

BEHANDLINGSGARANTI for stofmisbrugere i Kriminalforsorgen – udmøntning, udfordringer og dilemmaer

Hvad sker der, når behandlingen rykker ind i fængslerne?

AF THERESE HELTBERG

I november 2006 rullede medie-skandalen om det danske sundhedssystemets problemer med at overholde den behandlingsgaranti, der er sat for kræftpatienter. En minister kom i krydsild, en medicinaldirektør gik af, og billeder og beretninger blev bragt i aviser og tv om patienter, hvis sygdom forværredes i de afgørende dage, hvor behandlingsgarantien ikke blev overholdt.

Historien er formentlig en skrækvision for enhver politisk udpeget direktør. Men behandlingsgarantier er i de senere år blevet et populært politisk redskab til sikring af udmøntning af beslutninger, og som historien viser, er det om at belave sig på at tage dem alvorligt. Hvad historierne i medierne imidlertid sjældent fortæller er, at indførelsen af behandlingsgarantier – og overholdelsen af dem – ikke bare er gjort med en politisk beslutning, men er en lang, kompleks og yderst krævede proces for de medarbejdere og den eller de organisationer, der rent praktisk skal gennemføre den.

Det har man i kriminalforsorgen til fulde oplevet i de senere år.

Behandlingsgaranti for stofmisbrugere i fængsler og arresthuse

Fra 1. januar 2007 gælder samme behandlingsgaranti for stofmisbrugere indsat i fængsler og arresthuse som den, der siden 2003 efter servicelovens § 85 har været gældende i det øvrige samfund. I kriminalforsorgens regi omfatter garantien dog

kun afsonere med forventet restophold på over 3 måneder. Varetægtsarrestanter er altså ikke dækket, ligesom der heller ikke er det samme frie valg af behandlingstilbud, som eksisterer uden for murene. For at kunne effektuere garantien har kriminalforsorgen igennem de senere år gennemført omfattende tiltag vedrørende misbrugsbehandling for indsatte i fængsler og arresthuse. Tiltagene omfatter motivationsprojekter i alle landets arresthuse, etablering af behandlingsafdelinger i fængsler samt tilbud om hashbehandling og samtaler for brugere i substitutionsbehandling i alle fængsler. I faktaboksen ses en samlet oversigt over behandlingstilbuddene for stofmisbrugere i kriminalforsorgens institutioner per 1. januar 2007.

Principper og tilgange i behandlingen

Indsatserne i forbindelse med misbrugsbehandlingen i kriminalforsorgens regi skal være overens med kriminalforsorgens principprogram, der blev vedtaget i 1993. Principprogrammet oplister seks bærende principper for kriminalforsorgen:

- Normalisering
- Åbenhed
- Ansvarlighed
- Sikkerhed
- Mindst mulig indgriben
- Optimal ressourceanvendelse.

Normaliseringsprincippet betyder, at kriminalforsorgen ved tilrettelæggelsen af dagligdagen for de indsatte skal sørge for, at forholdene i fængsler og arresthuse mest muligt ligner det almindelige samfund, for-

di straffen alene består i frihedsberøvelsen. Åbenhedsprincippet betyder, at kriminalforsorgen skal søge at give de indsatte gode muligheder for at skabe og fastholde relationer med det omkringliggende samfund, således at negative bivirkninger ved fængsling – f.eks. at man mister kontakt med familie og taber arbejdsrelationer – mindskes. Åbenhed er endvidere et princip for kriminalforsorgen som institution for at forebygge magtmisbrug. I princippet om ansvarlighed ligger, at kriminalforsorgen skal støtte de dømte i at udvikle ansvarlighed, selvtilid og selvrespekt. Sikkerhedsprincippet sigter dels mod at beskytte det almindelige samfund og borgerne mod kriminalitet, dels mod at beskytte indsatte i Kriminalforsorgens varetægt mod overgreb og skadelig påvirkning fra medindsatte. Princippet om mindst mulig indgriben refererer til, at situationer og problemer i forhold til indsatte og klienter skal løses med mindst mulig magt-anvendelse og mindst mulig indgriben i den indsattes liv. Endelig skal kriminalforsorgen ifølge det sjette princip, optimal ressourceanvendelse, udføre sine opgaver, så ressourcerne udnyttes bedst muligt, og det skal tilstræbes at rekruttere og fastholde velkvalificerede medarbejdere.

Ovennævnte principper danner nogle grundlæggende vilkår for misbrugsbehandlingen i kriminalforsorgen og har påvirket den samlede strategi, der er valgt. F.eks. er det i forhold til principperne om 'mindst

mulig indgriben' og 'åbenhed' vigtigt, at det som første behandlingsmulighed for en indsat altid vurderes, om vedkommende vil kunne deltage i et eksternt tilbud f.eks. ved at få udgang/frigang til ambulat behandling eller ved en såkaldt § 78-placering på en behandlingsinstitution. Kun hvor indsattes dom eller hensynet til retsfølelsen ikke tillader udgang eller udstationering, bør behandlingen ske inden for kriminalforsorgens egne institutioner.

Et andet eksempel på principprogrammets samspil med behandlingsstrategien er, at man blandt andet i overensstemmelse med normaliseringsprincippet primært baserer misbrugsbehandlingen i kriminalforsorgen på den såkaldte importmodel. I importmodellen kommer eksterne behandlingsinstitutioner ind og driver behandling inden for murene. Herved sikres dels en faglig ekspertise og forankring, dels bliver det muligt, at behandlingstilbudene i fængsler svarer mest muligt til de tilbud, der er i det øvrige samfund.

To kulturer – samme mål?

En af de største udfordringer i etableringen af eksternt behandling i fængselsrammer har været at få samspillet mellem to meget forskel-

lige kulturer – henholdsvis behandlertekultur og fængselskultur – til at fungere. De to kulturer er ofte forskellige i deres problemforståelse og løsninger, og de har forskellige mål, rammer og regelsæt at arbejde efter. Dette kan f.eks. ses i de situationer, hvor hensyn til sikkerhed kolliderer med behandlingshensyn, eksempelvis i spørgsmål om udgang til sportsaktiviteter, der skønnes vigtige i behandlingsøjemed, men som vurderes for risikable ud fra et sikkerhedsperspektiv. Endvidere ligger en stor udfordring i at få hele kriminalforsorgsinstitutionen – medarbejdere, værdisæt, arbejdsgange og organisation – til at acceptere og give plads til behandlingstanken.

Selv om kulturerne i udgangspunktet er forskellige og skal lære at arbejde sammen, er der dog også mange fælles mål. Kriminalforsorgens hovedopgave er todelt: Dels skal medarbejderne støtte og motivere indsatte til en kriminalitetsfri tilværelse efter afsoