opgaven i gruppen. De emner, som terapeuten forsøger at opfange i sessionen, opsummeres i tabel 6. I denne øvelse tegner gruppelederen livslinjen op på tavlen som en lodret linje, der starter øverst med 0 år og nederst med klientens nuværende alder. Linjen deles op aldersmæssigt, og gruppelederen indfører de begivenheder, klienten mener er af betydning. Der tages også fat på relationsstil til dem, han er opvokset sammen med, adfærdsproblemer i barndommen, selvbillede og selvopfattelse i barndommen. Sessionens hensigt er at skabe en forståelsesramme og et sammenhængende billede af klientens livsforløb, opvækstvilkår, nuværende situation og personligheds-mønster/-forstyrrelse. Sessionen er også en introduktion af klienten i gruppen. Sessionen afslutter med tilbagemelding fra øvrige gruppemedlemmer, som ofte giver udtryk for deres sympati, hvorfor det på mange måder kan betragtes som empatitræning.

De emner, der indgår i tilbagemelding af test, er vist i tabel 7.

At skabe et sammenhængende billede mellem opvækstvilkår og personligheds-mønster/-forstyrrelser er en vigtig del af vores arbejde. Dette emne kan ses som et motivationsarbejde; formålet er, at klienten opnår et mere nuanceret selvbillede, en forståelse for, at den problematiske adfærd, han ofte anvender, har en logisk forklaring, og at han kan få øje på og være villig til at træne alternative adfærdsstrategier.

TABEL 6. Information, som terapeuten forsøger at indfange i forbindelse med Livslinjen

<p>Konkrete begivenheder som:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvor opvokset; f.eks. hos biologiske forældre, stedforældre eller plejefamilie • Antal søskende • Uddannelse • Arbejde • Samlivsforhold • Antal børn og nuværende kontakt til børnene • Misbrug; debut, forekomst og udvikling • Tidligere behandling; misbrugsbehandling og psykiatrisk behandling, behandlings-effekt • Sygdomme <p>Relationernes betydning for udvikling af personlighedsmønster:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problemer, der forekom i kernefamilien; f.eks. misbrug, vold, kriminalitet/fængselsstraf og psykiske sygdomme hos forældre • Hvordan var/er kontakten til kernefamilien? • Hvordan har opvækstvilkårene påvirket klienten og klientens selvbillede?
--

TABEL 7. Tilbage melding af test

Opgavepunkter	Beskrivelse
Personlighedsmønster	Navn på det personlighedsmønster/-forstyrrelse, testen viser, og som betragtes som klinisk relevant
Tidligere erfaring	Beskrivelse af, hvordan personlighedsmønster/-forstyrrelse muligvis kan forklares ud fra opvækstvilkår
Grundholdning	Det, som indenfor kognitive teorier benævnes <i>skemata</i>
a. Syn på sig selv	Hvilke selvskemata, der som regel er tilknyttet pågældendes personlighedsmønster/-forstyrrelse, og som klienten kan genkende hos sig selv
b. Syn på andre	Grundholdning/skemata, som vedkommende har til andre, som regel tilknyttet pågældendes personlighedsmønster/-forstyrrelse, og som klienten kan genkende hos sig selv
Leveregler	Betingede antagelser (hvis ... så ... regler), der er forbundet til de beskrevne skemata
Strategier	Beskrivelse af typiske adfærdsstrategier set i lyset af personlighedsmønster/-forstyrrelse
Truende situationer	Typisk situation, der kan igangsætte de holdninger og strategier, der er forbundet med personlighedsmønster/-forstyrrelse

Hvordan opgaven Livslinjen hænger sammen med tilbage melding af personlighedstest og alternativ adfærd, er vist i tabel 8. Hensigten med disse opgaver er bl.a. at skabe motivation for ændring af livsstil.

TABEL 8. Opgaver, der hænger sammen og anses som et led i at skabe motivation for træning af nye adfærdsstrategier

→ → → Tidslinje → → →					
Opgave	Livshistorie	Tilbage melding af MCMI-III, samt Tegning 1	Måltegning	Tegning 2	Fordele-Ulemper skema
Metode	Gennemgang af opvækstvilkår og livserfaring	Testresultater af MCMI-III præsenteres og forklares bl.a. ud fra livshistorie, og det væsentligste personligheds-mønster tegnes som en cartoon-tegning	Klienten laver en tegning, der beskriver hans mål i livet, som han fremlægger i gruppen til diskussion	I samarbejde med klienten findes de strategier, klienten behøver at træne for at opnå ønskede mål – set i lyset af Tegning 1	Sammen med gruppen udfylder klienten skemaet <i>Fordele - Ulemper</i> ved adfærdsstrategier og leveregler som afspejles i Tegning 1 og 2
Formål	At opnå en forståelses-model over den nuværende situation og eventuelt årsagen til personligheds-mønstret	Skabe et normaliseret og ikke-fordømmende billede af den nuværende situation og derved gøre diskussionen om personlighed og adfærd mindre sårbar	At få et billede af klientens ønsker i livet og dermed gøre ham til en ejer af egne mål	At øge sandsynligheden for, at klienten er villig til at træne nye adfærdsstrategier	Øge motivation for ændring af adfærd og livsstil

Hvordan vi forsøger at tage udgangspunkt i personligheds mønstret, er vist i tabeller 9, 10 og 11. De er inspireret af Nielsen, Røjskjær, & Hesse (2007) og Rose (2009). Man skal selvfølgelig være opmærksom på, at de fleste misbrugere scorer på mere end et personligheds mønster på MCMI-III og der er derfor tale om en klinisk vurdering af, hvor der sættes hovedfokus.

TABEL 9. Arbejdsmetoder i forhold til personligheds mønster/-forstyrrelser (Cluster A)

Personlighedsforstyrrelse (P)	Symptomer	Almindelig personale-reaktion	Metode – behandlingsstrategi
Paranoid P	Overdrevent mistænksom, mistroisk, konspirationsteorier. Bærer nag, sårbar ift. kritik.	Forsvarsposition, vrede, sarkasme.	Undlad at argumentere for at få ret. Vær empatisk i stedet for at gå op i detaljer. Fasthold professionel distance. Vær åben og ærlig.
Skizoid / Skizotypal P	Distanceret, isoleret, følelsesmæssigt kold, excentrisk (fx overtroisk, telepatisk), uklar tale.	Følelsesmæssig distance, frustration over ikke at nå igennem til klienten.	Respekter vedkommendes tilbagebetrækning og distance uden at give op. Bliv ved med at være der, selv om klienten havde regnet med, at du ville give op.

TABEL 10. Arbejdsmetoder i forhold til personligheds mønster/-forstyrrelser (Cluster B)

Personlighedsforstyrrelse (P)	Symptomer	Almindelig personale-reaktion	Metode – behandlingsstrategi
Borderline P	Ringe interpersonelle relationer – andre ses som enten fantastiske eller forfærdelige. Hader at være alene, impulsiv og humørsyg. Kan være selvskadende eller lide af spiseforstyrrelser, depression. Ofte tidligere misbrugt med posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD).	Splittelse blandt personalet: Nogle føler sig som "de eneste, der virkelig forstår" (hvis smigret), mens andre føler sig ramt (hvis nedgjort). Fare for at overskride grænserne i relationen mellem klient og terapeut.	Arbejd med aktuelle problemer ved hjælp af en struktureret metode til problemløsning snarere end med emner fra fortiden. Høj grad af kommunikation med det øvrige personale. Oprethold grænserne mellem klient og terapeut.
Narcissistisk P	Selvoptaget, behov for at blive beundret, mangel på empati med andre, arrogant. Vil ofte enten smigre terapeuten eller kritisere, hvis ikke givet fuld opmærksomhed.	Splittelse blandt personalet som ved Borderline P. Føler sig ramt og vred eller smigret og charmeret.	Som hos Borderline P. Sæt grænser i samværet med klienten. Forbliv professionel. Anerkend egne narcissistiske tilbøjeligheder.

TABEL 10 – forts.

Personlighedsforstyrrelse (P)	Symptomer	Almindelig personale-reaktion	Metode – behandlingsstrategi
Antisocial P	<p>Adfærdsforstyrrelser hos unge.</p> <p>Ligeegyldighed i forhold til andres rettigheder.</p> <p>Overtræder loven, lyver, handler impulsivt, aggressivt, uansvarligt, skruppelløst, uforsigtigt i forhold til sig selv og andre.</p> <p>Kan være karismatisk og korrumpende.</p>	<p>Følelser af spænding og beundring ift. klientens "bedrifter".</p> <p>Afsky ift. klientens skruppelløshed.</p> <p>Forsøg på at kontrollere klienten kan afføde aggressiv reaktion.</p>	<p>Modstå fristelsen til at indgå i en hemmelig forståelse med eller bekræfte antisocial adfærd.</p> <p>Vurder skadelige handlinger sagligt som skadelige snarere end glamourøse.</p> <p>Fokuser på at løse øjeblikkelige problemer.</p>
Histrionisk P	<p>Opmærksomhedssøgende og udpræget følelsesladet, teatralisk.</p> <p>Overdreven brug af metaforer og sproglomster. Bliver let forelsket (i terapeuten).</p>	<p>Utålmodig eller frustreret over vanskeligheder med at komme til sagen eller optaget af den poetiske stil.</p>	<p>Oprethold grænser, og benyt afklarende udsagn hyppigt.</p>

TABEL 11. Arbejdsmetoder i forhold til personlighedsmønster/-forstyrrelser (Cluster C)

Personlighedsforstyrrelse (P)	Symptomer	Almindelig personale-reaktion	Metode – behandlingsstrategi
Obsessiv Kompulsiv P	<p>Perfektionistisk, umedgørlig, kontrolleret, ingen spontanitet.</p> <p>Irritabel eller vrede, når deres orden trues.</p> <p>Deprimeret, når de ikke kan leve op til egne forventninger.</p>	<p>Irriteret over manglende fleksibilitet.</p> <p>Forstyrres i terapien, når klienten går op i småting og er pedantisk omkring detaljer.</p> <p>Kamp for at overvinde klientens tvangsmæssige behov for kontrol.</p>	<p>Arbejd med underliggende følelser, især fjendtlighed og vrede (med passende hensyntagen til både den ansattes og klientens sikkerhed).</p>
Undgående P	<p>Afmålte sociale relationer (i modsætning til Skizoide klienter ville disse dog gerne have nære relationer, men frygter afvisning). Kan være ængstelig og deprimeret.</p>	<p>Tilbagetrækning, svarende til klientens tavshed og tilbagetrukthed.</p>	<p>Respekter klientens distance, men bliv ved med at være til rådighed.</p> <p>Negative forestillinger om sociale situationer og andre mennesker udfordres.</p>
Dependent P	<p>Overlader det til andre at træffe beslutninger for, tage sig af og bestemme over sig.</p> <p>Har brug for konstant bekræftelse.</p> <p>Udtrykker sjældent uenighed af frygt for at miste relationen.</p> <p>Søger svar på alle spørgsmål hos terapeuten.</p> <p>Disharmoni i forholdet til en anden kan medføre alvorlig depression.</p>	<p>Terapeuten taler hele tiden og giver råd.</p> <p>Bryder med klienten af frygt for at blive opslugt af vedkommendes dependens.</p>	<p>Undgå både at give råd og at bryde med klienten. Benyt hellere en problem-løsende eller løsningsfokuseret, tidsmæssigt begrænset terapitilgang, og ros klienten, når noget lykkes.</p>

6-2 Hvordan programmet integreres i den enkelte deltagers handleplan

I samråd med Behandlingsafdelingen og klienten drøftes det, hvornår i afsoningsforløbet det er mest hensigtsmæssigt for klienten at påbegynde behandling. De fleste starter i behandling med det samme og har derfor gennemført behandlingen længe inden løsladelse, men har så en aftale med behandlerne om evt. at komme tilbage i behandlingen de sidste 14 dage før løsladelse for at få den genopfrisket. Andre klienter påbegynder behandling med det samme med henblik på enten § 78 anbringelse/udstationering/frigang i den sidste del af afsoningen eller med henblik på halvtids-løsladelse jf. § 40a.

Hele forløbet bliver planlagt via handleplanssamtaler, hvor behandlingsforløbet bliver drøftet, og hvor klienten fremkommer med egne oplysninger og ønsker for fremtiden. Kontaktpersonen og/eller socialrådgiveren har ligeledes kontakt til Behandlingsafdelingen for nærmere afdækning af behandlingsforløbet, motivationen samt behovet for fortsat behandling. Både klientens og behandlerens oplysninger føres ind i handleplanen, der som minimum revurderes hver 3. måned.

Når klienten nærmer sig slutningen på behandlingsforløbet, er der en kontakt mellem behandlerne og kontaktperson/socialrådgiver, hvor man drøfter det videre forløb - hvad behandlerne evt. anbefaler fremover. Dette drøfter behandlerne også med klienten. Klienten bliver inddraget i planlægningen af det videre forløb via handleplanssamtalen, hvor klienten fremkommer med egne ønsker og behov. Ud fra klientens egne ønsker, behandlerens anbefaling samt, hvad der er muligt i forhold til de regler, fængslet arbejder under, planlægges det videre forløb.

Såfremt der er behov for videre behandling, tages der med samtykke fra klienten kontakt til misbrugscentret i den kommune, hvor klienten skal bo ved løsladelse. (se pkt. 6-7).

Eksempel på handleplan vedlagt som bilag.

6-3 Løbende bedømmelse af deltagers fremskridt

De fremskridt, klienter opnår i behandlingen, bedømmes især ud fra klienternes adfærd og deres evne til at agere i forskellige situationer. Dette set i forhold til adfærden inden, i starten af og løbende under behandlingsforløbet, ligesom man oplever ændring i deres selvindsigt/selvopfattelse og motivation for forandring.

Omfanget af disciplinære forseelser er også et kriterium, hvor evt. fremskridt i behandlingen kan bedømmes. Fx har nogle klienter ikke haft mulighed for at afvikle udgange på grund af positive urinprøver, men opnår på grund af behandlingen at blive i stand til dette.

6-4 Retningslinjer i forskellige roller og ansvarsområder

Behandlerne forestår den daglige behandling og har dermed den største og mest åbne kontakt med klienten. Behandlerne er motiverende og støttende overfor klienten om de problemer, den enkelte måtte have, ligesom de også er fastholdende i deres spejling af klienterne.

Socialrådgiverens rolle og ansvarsområde er især at hjælpe klienten med problemer under afsoningen samt forsøge at få ham resocialiseret ved løsladelse. Socialrådgiveren er behjælpelig med varetagelse af klientens problemer omkring fx bolig, samvær med børn, fortsat behandling, prøveløsladelse osv. Socialrådgiveren har ligeledes ansvaret for registrering af behandlingsforløbet i klientsystemet. Derudover har socialrådgiveren samt fængselsfunktionæren ansvaret for vilkårsfastsættelse både i forhold til udgange og prøveløsladelsesindstillinger. Hovedparten af de klienter, der har været i behandling, får ved prøveløsladelse tilknyttet særvilkår om betinget eller ubetinget behandling.

Kontaktpersonen/fængselsfunktionæren har den daglige kontakt med klienten på afdelingen. Kontaktpersonen er ofte den første person, der taler med klienten omkring evt. problemstillinger og

visiterer derefter videre til socialrådgiveren, hvis der er behov. Ligeledes er det kontaktpersonen, der udfylder rusmiddelmodulet og dermed får skabt en kontakt til behandlingsafdelingen med henblik på behandling. Kontaktpersonen er også motiverende, støttende og hjælpende i forhold til de problemer, der opstår i det daglige.

Fængselsfunktionærens opgaver af ordens- og sikkerhedsmæssig karakter kan være en hæmsko i forholdet til klienten, men løses ofte uden de store konflikter.

Behandleren, kontaktpersonen og socialrådgiveren er i fællesskab forpligtiget til at deltage i/og bidrage med oplysninger til klientens handleplan, der fungerer som omdrejningspunkt for det samlede afsoningsforløb og tiden derefter.

6-5 Tiltag for deltagere, der udgår af programmet

Hvis det sker, at en indsat, der er i behandling, bortvises eller udelukkes før tid eller bliver bestemt overført til lukket fængsel, vil de behandlere, der er tilknyttet, sørge for en afslutning af indsattes behandling.

Indsatte, der udelukkes eller bortvises fra behandlingen, og som ikke skal overføres til lukket fængsel, skal tilgå en anden fællesskabsafdeling i fængslet.

I de tilfælde, hvor indsatte er meget skrøbelige, vil behandlere og den daglige ledelse foretage en vurdering af, om det er hensigtsmæssigt, at indsatte skal flyttes til en anden fællesskabsafdeling eller få lov til at blive på behandlingsafdelingen.

6-6 Samarbejde mellem programarbejdere og andre involverede

Klientens kontaktperson er i løbende kontakt med behandlere for nærmere afdækning af, hvordan det går i behandlingen, og hvilke ressourcer/barrierer der evt. måtte være. Oplysningerne føres ind i handleplanen, og man forsøger på den måde at sikre, at der bliver fulgt op på de problemer/ønsker, klienten har, i det omfang det er muligt.

Såfremt behandlere bliver bevidste om, at klienten fx har behov for et læse-/stavekursus, kognitivt program, anger management osv., kontakter de kontaktpersonen, socialrådgiveren eller afdelingslederen, som efterfølgende sørger for, at der følges op herpå.

Ovenstående behov kan forekomme i en grad, hvor det er mest hensigtsmæssigt, at klienten får opfyldt disse, inden han fortsætter behandlingen. Dette føres ligeledes ind i klientens handleplan, hvorefter der arbejdes videre med dette.

Mindst hver 3. måned revurderes klientens handleplan i mødefora med deltagelse af afdelingens socialrådgiver, fængselsfunktionærer samt afdelingsledelsen. Såfremt der er behov, inviteres andre samarbejdspartnere, fx fængslets skolelærer, behandler, instruktør af kognitiv/anger samt øvrige med interesse for sagen, til at deltage i mødet.

I forbindelse med udslusning og løsladelse kontakter socialrådgiveren som oftest behandlingen for en udtalelse omkring behandlingsforløbet, og hvad de anbefaler for klienten fremover.

Had angår samarbejdet med øvrige behandlingsafdelinger/institutioner, det være sig i eller uden for Kriminalforsorgens regi, vurderes dette samarbejde som godt.

6-7 Samarbejde med eksterne parter

Når en klient er i behandling, og det vurderes, at klienten har behov for yderligere behandling, tager socialrådgivere i fængslet kontakt til misbrugscentret. Såfremt det vurderes, at klienten skal fortsætte i døgnbehandling på en behandlingsinstitution, ansøges misbrugscentret om et betalings-tilsagn. Dette kan både være i forhold til fortsat afsoning jf. straffuldbyrdelseslovens § 78 eller behandling ved løsladelse.

Mange af de klienter, der har gennemført behandling under afsoningen, fortsætter ofte behandlingen i form af opfølgende samtaler på et misbrugscenter. Inden klienten bliver løsladt, har socialrådgiveren haft kontakt til misbrugscentret og aftalt en tid til visitationssamtale. Misbrugscentret får ofte en udtalelse omkring det behandlingsforløb, klienten har gennemført under afsoningen. Udtalelsen kan foregå både mundtligt og skriftligt.

Statsfængslet Renbæk afholder i stigende grad møder med kommunen og andre relevante samarbejdspartnere i forbindelse med koordinering af handleplan for afsoningsforløbet samt for tiden efter løsladelsen. Samarbejdet vurderes som positivt og medfører en bedre helhed i afsoningen/behandlingen og tiden herefter.

Samarbejdet med fx kommunerne og misbrugscentrene kan til tider være problematiske. Årsagen hertil kan som oftest findes i mangel på ressourcer eller stor arbejdsmængde, hvilket kan medføre en meget lang sagsbehandlingstid på en evt. ansøgning om fortsat behandling.

6-8 Hvordan individuel planlægning forbedres

Som beskrevet under pkt. 3.10 tilstræbes det at have gode kontakter og relationer med såvel interne som eksterne samarbejdspartnere, hvilket vil være under fortsat udvikling.

Udviklingen i samarbejdet sker endvidere ved, at personalet herfra aflægger besøg på forskellige behandlingsinstitutioner indenfor såvel som udenfor Kriminalforsorgen, hvilket giver et godt og brugbart netværk, hvor de forskellige parter blandt andet opnår indsigt i hinandens arbejde.

Aktuelt er der indgået samarbejdsaftale med Tønder Kommune. Aftalen betyder, at Statsfængslet Renbæk har en fast person, hvortil der rettes henvendelse om alt, der måtte vedrøre klienten. Aftalen fungerer efter hensigten og har lettet arbejdet med resocialiseringen, og det tilstræbes at indgå lignende aftaler med øvrige kommuner i fængslets primære område.

7. Dokumentation, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling

7-1 Indsamling af data

7-1-1 Rutiner for dokumentation af klientforløb

Ved indsættelsen udspørger klienten om egen misbrugsprofil umiddelbart forud for indsættelsen. Oplysningerne indtastes i klientsystemet og er alene tilgængelige for kriminalforsorgens personale. Når klienten visiteres til behandling oprettes der en misbrugsundersøgelse der indeholder dataoplysninger om behandlingssted, formål (motivations – eller egentlig behandling), hvornår behandlingen iværksættes eller hvorfor ikke, hvornår behandlingen afbrydes og hvorfor, eller om behandlingen er gennemført og i givet fald oplysninger om det planlagte videre forløb. Såfremt der sker ændringer i forløbet evt. overgang fra motivation til egentlig behandling ajourføres oplysninger i misbrugsundersøgelsen. Oplysningerne er alene tilgængelige for ansatte i kriminalforsorgen, det kunne være givtigt om behandlerne havde adgang til systemet for at sikre yderligere fyldestgørende materiale. Øvrige oplysninger om behandlingsforløbet og den personlige udvikling /plan indføres i klientens handleplan, der fungerer som et tværfagligt arbejdsredskab såvel internt som eksternt.

Behandlingsafdelingen har fra opstart lavet en årlig årsopgørelse, bl.a. for at få en status for året der er gået, og for at få oversigt over antal klienter, aldersfordeling, uddannelsesniveau, civilstand, boligform, samt antal færdigbehandlede klienter og udskrivningsårsager. I disse årsopgørelser fokuserer vi også på den videre udvikling af behandlingsarbejdet. Årsopgørelse for 2008 er vedlagt i bilag. I tabel 12 er oversigt over denne opgørelse for 2009. Tabellen er opdelt i stofafhængige (§ 107) og alkoholafhængige (§ 141).

TABEL 12. Dataanalyse over klienter i Behandlingsafdelingen for 2009

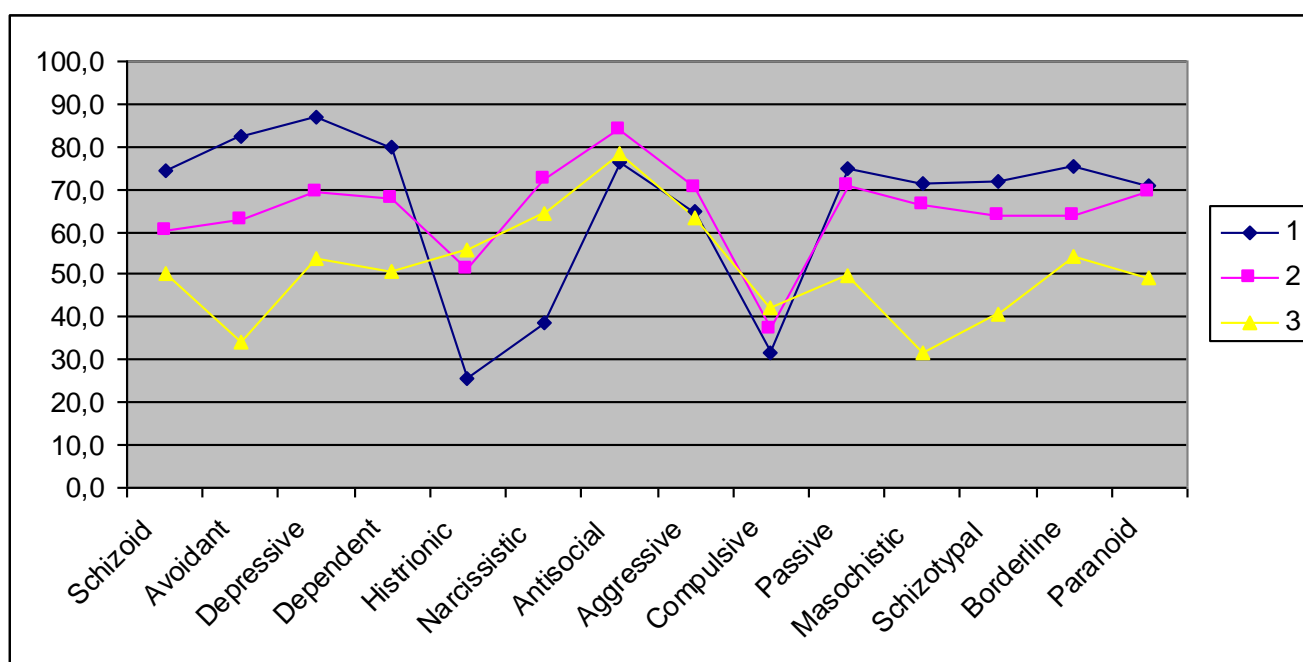
	§ 107	§ 141
Antal indskrevne	39	13
Aldersfordeling		
18-19 år	4	1
20-24 år	13	1
25-30 år	13	3
31-50 år	9	8
Civilstand		
samlevende	9	8
enlige	30	5
Boligform		
egen bolig	17	8
familie/venner	15	3
andet	7	2
Antal indskrivningsdage	58	62
Færdigbehandlede	23	12

TABEL 12 – forts.

	§ 107	§ 141
Udskrivningsårsag		
tilbagefald	6	-
manglende motivation	2	-
udskrevet til hashprojekt	3	1
fortsætter beh. i 2010	5	1

I afsnit 1, Forandringsmodel, er en dokumentation over udfaldet af MCMI-III (s. 8, tabel 1) hos klientgruppen. Tabellen viser således hyppigheden af personlighedsforstyrrelser hos klienterne i Behandlingsafdelingen sammenlignet med Sydgården. Denne dokumentation blev til en publiceret artikel (Stefánsson & Hesse, 2008) og er vedlagt i bilag.

Vi har i flere omgange gennemgået vores datamateriale, bl.a. for at se udfaldet af MCMI-III. En sådan gennemgang er en clusteranalyse af score på MCMI-III, og som vises herunder. Analysen, som er fra 2008, er udarbejdet af Morten Hesse, ph.d.



FIGUR 3. Clusteranalyse af scor på MCMI-III (n=87)

Denne clusteranalyse viser, at klientgruppen på Behandlingsafdelingen kan opdeles i 3 grupper:

- Gruppe 1, "Det selvudslettende mønster": karakteriseret ved meget høje symptomniveauer (n=38). Gruppen scorer højt på næsten alle typer af personlighedsforstyrrelser, og har et højt symptomniveau (på skaler som f.eks. vurderer angst, depression, misbrug, tankeforstyrrelser). Gruppen er lige så antisocial som de øvrige grupper, men mindre histrionisk, narcissistisk og tvangspræget (hvilket er de skalaer som ressourcestærke personer scorer som regel på).
- Gruppe 2, "Ballademageren": karakteriseret ved et middelniveau af alle personlighedsforstyrrelser (sammenlignet med de to andre grupper), med relativt meget narcissistisk og histrionisk personlighedsafvigelse (n=27). Gruppen har samtidig høje score på næsten alle typer af personlighedsforstyrrelser.

- Gruppe 3 "Det ubarmhjertige mønster": kun antisocial personlighedsforstyrrelse er oppe i det klinisk relevante felt (n=22). Denne gruppe er mindst belastet i selvrapport.

Disse resultater viste os – ikke overraskende – at vi har en gruppe ressourcetsvage klienter (gruppe 1) som er psykisk tungt belastet, og kan derfor ikke tåle ligeså intensiv behandling som øvrige deltagere. Sandsynligvis vil denne gruppe opnå ringere behandlingsresultater. Gruppen har derfor behov for tættere opfølgning/støtte efter behandling. Mindre undersøgelser og refleksioner af denne karakter indgår i behandlingsarbejdet og -planlægning. Vi lavede først en sådan øvelse i 2006 med samme resultat.

7-1-2 Dokumentation af mål og forandringer

I Behandlingsafdelingen er det afdelingsleder har det overordnede ansvar for registrering af klienter i vores PCD-system, tildeling af klienter til ansvarshavende terapeut, samt gennemførelse af ugentlige behandlingskonferencer.

På behandlingskonference drøftes udførelsen af enkelte behandlingsplaner, samt planlægning af ugens terapeutiske arbejde. Hvis behandlingsplaner ikke gennemføres som planlagt bliver der sat særsomt fokus på disse med henblik på at løse opståede knuder. Deltagere på behandlingskonference er afdelingsleder, terapeuter og psykolog.

Hver klient har en terapeut som er ansvarlig for den terapeutiske proces og gennemførelse af opgaver.

Gennemførelse af opgaver er registreret på en tavle i grupperummet, hvor alle kan se den. De registreres også i den individuelle behandlingsplan, som den enkelte terapeut har ansvar for. Den individuelle behandlingsplan opdeles i to afsnit:

- 1) Misbrug
Denne del omfatter gennemgang af livshistorie, misbrugsrelaterede opgaver, samt klinisk vurdering af motivation for ændring.
- 2) Personlighedsmønster og kriminalitet
Denne del omfatter gennemgang af personlighedstest, tilbagemelding, samt relevante opgaver.

Alt datamateriale er indtastet i PCD. Dette system giver mulighed for statistiske analyser. Styregruppen har efter vores sidste Akkrediteringsmøde opstillet nogle klare resultat- og ydelsesmål for behandlingen, hvilket fremvises i tabel 13.

TABEL 13. Oversigt over resultat – og ydelsesmål for behandlingen samt dokumentation

Mål	Effekt 2008	Effekt 2009	Kvantitativ dokumentation	Kvalitativ dokumentation
1 75 % klienter har indenfor 3 uger en behandlingsplan hvor der fremkommer klart mål ud fra misbrugsproblematikken	Ikke målt	Ikke målt	Samlet tjekliste	Afdelingsleder tjekker på behandlingskonference
2 Mindst 75 % af de indskrevne deltagere skal fremmøde i minimum 75 % i indskrivningsperioden	Ikke målt	Ikke målt	Via fremmødeliste	Kontakt med fængselsbetjente på afdelingen
3 Frafaldet – dvs. at klienter ikke gennemfører behandlingsforløbet som planlagt – skal være under 35 %	Ikke opnået 51,8 %	Opnået 23 %	Indtastning i PCD	Refleksion over frafald ved halvårslige møder
4 50 % af klientgruppen opnår via selvrapportering reduktion af målbart dysfunktionel personlighedsstrategi	Ikke målt	Ikke målt	Målt med testen "Evaluering af behandlingsudbytte" (er i Bilag)	Drøftelse på behandlingskonference ud i fra behandlingsplan
5 75 % af klientgruppen opnår via selvrapportering øget selvkompetence i forhold til håndtering af højrisikosituationer.	Ikke målt	Ikke målt	Målt med testen "Evaluering af behandlingsudbytte" (er i Bilag)	Drøftelse på behandlingskonference ud i fra behandlingsplan
6 På behandlingsafdeling Sten skal der forekomme færre disciplinærsager end på afdeling Hede ¹¹	Opnået 38 vs. 74	Opnået 24 vs. 71	Kriminalforsorgens registrering	Gennemgang af disciplinærsager på halvårslige møder

Mål 1 er primært rettet mod struktur i organisationen. Hvis disse mål ikke er opfyldt vil det medføre strukturelle ændringer i arbejdsgangen.

Mål 2 og 3 omhandler deltagelse. Manglende opfyldelse af disse mål, vil medføre en evaluering af følgende faktorer:

- Er der sket ændringer i sammensætning af klientellet – eks. ændringer i personlighedstyper, antal klienter med ADHD, antal klienter med svært belastet stofmisbrug¹²?

¹¹ Disciplinærsager er beskrevet i afsnit 7-6, Programevaluering.

¹² Der er på nuværende tidspunkt lavet målinger/dokumentation af personlighedstyper og stofmisbrug.

- Personaleholdninger. Der skal foregå en åben diskussion om behandlingskulturen både hos behandlingspersonalet og fængselsafdelingens personalegruppe.
- Metodisk skred. Et kreativt behandlingsmiljø har som forudsætning en vis bevægelsesfrihed indenfor behandlingsrammen. Uanset manualer eller ej, så vil der i en personalegruppe være en tendens til et selektivt behandlingsfokus. Der er derfor altid en mulighed og samtidig en risiko for at behandlingsprocessen ændres over tid. Det er derfor vigtigt at undersøge om der er tale om metodisk skred eller en bevidst ændring af behandlingsretning.

Mål 4, 5 og 6 er fortæller primært om hvor vidt behandlingen virker som planlagt. Manglende opfyldelse af mål 4 og 5 tyder på, at behandlingsprogrammet ikke opnår de ændringer som det er lavet for. Punkt 6 afspejler accept/forståelse af reglerne, respekt for personalet, bedre kommunikations-evner, større selvbeherskelse, forståelse af evt. konsekvenser, gennem læring i behandlingen. Man kan sige, at punkt 6 antyder noget om ændring af selvforståelsen, herunder den kriminelle tænkning og tilpasningsevne, hvilket kunne tyde på, at deres empati overfor andre vokser. Manglende opfyldelse af mål 4, 5 og 6 vil medføre en evaluering af følgende faktorer:

- Evaluering af det samlede program og om det er godt nok tilpasset klientellet.
- De enkelte programpunkter, dvs. hvordan programmet bliver praktiseret/metodiske overvejelser, her under om programmet er tilpasset klientgruppens ressourceniveau.
- Grupperkultur. Der laves en klinisk vurdering af, hvordan trivsel og samspil er mellem stærke vs. svage indsatte og personalegruppen vs. indsatte. En følge er, at se på holdningen til at vise sårbarhed og at forholde sig undersøgende til i hvilken udstrækning klienterne tager ansvar for ønskede behandlingsmål.

Vi har taget en række tester i brug, der har til formål (1) at øge vores viden om klienterne og som danner grundlag behandlingstilgangen og (2) som kan anvendes til vurdering af behandlingsresultater. Vi har efterstræbt at bruge så få tester som muligt, for ikke belaste klienterne unødvendigt.

Systematisk evaluering af behandlingsudbytte er både vanskeligt og problematisk. Symptomreduktion over tid – målt med forskellige psykologiske tester – fortolkes gerne som positive behandlingsresultater, men kan ligeså godt være tegn på imødekommenhed/efterlevelse (*compliance*) fra klientens side. Øgning af symptomer fortolkes derimod negativt, men kan i virkeligheden være tegn på øget selvindsigt. At gentage samme tester på forskellige tidspunkter er derfor mildt sagt en usikker informationskilde.

Det testbatteri vi har valgt at anvende er vist i tabel 14. Ud over disse tester, anvender vi enkelte gange *Beck Depressions Inventory* (BDI) for vurdering af graden af depressionssymptomer. Dette gør vi, hvis der er en aktuel mistanke om, at pågældende klient behøver lægelig vurdering. Vi har også, i samarbejde med Morten Hesse, ph.d., udviklet et spørgeskema med 23 spørgsmål for at vurdere antisocial tænkning og adfærd. Spørgeskemaet har været anvendt i en kort periode som et forskningsprojekt. Det er p.t. under evaluering. Vurdering af motivation er en klinisk vurdering med Prochaska, Norcross, & Diclemente (2009) som referanceramme.

TABEL 14. Informationsindsamling i Behandlingsafdelingen

Tester/skemaer	Beskrivelse og formål	Hvornår
Urinprøve	<ul style="list-style-type: none"> - Alle klienter bliver testet med urinprøve - Vurdering af stofindtagelse inden og under behandlingsfasen - Grundlag for arb. med tilbagefaldsopgaver og motivation 	I behandlingens startfase og ved mistanke om misbrug, eller ved fængslets uddrag
Alkoholtest	<ul style="list-style-type: none"> - Grundlag for arb. med tilbagefaldsopgaver og motivation 	Tilfældigt og/eller når klienten kommer tilbage til behandling
Oplysningsskema for PCD	<ul style="list-style-type: none"> - Skema udviklet af Behandlingsafdelingen og som klienten udfylder i forbindelse med indskrivning (vedlagt som bilag) - Registrering af klienterne i vores system med bl.a. stamoplysninger, indskrivningsårsager og misbrugsbaggrund - Anvendes også som grundlag for tilbagefaldsanalyser og udskrivningsårsager 	I behandlingens startfase
Behandlingsplan	<ul style="list-style-type: none"> - Særskilt skema (vedlagt som bilag) indtastes i PCD - Anvende til processtyring/behandlingsplanlægning (se yderligere i tabel 15) 	Del 1 i uge 1-3. Del 2 i uge 4-6
Millon Clinical Multiaxial Inventory, 3. udgave (MCMI-III)	<ul style="list-style-type: none"> - Et spørgeskema med 175 spørgsmål, der rummer mulighed for en beskrivelse af personlighedstræk, svær personlighedspatologi samt kliniske syndromer (Eiklit & Simonsen, 2005) - Anvendes som grundlag for psykoedukation og adfærdstræning 	I behandlingens startfase, vanligvis i de første 2 uger, men afhængig af klientens belastningsgrad
The Drug Taking Confidence Questionnaire-8 (DTCQ-8)	<ul style="list-style-type: none"> - Et spørgeskema med 8 spørgsmål, der vurderer om pågældende misbruger har de nødvendige selvkompetence til at mestre højrisikosituationer (Sklar & Turner, 1999) - Vurdering af forhold mellem selvkompetence og højrisikosituationer som vist er på figur 2, side 12 	Behandlingens start- og slutfase
Evaluering af personlighedsforandring	<ul style="list-style-type: none"> - Spørgeskema udviklet af Behandlingsafdelingen i samarbejde med Morten Hesse, ph.d. og Per Nielsen, ph.d. - Skemaet er opdelt efter MCMI personlighedsforskyrrelserne og har 5 spørgsmål om hver forstyrrelse. - Hver klient får udleveret to skemaer (2 x 5 spørgsmål): (1) for det mønster han har scoret højest på MCMI-III og som behandlingen har fokuseret på og (2) et skema for et mønster han ikke har ifølge MCMI-III. - Skemaet fokuserer på oplevet symptomreduktion eller -øgning af enkelte personligheds-mønster/-forstyrrelse - Skemaet vil således vise (1) om klienten oplever symptomreduktion eller -øgning af det problematiske personlighedsmønster/-forstyrrelser efter endt behandling og (2) om ændringen kun gælder det mønster vi har fokuseret på, eller om der er tale om en generel ændring uanset behandlingfokus 	Ved behandlingsafslutning

Den dataindsamling, som vist er i tabel 14, åbner mulighed for at analysere, hvilke klienttyper (eks. ud fra alder, misbrugsbaggrund, personlighedsmønster/- forstyrrelser), der opnår – eller ikke opnår – ønskede behandlingsresultater (vurderet ud i fra udskrivningsårsager, og skemaerne *Evaluering af personlighedsforandring* og *DTCQ-8*). Det kunne således være af interesse – også pga. behandlingsudvikling – at se, om alder, misbrugsbaggrund eller forskelligheder i personlighedsmønster/-forstyrrelser er en vigtig faktor i behandlingsresultaterne og om vi derfor skal justere vores behandlingstilgang. I skrivende stund tester vi ikke for ADHD, hvilket dog kunne komme til overvejelse.

Det er vores mål, at lave analyse hvert halve år.

Ud over de nævnte tester har vi afprøvet forskellige tester, som eks. HøjRisk100 for vurdering af højrisikosituationer, NEO PI-R, ASI og Social færdighedstest. Det er vores vurdering at disse tester, ikke giver os ny viden i et sådant omfang, at det retfærdiggør deres anvendelse.

7-1-3 Målopfyldelse i forhold til diverse grupper

Vi har kun haft et fåtal klienter med anden etnisk baggrund og der er ingen specifikke mål for de omtalte grupper. Det er vores vurdering, at de opnår behandlingsresultater på lig fod med andre deltagere.

7-1-4 Oplysninger om gennemførelsesgrad

Vi vil lave statistiske analyser af frafald og frafaldsårsager mindst to gange årligt.

7-1-5 Overvejelse i forbindelse med frafaldsanalyser

Frafaldsanalyser inddrages i diskussionen om eventuelle nødvendige justeringer i behandlingen, eks. ang. vores tilgang til unge stofmisbrugere med ADHD.

7-2 Analyser af tilbagefald i kriminalitet

Klienter der løslades på prøve ved normalt 2/3 tid eller tidligere pga. gennemført behandlingsprogram, løslades med vilkår om tilsyn af KIF og fortsat betinget eller ubetinget behandling i 1 år. Såfremt vilkårene ikke overholdes, indberettes sagen til Direktoratet hvorefter klienten genindsættes til restafsoning af dommen. Fængslet har ikke kendskab til genindsættelse for vilkårsovertrædelse af klienter der har gennemført et behandlingsforløb på Behandlingsafdelingen, hvilket dog ikke kan tillægges nogen dokumentationsværdi.

Klienter med tilbagefald til ny kriminalitet efter endt tilsynsforløb, og fornyet henvisning til afsoning i Renbæk, har vi kendskab til. Det positive er, de søger tilbage til behandlingsafdelingen, som efterværn, uagtet at deres kriminalitet har udviklet sig til ikke at være umiddelbart misbrugsrelateret, egentligt dokumentation herfor forefindes dog ikke, jf. ovenstående.

7-3 Overensstemmelse mellem planer, manual og udførelse

Klientens handleplan (udført af fængslets socialrådgiver) er som tidligere nævnt omdrejningspunkt for planlægningen af fuldbyrdelsesforløbet og tiden efter, og er som sådan der hvor alle data/ aftaler/ planer og faktisk udførelse står beskrevet. Stamoplysninger som manglende boligforhold, arbejdsledighed, uddannelse, samt familieforhold bliver inddraget i behandlingen - og i samarbejde med fængslets socialrådgiver og betjente inddraget i handleplanen.

Behandlingsafdelingen laver en behandlingsplan for enkelte klienter. I forhold til misbrugsproblematikken (Del 1) skal denne del af behandlingsplanen være færdig til drøftelse på behandlingskonference i uge 3. Der er tale om en behandlingsplan ud i fra misbruget og den umiddelbare adfærdsstrategi. Planen indebærer differentiering af den enkelte klientens problemfelt og det deraf

følgende behandlingsbehov. Det er vidt forskelligt, hvordan den enkeltes misbrugsbehandling skal tilrettelægges, hvordan den enkeltes behandlingsplan ser ud. Vi tager eksempel:

- 1) En klient ankommer i behandling. Han har tidligere været i misbrugsbehandling men fået tilbagefald. Han har en fuld erkendelse af sit misbrug. Han skal hurtigst muligt starte med at arbejde med sit personlighedsmønster og tilbagefaldsforebyggelse.
- 2) Anden klient er under medicinsk behandling. Han behøver stabilisering og evt. langvarig nedtrapningsplan.
- 3) En tredje klient anser ikke at alt det misbrug han har, er problematisk. Han skal arbejde i videre omfang med misbrugsrelaterede opgaver – skabe indsigt i problemet og tage beslutning om ophør/reduktion af sit misbrug. Denne klient har også det største behov for psykoekskation af sit misbrug.

Mål i forhold til personlighedsstrategi (Del 2) udarbejdes i uge 4-6.

De punkter der gennemgås i behandlingsplanen er vist i tabel 15.

TABEL 15. Punkter i behandlingsplan

Emner:	Uddybning:
Del 1	
Nedtrapningsplan	<ul style="list-style-type: none"> - Om den foreligger - Beskrivelse
Psykiatriske diagnoser og medicinsk behandling	<ul style="list-style-type: none"> - Om tilstedeværelse af diagnoser - Evt. medicin
Selvskadende adfærd og specifikke behov	<ul style="list-style-type: none"> - Om tilstedeværelse af selvskadende adfærd - Evt. nødvendige tiltag
Livshistorien	<ul style="list-style-type: none"> - Om gennemgået og dato - Om refereret i PCD - Beskrivelse af primære problemer
Rusmiddelproblematik	<ul style="list-style-type: none"> - Det centrale i problematikken - Klientens ønsker
Kriminalitet	<ul style="list-style-type: none"> - Det centrale i problematikken - Ønske om ændringer - Sammenhæng mellem kriminalitet og misbrug
Netværk	<ul style="list-style-type: none"> - Evt. tilbud om familiesamtaler og dato
Motivation	<ul style="list-style-type: none"> - Klinisk vurdering
Behandlingskonference	<ul style="list-style-type: none"> - Om planen er gennemgået på konference - Dato - Beskrivelse af beslutninger
Behandlingsopgaver	<ul style="list-style-type: none"> - Hvilke behandlingsopgaver kl. skal gennemgå
Del 2	
Personlighedsmønster	<ul style="list-style-type: none"> - Om gennemførsel af MCMI-III - Beskrivelse af testresultat - Evt. konsekvenser for behandlingsudfaldet - Behandlingsstrategi (se tabel 9-11) - Måltegning og beskrivelse af mål - Tegning 2 og beskrivelse af træningsmål - Om tegning 2 er trænet i rollespil
Plan for udskrivning	<ul style="list-style-type: none"> - Om den foreligger - Kort beskrivelse - Om der er etableret kontakt til fængslets socialrådgiver, anden instans - Kommentar til planen

7-4 Anvendelse af datamateriale

Datamateriale bliver brugt på to niveauer:

- 1) Halvårlige analyser
- 2) Behandlingsplanlægning

I behandlingsplanlægningen bliver det bl.a. brugt til:

- Information fra Livslinjen danner grundlag for diskussion af enkelte temaer såsom psykoedukation af personlighedsmønster/-forstyrrelser og ADHD. Endvidere tales der om emner som opvækstvilkår for børn i misbrugsfamilier, skyld, skam, tilgivelse, traume, tab og sorg, samt vold, kriminalitet og misbrug.
- *MCMI-III* danner rammen for psykoedukation af personlighedsmønster/-forstyrrelser og træning af mere positiv adfærd. Score på MCMI-III giver også anledning til vurdering af belastningsgrad hos pågældende klient og har dermed indflydelse på, hvor meget han kan "udsættes" for i behandlingen. Disse score kommer også med i overvejelser om pågældende skal henvises til lægelig undersøgelse. Viden om personlighedsmønster/-forstyrrelser påvirker ikke mindst terapeutens væremåde overfor klienten (se tabeller 9-11).
- *DTCQ-8* bruges i arbejde med tilbagefaldsforebyggelse.
- Resultater fra urinprøver og alkoholtest bruges i arbejde med tilbagefald og motivation.

7-5 Feedback fra deltagere

Fængselspersonalet modtager løbende verbal feedback fra deltagerne. Den mere systematiske del foregår via udskrivningsbrev/samtale og almindelig dialog med behandlerne. Alle klienter skriver et statusbrev, hvilket også bliver fremlagt i gruppen. Statusbrevet findes i manualen.

7-6 Programevaluering

I afsnit 7-1-2 er tabel 13 der beskriver resultats- og ydelsesmål. Der er også at finde en beskrivelse af programevaluering, hvilket ikke bliver gentaget her.

Siden implementeringen i 2005, har behandlingsprogrammet været under løbende evaluering og tilpasning, afhængig af vores erfaring og supervision. Først blev behandlingskonceptet tilpasset målgruppen, som viste sig at være "tungere" end først antaget.

Et statistisk udtræk fra Klientsystemet viser en markant forskel i disciplinære forhold på behandlingsafdelingen, Sten - og en sammenlignelig afdeling, Hede, også med 14 klienter. En opgørelse for 2008 (se tabel 13) viser således, at der på afdeling Sten var 38 bødesager sammenholdt med afdeling Hede med 74 sager (bødesager vedrører typisk udeblivelse fra optælling, besiddelse af mobil, ikke lægeordineret medicin, mindre mængder hash og upassende sprogbrug/opførsel). Hvad angår udgangsmisbrug har der på afdeling Sten været afviklet 609 udgange, 10 udgange var afviklet med misbrug heraf kun 3 med overtrædelse af vilkår om ikke at indtage alkohol eller stoffer, på afdeling Hede var der afviklet 353 udgange, 13 med misbrug heraf 5 for overtrædelse af vilkår om afholdenhed. Udelukkelse for at hindre voldsom adfærd, viser samme billede - på afdeling Sten var der 5 mod afdeling Hede 12.

En opgørelse for 2009 viser at der på afdeling Sten var 71 bødesager sammenholdt med afdeling Hede med 24 sager – dvs. der er en positiv udvikling gennem årene.

7-7 Datatilsynets regler om registrering af personfølsomme oplysninger

Datatilsynet har godkendt Sydgården og herunder Behandlingsafdelingens håndtering af data. Fængslets registreringer i klientsystemet, er i fuld overensstemmelse med Datatilsynets regler.

7-8 Forbedring af anvendelse af dokumentation

Det er vores vurdering, at indsamling af datamateriale tjener behandlingskonceptet.

Afdelingslederen sørger for at der med halve års mellemrum laves der en statistisk analyse af målerne i tabel 13. Analysen danner grundlag for et efterfølgende heldagsmøde som afdelingslederen indkalder til.

Deltagere på disse møder er alt personalet i Behandlingsafdelingen samt forstanderen fra Sydgården. Der er mulighed for indkaldelse af ekstern assistance af analysen og eventuel revidering af behandlingen. Fast dagsorden på disse halvårsmøder er:

- Samarbejde mellem Behandlingsafdelingen og fængslet
- Klientflow og gruppesammensætning
- Statistisk gennemgang af resultat- og ydelsesmål (tabel 13)
- Forslag til eventuelle justeringer
- Personalets trivsel

Hvert halve år er der møde mellem fængslet og Behandlingsafdelingen med henblik på at vurdere samarbejde og målpunkter og eventuelle justeringer.

7-9 Forbedring af programmets kvalitetssikring

Programmet er under konstant evaluering via dialog mellem behandlingens personale, fængslets betjente, behandlingskonsulent, socialrådgiver og ledere, samt supervisorer. Der har været udarbejdet en beskrivelse af et forskningsprojekt for at undersøge om misbrugsbehandling af indsatte reducere psykisk symptomatologi (Ragnar Stefánsson, vedlagt som bilag). Projektet er ikke blevet iværksat af økonomiske grunde, men der søges stadig midler til undersøgelsen.

8. Medarbejdere, ledelse, samarbejde og arbejdsmiljø

8-1 Udvalgelse af programmedarbejdere og -ledere

Det har været Sydgårdens intentioner fra behandlingsstart at byde ind med en personalegruppe, der er kvalificeret til og interesseret i denne specifikke behandlingsopgave. I startfasen var der derfor tale om en personalegruppe, som Sydgårdens ledelse håndplukkede til denne opgave. I startfasen var der en personalegruppe på 3 personer, hvoraf 2 stadigvæk er i behandlingsafdelingen som henholdsvis afdelingsleder og psykolog.

Arbejdet kræver en stor faglighed og erfaring samt personlig indsigt ind i sig selv og det at være et menneske på godt og ondt. Ligeledes kræves der respekt og rummelighed i forhold til faggrupper, der har andre vilkår end en selv.

8-2 Medarbejdernes uddannelse og erfaring

Følgende personer er tilknyttet Behandlingsafdelingen:

Navn	Erik Hansen
Titel	Forstander
Uddannelse	Socialpædagogisk diakon, socialrådgiver og psykoterapeut 4½-årigt uddannelsesforløb i individuel- og gruppeterapi 3-årigt uddannelsesforløb i intensiv dynamisk korttidsterapi Har hos chefpsykolog Nicole Rosenberg gennemført et 2½-årigt undervisnings- og supervisionsforløb i kognitiv terapi Uddannet i tilbagefaldsforebyggende terapi efter CENAPS model ved Terence T. Gorski, USA (ugekursus med efterfølgende eksamineret selvstudie og eksamineret terapiforløb med klient)
Ansættelse	Fuldtid på Sydgården, har ikke faste timer på Behandlingsafdelingen
Arbejdsopgaver	Deltagelse i diverse interne møder samt møder med Kriminalforsorgen Fast deltagelse i Sydgårdens bestyrelse
Tidligere erfaring	Ansæt som assistent på Behandlingscenter Ringgården, Middelfart 1972-1973 Forstander på Det beskyttede pensionat Strandgården i Strib 1976 – 1979 Souschef på Behandlingscenter Ringgården, Middelfart 1979 – 1986 Forstander på Sydgården fra institutionens start i 1987

Navn	Charlotte Sandfeld
Titel	Afdelingsleder
Uddannelse	- Sygeplejerske i 1992 og psykoterapeut 1997 - 5½-årigt uddannelsesforløb i individuel- og gruppeterapi, v. Institut for gestaltanalyse, 2001 - 3-årigt uddannelsesforløb i intensiv dynamisk korttidsterapi, v. Institut for gestaltanalyse, 2004 - 1-årigt uddannelsesforløb i kognitiv terapi v. Kognitiv center i Århus, 2007 - Årskursus i Lederskabets psykologi, v. Institut for gestaltanalyse, 1997

	<ul style="list-style-type: none"> - Årskursus i Livets fundament, v. Institut for gestaltanalyse, 2005 - Startet på 1-årig diplomuddannelse i skema fokuseret terapi v. psykiater Susanne Vind i 2009
Kurser og konferencer	<p>Har deltaget i diverse kurser, primært indenfor misbrugspsykologi og psykologisk testning, bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>2 dages Konference unge og voksne med ADHD, Confex 2009</i> - <i>Introduktionskursus i brugen af MCMI-III – Millon Clinical Multiaxial Inventory III, 2009, Institut for Personlighedsteori og Psykopatologi (IPTP)</i> - <i>Kognitiv terapi ved personlighedsforstyrrelser ud fra et tilknytningsperspektiv. Skemafokuseret metode, 2006, Kognitiv Terapicenter, Århus</i> - <i>Familiebehandling i misbrugsregi, underviser Fried Hansen, psykolog, 2006, 2007, 2008</i> - <i>Beat the Dragon, konference, 2007, Nordisk Netværk for dobbeltdiagnose</i> - <i>Ressourcestærke misbrugere, konference. Teknologisk Institut, 2006</i> - <i>Misbrugere med dobbeltbelastning – state of the art i dansk og internationalt perspektiv, 2007, konference: IPTP og Ringgården</i> - <i>Introduktionskursus i brugen af MCMI-III – Millon Clinical Multiaxial Inventory III, 2008, IPTP</i> - <i>5. Millon seminar, 2008, IPTP, underviser: Erik Simonsen</i> - <i>3 dages workshop/kursus i tab og traumer Psykoterapeutforening v/Marianne D. Nielsen, 05-2008</i> - <i>NADA kursus v/Lars Wiinblad, 01-2008</i> - <i>3 dages workshop i anvendelsen af ALF, 2006, Ringgården, underviser Per Nielsen, Inge Damsted og Knud Moesgaard</i> - <i>6 dages workshop i anvendelse af eksponering (cue exposure) i misbrugsbehandling, underviser psykolog Jörg Alberts, 2004</i>
Supervision	<ul style="list-style-type: none"> - Løbende supervision hos Per Nielsen, cand.psych., ph.d., fra 2005-2007 - Løbende supervision hos Inger Damsted, psykoterapeut, siden 2005 - Supervision og træning ved præst og psykoterapeut Bent Falk siden 2004
Ansættelse	37 timer
Arbejdsopgaver	<ul style="list-style-type: none"> - Daglig ledelse - Ansvar for kontakten til Kriminalforsorgen - Supervision af fængselsfunktionærer der er tilknyttet behandlingen siden 2007.
Anciennitet	<ul style="list-style-type: none"> - Ansat ved Sydgården siden marts 2003 – i Renbæk fra projektets start i oktober 2005
Tidligere erfaring	Siden 1999 arbejdet med anbragte børn og unge, familiebehandling på socialpædagogisk opholdssted, ved privat institution for unge 18-25-årige med personlighedsforstyrrelser og misbrugsproblematikker.
Foredrag	<p>Har afholdt diverse kurser og foredrag indenfor misbrugsbehandling og personlighedsforstyrrelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>3 dages kursus for personale i Renbæk Statsfængsel i misbrug og personligheder. Maj 2009 og september 2009.</i> - <i>Undervisningsdag for personale i Arresthuset i Esbjerg. 2009.</i> - <i>Undervisningsdag for personale i Kriminalforsorgens forbehandlingsprojekter. 2008. Kriminalforsorgen.</i> - <i>Kursusdage for fængselsbetjente i Statsfængslet Renbæk, afd. Sten, 2005.</i>

Underviser	<ul style="list-style-type: none"> - Afhængighedsrådgiveruddannelsen Kolding – siden 2006 - Gruppeleder/terapeut i Sydgårdens Venners børne- og ungegruppe siden 2007
Navn	Ragnar Stefánsson
Titel	Behandlingsleder
Uddannelse	<ul style="list-style-type: none"> - Cand.psych. 2001 - Autorisation 2004, j.nr.: 90100-965
Kurser og konferencer	<p>Har deltaget i diverse kurser, primært indenfor kognitiv terapi, misbrugspsykologi, personlighedsforstyrrelser og psykologisk testning, bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>2 dages Konference unge og voksne med ADHD, Confex 2009</i> - <i>Certificeringskursus i MCMI III, 2009, IPTP. Underviser: Erik Simonsen</i> - <i>5. Millon seminar, 2008, Institut for Personlighedsteori og Psykopatologi (IPTP)</i> - <i>NEO-PI R, autorisationskursus, 2008, Dansk psykologisk Forlag</i> - <i>Kursus om Personlighedsforstyrrelser og Personlighedsteori, 2008, IPTP.</i> - <i>Introduktionskursus i SCID-II, 2007, IPTP</i> - <i>Beat the Dragon, konference, 2007, Nordisk Netværk for dobbeltdiagnose</i> - <i>Misbrugere med dobbeltbelastning – state of the art i dansk og internationalt perspektiv, 2007, konference: IPTP og Ringgården</i> - <i>Ressourcestærke misbrugere, konference. Teknologisk Institut, 2006</i> - <i>Familiebehandling i misbrugsregi, underviser Fried Hansen, psykolog, 2006</i> - <i>Kognitiv terapi ved personlighedsforstyrrelser ud fra et tilknytningsperspektiv. Skemafokuseret metode, 2006, Kognitiv Terapicenter, Århus</i> - <i>Assessmentkursus for psykologer indenfor misbrugsområdet, 2006-2007, Selskab for Misbrugspsykologi</i> - <i>Introduktionskursus i brugen af MCMI-III – Millon Clinical Multiaxial Inventory III, 2006, IPTP, underviser: Erik Simonsen</i> - <i>Ressourcestærke misbrugere, konference, Teknologisk Institut, 2006</i> - <i>Kortlægning af personlighedsforstyrrelser hos misbrugere ved hjælp af DIP-Q, 2004, Selskab for Misbrugspsykologi, underviser: Morten Hesse</i> - <i>Grundkursus i Kognitiv terapi for ansatte indenfor misbrugsområdet i Sønderjyllands amt, 2003-2004, Kognitiv Terapicenter, Århus</i> - <i>Kursus i kognitive behandlingsformer hos Kriminalforsorgen. Kurset omfatter: (1) Vrede og Assertion, (2) Problemløsning, og (3) Træning af Sociale Færdigheder og Kreativ Tænkning. Kriminalforsorgen, 2003, underviser: Enro Larsen</i>
Supervision	<ul style="list-style-type: none"> - Løbende supervision hos Per Nielsen, cand.psych., ph.d., siden 2000 - Løbende vejledning hos Morten Hesse, cand.psych., ph.d., siden 2005
Ansættelse	15 timer
Anciennitet	- Siden 1. oktober 2005
Arbejdsopgaver	<ul style="list-style-type: none"> - Ansvar for tilbagemelding af MCMI-III - Deltagelse i behandling
Tidligere erfaring	Har arbejdet indenfor misbrugsområdet siden 1986; først som psykoterapeut indenfor private og offentlige institutioner, bl.a. på Universitetsklinikken på

	Island (Landspítali, University Hospital of Iceland), efter 2001 som psykolog hos Sønderjyllands Amts Misbrugscenter, efter 2005 på Behandlingsafdelingen
Foredrag og kurser	<p>Har afholdt diverse kurser og foredrag indenfor misbrugsbehandling og personlighedsforstyrrelser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>3 dages kursus for personale i Renbæk Statsfængsel i misbrug og personligheder</i>, maj og september 2009 - <i>Behandling af dyssoziale personlighedsforstyrrelser</i>, 2009, IPTP: Kursus om Personlighedsforstyrrelser, Modul II – Behandling - <i>MCMI-III og misbrugsbehandling i Statsfængslet Renbæk</i>, 5. Millon seminar, 2008, IPTP - <i>Om Sydgårdens brug af MCMI og ALF i Statsfængslet Renbæk</i>, 2008, Ringgården, undervisningsdag for personalet på Ringgården - <i>Undervisningsdag for personale i Kriminalforsorgens forbehandlingsprojekter</i>, 2008, Kriminalforsorgen - <i>Dobbeltfokus ved misbrugsbehandling af kriminelle indsatte</i>, 2007, Konference: Misbrugere med dobbeltbelastning – state of the art i dansk og internationalt perspektiv, arrangør: IPTP og Ringgården - <i>Personlighedsforstyrrelser og psykoedukation</i>, 2007, Konference: Beat the Dragon, Nordisk Netværk for dobbeltdiagnose - <i>Misbrugsbehandling</i>, 2007, Undervisningsdag for personalet på Randers arrest og Misbrugscenter Randers - <i>Kursusdage for fængselsbetjente i Statsfængslet Renbæk, afd. Sten</i>, 2005
Arrangerede kurser med andre undervisere	- I samarbejde med Dorte Hecksher: <i>Assessmentkursus for psykologer indenfor misbrugsområdet</i> , 2006-2007, Selskab for Misbrugspsykologi
Artikler	<ul style="list-style-type: none"> - Stefánsson, R. (2009). Psykoedukation ved personlighedsforstyrrelse og dobbeltdiagnose bag tremmer. I J. Pallesen, K. Løkke, T. Schriwer & L. Merinder (red.): <i>Dobeltdiagnose - håb - afklaring - handling. En antologi</i>. Århus: Århus Universitetsforlag - Stefánsson, R., & Hesse, M. (2008). Personality Disorders in Substance Abusers: A Comparison of Patients Treated in A Prison Unit and Patients Treated in Inpatient Treatment. <i>International Journal of Mental Health and Addiction</i>, 6(3), s. 402-406

Navn	Kristine Mikkelsen
Titel	Psykolog
Uddannelse	Uddannet Cand. Psych. fra Århus universitet 2005 Autoriseret af Psykolognævnet, juni 2009
Kurser	Bl.a. kursus i PSE, PANSS, GAF, grundkursus i Rorschach, supervision af andre faggrupper, etik og lovgivning
Supervision	Bl.a. løbende supervision ved Vibeke Adler, specialist og supervisor i psykoterapi og Jesper Rosenqvist, specialist i neuropsykologi
Ansættelse	30 timer
Anciennitet	Ansat som psykolog i Sydgårdens Behandlingsafdeling i Statsfængslet Ren-

Arbejdsopgaver	bæk fra 1. februar 2010 Udredning og behandling af klienterne i behandlingsprogrammet
Tidligere erfaring	Praktik på Center for selvmordsforebyggelse, Risskov, 2004 Børnepsykologisk ambulatorium, Augustenborg, d. 1/10-2006 til 30/9-2007 Tidlig Interventionsteam, Åbenrå, d. 1/10-2007 til 31/1-2010

Navn	Mette Uhd
Titel	Gruppenleder
Uddannelse og arbejdserfaring	Tidligere uddannelse butiksleder uddannelse. Uddannet som fængselsfunktionær arbejdet ved dette i 9½ år. I kriminalforsorgen uddannet som kognitiv underviser (det kognitive- færdighedsprogram) i 2003. Har undervist indsatte klienter i dette i ca. 7 år. I kriminalforsorgen uddannet, som underviser i Anger management 2004 un- dervist i dette i ca. 5 år.
Kurser	Kurser i den motiverende samtale (MI) Diverse kurser i personlig fremtræden/ personligudvikling/ assertion. 4 dages intensiv Intern kursus i kognitiv misbrugsbehandling. <i>3 dages workshop i mentalisering v/psykiater Morten Kjølbye, Risskov i 2010</i>
Foredrag	Har afholdt 2 kurser for dele af personalegruppen i Renbæk Statsfængselet. Kurset omhandlede problemløsning i personale gruppen og varede 4 dage. Har afholdt kurser i Anger management ude i kommunerne.
Ansættelse	30 timer
Anciennitet	Ansæt d. 1. januar 2010
Tidligere erfaring	Siden 1999 har jeg arbejdet som fængselsfunktionær her har jeg arbejdet en del med misbruger både ved fritidsaktiviteter og via handleplaner

Navn	Kjeld Carstensen
Titel	Gruppenleder
Uddannelse	Uddannet leder forsvaret 1982 Uddannet købmand 1985 Uddannet leder ved salgs akademi Carlsberg Danmark (3årig uddannelse) 3-årig uddannelsesforløb i individuelt- og gruppeterapi ved Institut for gestalt- analyse
Kurser	<i>4 dages intensiv kursus i Kognitiv afhængighedsbehandling af misbrug ved psykoterapeut Lene Holm</i> NADA kursus v/Lars Winblad 2006 <i>3 dages workshop i mentalisering v/psykiater Morten Kjølbye, Risskov i 2010</i>
Supervision	Supervision v/Susanne Dall (1998-2000) Hjulsøgård-fonden Supervision v/Rita Knudsen (Dyreby) Supervision v/Nielse Hoffmaier 2005-2008
Ansættelse	30 timer fordelt på 25 timer i Hash og substitutions projekt og 5 timer i Alkohol

Anciennitet	gruppen.
Arbejdsopgaver	Siden 1. januar 2010. Ansvar for indhold og behandling i Hash og substitutions projekt. Deltagelse i behandlingen i Behandlingsafdelingen.
Navn	Minna Nørgaard
Titel	Behandlingskonsulent, Statsfængslet Renbæk
Uddannelse og kurser	Faglig uddannelse som socialrådgiver, med ansættelse ved hhv. Haderslev og Gram kommune. Har gennemført Kriminalforsorgens Civile uddannelse, div. Kurser i KUC regi, Kriminalforsorgens Ledelsesuddannelse og Kriminalforsorgens overordnede Ledelsesuddannelse. Afslutter Konsulentuddannelsen fra University College Lillebælt medio 2009.
Anciennitet	Ansæt i Kriminalforsorgen den. 1.12.1994, fra den 1.6.1998 til 31.12.2000 som leder af det socialfaglige område og fra 1.1.2001 som Behandlingskonsulent.
Navn	Mette Clausen
Titel	Socialrådgiver, Statsfængslet Renbæk
Uddannelse og kurser	Faglig uddannelse som socialrådgiver januar 2005, med bachelorprojekt i "Resocialisering af indsatte i lukket fængsel". Har gennemført Kriminalforsorgens civile grunduddannelse foruden diverse kurser bl.a. i kommunikation, misbrug, retspsykiatri, afhængighed foruden intern uddannelse ved Behandlingsafdelingen.
Anciennitet	Ansæt i kriminalforsorgen 1.2.2005, og tilknyttet behandlingsafdelingen siden den 1.11.2005.
Navn	John Eriksen
Titel	Afdelingsleder, Statsfængslet Renbæk.
Uddannelse og ansættelse	Ansæt som fængselsfunktionær på prøve: 1.8.2002, uddannet 1.8.2005, den 1.2.2006 udnævnt som overvagtimester/souschef på behandlingsafdelingen, og siden den 1.1.2009 ansat som afdelingsleder for samme. Har gennemført Kriminalforsorgens basis uddannelse, div. kurser i kommunikation, misbrug, medarbejderudvikling, tjenestetid - hertil intern uddannelse. Her i 2007 gennemført Kriminalforsorgens førlederuddannelse og afslutter medio 2009 Kriminalforsorgens Lederuddannelse.
	Fængselsfunktionærer tilknyttet behandlingsafdelingen
Titel	Fængselsfunktionærer, Statsfængslet Renbæk.
Uddannelse/profil	Afdelingen har 11 fængselsfunktionærer tilknyttet hvoraf 8-10 deltager i be-

handlingen.

Fængselsfunktionærerne har forskellig baggrund, de fleste har en faglig uddannelse, men ingen videregående uddannelse. Alle har gennemført Kriminalforsorgens grunduddannelse. Enkelte funktionærer er dog under uddannelse. Herudover har de fleste div. kurser i retspsykiatri, misbrug, kommunikation, arbejde med etniske klienter - hertil kommer den interne uddannelse ved Sydgården.

Alle der deltager i behandlingen superviseres hver 6. uge af 3 timers varighed, desuden er der mulighed for individuel supervision ved Behandlingsafdelingens afdelingsleder.

Anciennitet

Anciennitet for personalet der deltager i behandlingen er fra 4 måneder til 12 ½ år.

8-3 Opretholdelse og udvikling af programmedarbejdernes faglige viden

Behandlere deltager i relevante kurser, som det fremgår af medarbejderlisten. Personalet har løbende modtaget sagssupervision og træning i anvendelse af metode.

8-4 Opretholdelse af personalets engagement

Udviklingen af projektet har nok været den største uddannelse, inspiration og motivationsfaktor i sig selv. Medarbejderne er i kontinuerlig supervision og/eller "afgiftning" hos en psykolog/terapeut efter eget ønske. Et andet væsentligt element for at opretholde personalets engagement er støtte og accept fra fængslets ledelse, hertil et godt og givtigt samarbejde med klienterne, behandlerne og så de mange gode og positive succes historier.

Afdeling Sten har hver dag morgenmøde hvor tilstedeværende personale sammen med afdelingsleder og socialrådgiver drøfter det foregående døgn's hændelser og planer for kommende døgn, også med særlig fokus på klienter i behandling. Afdelingen har hver måned handleplansmøde hvor kontaktpersonen fremlægger sin handleplan for kolleger, socialrådgiver og afdelingsleder. Her drøfter personalet i fælles dialog klientens forhold, udvikling og det videre forløb, hvilket er med til at højne engagementet hos den enkelte medarbejder.

8-5 Hvordan medarbejdere forberedes forud for programopstart/ansættelse

I forbindelse med implementering af behandlingsafdelingen i 2005 gennemgik fængselspersonale tilknyttet afdelingen et undervisnings forløb af 2 dages varighed, ved Behandlingsafdelingens behandlingsleder, afdelingsleder og gruppeleder. Der har ikke været nævneværdig udskiftning af fængselsfunktionærer, der er tilknyttet afdelingen. De få nytilkomne starter med at gøre almindelig tjeneste på afdeling Sten, hvorefter de gradvis introduceres for Behandlingsafdelingens principper og retningslinjer. De begynder senere at deltage i behandlingsprogrammet.

8-6 Retningslinjer for rolle-, ansvars- og kompetencefordeling

Behandlingskonsulenten er organisatorisk placeret som stabsfunktion til Direktionen, og er som sådan ansvarlig for at der er almindelig accept og forståelse for behandlingsafdelingen såvel i den øvrige ledelse som blandt basispersonalet. Pågældende er ansvarlig for det overordnede samarbejde med Behandlingsafdelingen, herunder sikre at behandlingen lever op til kontrakten, afvikling af møder, indgåelse af kontrakter osv. Behandlingskonsulenten er på vegne af Direktionen overordnet ansvarlig for, at sagsbehandlingen vedr. klienterne sker i henhold til Straffuldbrydelseslovens regler og almindelig praksis.

Sydgården er ansvarlig for behandlingsprogrammets gennemførelse og planlægning og skal sikre at dettes sker i henhold til kontrakten. Afdelingsleder på afd. Sten er daglig leder af alt fængselsfagligt personale tilknyttet behandlingsafdelingen, på fængslet vegne, og er ansvarlig for at koordinere det tværfaglige samarbejde mellem behandlere og fængselspersonale.

Socialrådgiveren og fængselsfunktionærerne, har ansvaret for i samarbejde med klienten, behandlerne, øvrigt fængselspersonale og andre samarbejdspartnere at udarbejde handleplan for fuldbyrdesforløbet og tiden efter.

Socialrådgiveren og kontaktpersonen har på vegne af afdelingslederen selvstændig kompetence til at træffe bestemmelse om udgang, prøveløsladelse, udstationering, § 78 anbringelse og frigang jf. gældende regler. De har endvidere efter nærmere drøftelse med behandlingskonsulenten, kompetence til at forelægge sager for DFK med henblik på tidligere løsladelse eller dispensation fra gældende regler.

8-7 Skabelse og opretholdelse af godt og motiverende samarbejds- og arbejdsklima

Opretholdelsen af et godt og motiverende samarbejde, sker ved gensidig forståelse og accept af blandt andet rolle-, ansvars- og kompetencefordeling. Løbende kontakt og dialog de enkelte medarbejdere og behandlere imellem medvirker til det gode arbejdsklima. Selve behandlingen blev i 2006 flyttet fra afdeling Sten til en selvstændig bolig, Ringen 8, som har skabt rammer om et godt og funktionelt arbejdsmiljø for såvel klienter som personale.

8-8 Mødeaktiviteter og møderutiner

Der er løbende tilgang til behandlingen, og der er derfor ikke faste møderutiner for drøftelser af klienternes behandlingsforløb mellem Behandlingsafdelingen og fængslets afdelinger. Mødeaktiviteter omkring klienterne er henlagt til løbende dialog og kontakt mellem behandler, socialrådgiver og kontaktperson drøftes så endeligt på de månedlige handleplansmøder, som tidligere beskrevet.

Styregruppemøde afholdes 1 – 2 gange årligt, i mødet deltager Sydgårdens forstander, behandlingsleder og afdelingsleder. Fængslet er repræsenteret ved behandlingskonsulenten og afdelingslederen. Her drøftes status og der orienteres om evt. nye tiltag indenfor de respektive organisationer. Styregruppen kan indkaldes ved behov, men et leje på 1 – 2 møder årligt har vist sig at fungere. På Behandlingsafdelingen er der onsdagsmøder, hvor behandlingsopgaver planlægges.

8-9 Konflikthåndtering

Den meget klare rolle-, ansvars- og kompetencebeskrivelse bevirker minimale konflikter. Skulle der opstå konflikter/uoverensstemmelser eller lignende løses problemet her og nu, ved åben dialog mellem afdelingsleder på Behandlingsafdelingen og afdelingsleder i fængslet. Overordnede konflikter drøftes mellem afdelingsleder på Behandlingsafdelingen og behandlingskonsulenten. Aktuelt har det ikke været nødvendigt at inddrage styregruppen i konfliktløsning.

Konflikter i forhold til klienter, løses på bedst mulige måde, ved løsningsfokuseret dialog, tænkepause eller i sidst instans ved afslutning af et forløb.

Skulle der opstå krisesituationer hos personalet, håndteres dette ved fængslet normale beredskab af debriefere og mulighed for yderligere hjælp ved Falck Health Care.

8-10 Sikring af, at programmet møder generel accept og forståelse hos ansatte og indsatte

Der hersker almindelig forståelse og accept af behandlingsprogrammet såvel blandt klienter som personale, hvilket dog ikke skal blive en sovepude. Det er blevet mere legalt blandt klienterne at flytte fra almindelig fællesskabsafdeling til behandlingsafdelingen uden de modtager nedladende hentydninger, fra øvrige klienter. Den øgede fokus på misbrug og samtale herom, har haft en generel positiv indvirkning på behandlingsafdelingen. De tidligere omtalte Misbrugskurser (afsnit 1-5-4) har medvirket til endnu større forståelse blandt fængslets øvrige personale.

8-11 Sikring af at der i alle sociale relationer er almen psykologiske og sociale kompetencer i institutionen og institutionens hverdag

Vi finder sårbarheden i behandlingsafdelingen nedsat ved, at så mange fængselsfunktionærer deltagere aktivt i behandlingen. Tjenesteplaner er godkendt en måned forud og der kan således kun opstå fravære ved akut sygdom. Efter aftale med Sydgården dækkes akut sygdom ikke, i forhold til den behandlingsmæssige del, da det er vigtigt at have været med fra ugens start. Hvad angår øvrige aktiviteter i relation til behandlingsafdelingen dækkes de ved indkaldelse af andet personale. På socialrådgiver-siden afløses denne af en kollega ved ferie, orlov eller anden form for planlagt fravær. Forud for dette sikres sagsoverdragelse. Ved akut fravær, vil der altid være en af fængslets øvrige 3 socialrådgivere, der sammen med afdelingslederen overtager akut opståede sager.

Det er umuligt at sikre, at der i alle sociale relationer er almen psykologiske og sociale kompetencer i institutionen og i institutionens hverdag. Det er dog vores vurdering, at regelmæssig kontakt, temadage og møder – og ikke mindst imødekommenhed – sikrer, at samarbejde og kontakt er på et ligeværdigt grundlag.

Bibliografi

- Andersen, H. S., Sestoft, D., Lillebeek, T., Gabrieisen, G., & Kramp, P. (1996). Prevalence of ICD-IO Psychiatric Morbidity in Random Samples of Prisoners on Remand. *International Journal of Law and Psychiatry*, s. 61-74.
- Armeliu, B.-Å., & Andreassen, T. H. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for antisocial behavior in youth in residential treatment*. Nordic Campbell Center.
- Ball, S. A. (1998). Manualized Treatment for Substance Abusers with Personality Disorders: Dual Focus Schema Therapy. *Addictive Behaviors*, , 23 (6), s. 883–891.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review* (84), s. 191-215.
- Banerjee, P., Duggan, C., Huband, N., & Watson, N. (2006). Brief psychoeducation for people with personality disorder: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 385–394.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. C., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York, NY: Guilford Press.
- Blaauw, E., Roesch, R., & Kerkhof, A. (2000). Mental Disorders in European Prison Systems. Arrangements for Mentally Disordered Prisoners in the Prison Systems of 13 European Countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, (23), s. 649–663.
- Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., & Paas, N. D. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. *Clinical Psychology Review*, 20 (2), 162-78.
- Butler, T., Andrews, G., Allnutt, S., Sakashita, C., Smith, N. E., & Basson, J. (2006). Mental disorders in Australian prisoners: a comparison with a community sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (3), s. 272-276.
- Carroll, K. M. (Marts 2009). *NIDA - Publications - A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Hentet fra The National Institute on Drug Abuse (NIDA): <http://www.drugabuse.gov/txmanuals/cbt/cbt1.html>
- Cecilia, A., Marques, P. R., Lúcia, M., & Formigoni, O. S. (2001). Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. *Addiction*, 96 (6), s. 835-846.
- Dawaon, D. D., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Hunang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction*, 573-88.
- Elklit, A., & Simonsen, E. (2005). *MCMI III. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. Vejledning: Uddrag og dansk bearbejdning af Millon T, Davis R & Millon C. MCMI-III Manual* (2 udg.). Dansk Psykologisk Forlag.
- EMCDDAs Annual report. (2008). *Annual report: the state of the drugs problem in Europe*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction.
- EMCDDAs Annual report. (2004). *The state of the drug problem in the European Union and Norway*. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction.
- Fennell, M. (2002). *At overvinde lavt selvværd. En selvhjælpsguide på grundlag af kognitive adfærdsteknikker*. Århus: Forlaget Klim.
- Fridell, M. (2001). Psykosocial behandling av narkotikaberoende. I SBU, *Behandling av alcohol och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammenstilling. Volym. II* (s. 11-121). Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering.
- Fridell, M., Hesse, M., Jæger, M. M., & Kühlhorn, E. (2008). Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in drug abusers. *Addictive Behaviors*, , 6, 799-811.
- Garrido, V., & Morales, L. A. (Juli 2007). Serious (violent and chronic) juvenile offenders: a Systematic Review of treatment effectiveness in secure corrections. *The Campbell Collaboration Reviews of Intervention and*

Policy Evaluations (C2-RIPE). Philadelphia, Pennsylvania, USA: The Campbell Collaboration Reviews of Intervention and Policy Evaluations (C2-RIPE).

- Grover, K. E., Carpenter, L. L., Price, L. H., Gagne, G. G., Mello, A. F., Mello, M. F., et al. (2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 21 (4), 442-447.
- Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Bragason, O. O., Newton, A. K., & Einarsson, E. (2008). Interrogative suggestibility, compliance and false confessions among prisoners and their relationship with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms. *Psychological Medicine*, 37 (7), s. 1037-1044.
- Hesse, M. (2007). *Psychopathology and Addiction*. Aarhus: Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.
- Hodgins, S. M. (1999). Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, (53), 489-496.
- Hougaard, E. (1996). *Psykoterapi - teori og forskning*. København Ø: Dansk psykologisk Forlag.
- Hussain, Q., & Cowie, M. (2005). *Alcohol and Other Drug Treatment within the Context of the Criminal Justice System - A Review of the Literature*. Department of Health and Ageing. Australian Government.
- ICD-10, WHO. (1998). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og Diagnostiske kriterier*. København: Munksgaard.
- Jellinek, E. M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13 (4), s. 673-864.
- Johnson, J. G., Smailes, E. M., Phil, M., Cohen, P., Brown, J., & Bernstein, D. P. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders*, 14 (2), 171-187.
- Kokkevia, A., Stefanisa, N., Anastasopoulou, E., & Kostogiannia, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: Prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors*, 23 (6), s. 841-853.
- Krampe, H., Wagner, T., & et.al. (2006). Personality disorder and chronicity of addiction as independent outcome predictors in alcoholism treatment. *Psychiatric Services*, 57 (5), 708-12.
- Lindberg, O. (2005). Prison cultures and social representations. The case of Hinseberg, a women's prison in Sweden. *International Journal of Prisoner Health*, 1 (2-4), 143-161.
- Lipsey, M. W., & Landenberger, N. A. (Februar 2006). *Cognitive-Behavioral Programs for Juvenile and Adult Offenders: A Meta-Analysis of Controlled Intervention*. Hentet fra The Campbell Collaboration: <http://db.c2admin.org/>
- Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., & Wilson, S. J. (2007). *Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Campbell Collaboration; <http://db.c2admin.org/>
- Longato-Stadler, E., von Knorring, L., & Hallman, J. (2002). Mental and personality disorders as well as personality traits in a Swedish male criminal population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2 (56), s. 137-144.
- Marlatt, A. G. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. I A. G. Marlatt, & J. R. Gordon, *Relapse Prevention* (s. 3-70). New York: The Guilford Press.
- Marlatt, A. G., & Gordon, J. R. (Red.). (1985). *Relapse Prevention*. New York: The Guilford Press.
- Marlatt, A. G., Parks, G. A., & Witkie, K. (December 2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy: A Guideline Developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*. Hentede Februar 2009 fra Behavioral Health Recovery Management: <http://www.bhrm.org/guidelines/RPT%20guideline.pdf>
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), s. 81-89.
- Nielsen, P., Damsted, I., & Moesgaard, K. (2002). *Projekt ALF, Alkohol og Livsfokusering - Personlighedsmønstre og behandlingsstrategier*. Middelfart: Ringgården.
- Nielsen, P., Røjskjær, S., & Hesse, M. (2007). Personality-guided treatment for alcohol dependence: a quasirandomized experiment. *American Journal on the Addictions*, 16 (5), s. 357-364.
- Nilsson, K. W., Sjöberg, R. L., Damberg, M., Alm, P. O., Ohrvik, J., Leppert, J., et al. (2005). Role of the serotonin transporter gene and family function in adolescent alcohol consumption. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29 (4), 564-570.

- Ojmarrh, M., Wilson, D. B., & MacKenzie, D. L. (December 2005). *The Effectiveness of Incarceration-Based Drug Treatment on Criminal Behavior*. Hentede Februar 2009 fra SFI, Det Nationale Forskningcenter for Velfærd: <http://www.sfi.dk/graphics/Campbell/reviews/C2%20Incarceration-Based%20Drug%20Tx.pdf>
- Pedersen, M. U. (2007). Evidence-based practice in "the real world". *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, s. 605-616.
- Pedersen, M. U., & Hecksher, D. (2008). *Døgnbehandling af alkoholafhængige - Forløb, tilbagefald og køn*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.
- Pelissier, B., Camp, S. D., & et.al. (2003). Staying in treatment: How much difference is there from prison to prison? *Psychology of Addictive Behaviors*, 17 (2), s. 134–141.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & Diclemente, C. C. (2009). *Varig forandring*. Haderslev: Forlaget Sydgården aps.
- Raistrick, D., Heather, N., & Godfrey, C. (2006). Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. London, England: Department of Health.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., & al., e. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Rose, J. (Januar 2009). DrugNet. Hentede 2009 fra <http://www.drugnet.bizland.com>.
- Ruiz-Sancho, A. M., Smith, G. W., & Gunderson, J. (2001). Psychoeducational approaches. I W. J. Livesley, *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (s. 460–474). New York: Guilford Press.
- Sandfeld, C., & Stefánsson, R. (2009). *Årsrapport: Sydgårdens Behandlingsafdeling i Statsfængslet Renbæk 2008*. Internt dokument.
- Sandfeld, C. (2010). *Årsrapport: Sydgårdens Behandlingsafdeling i Statsfængslet Renbæk 2009*. Internt dokument.
- Singleton, N., Meltzer, H., & Gatward, R. (1998). *Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales*. London: HMSO.
- Sklar, S. M., & Turner, N. E. (1999). A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction*, 94(5), s. 723-729.
- Stefánsson, R., & Hesse, M. (2008). Personality Disorders in Substance Abusers: A Comparison of Patients Treated in A Prison Unit and Patients Treated in Inpatient Treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6 (3), s. 402-406.
- Søgaard Nielsen, A., Becker, U., Højgaard, B., Blædel Lassen, A., Willemann, M., Søgaard, J., et al. (2006). *Alkoholbehandling - en medicinsk teknologivurdering*. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.
- Thomsen, P. H., & Damm, D. (2008). ADHD hos voksne. *Ugeskrift for læger*, 170 (43), s. 3395-3399.
- Verheul, R., van den Brink, W., & Ball, S. A. (1998). Substance abuse and personality disorders. I H. R. Kranzler, & B. J. Rounsaville, *Dual diagnosis and treatment: Substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders* (s. 317-363). New York: Marcel Dekker.
- Young, J. E. (2003). *Kognitiv terapi ved personlighedsforstyrrelser: en skemafokuseret tilgang*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bilag

Følgende bilag er vedlagt:

1. Stefánsson, R. & Hesse, M. (2008). Personality Disorders in Substance Abusers: A Comparison of Patients Treated in A Prison Unit and Patients Treated in Inpatient Treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6(3), 402-406.
2. Afdelingens manual
3. Manual i cue exposure, Jörg Alberts, cand. psych.
4. Indskrivningsoplysninger for PCD som klienter udfylder ved indskrivning
5. Årsberetning for 2008, Charlotte Sandfeld og Ragnar Stefánsson
6. Årsberetning for 2009, Charlotte Sandfeld
7. Handleplan
8. Evaluering af behandlingsudbytte
9. Kan misbrugsbehandling af indsatte reducere psykisk symptomatologi? - et forsøg på at belyse effekten af at implementere personlighedsfokuseret caseformulering i misbrugsbehandling af indsatte, Ragnar Stefánsson
10. Behandlingsplan
11. Tilføjelser til PCD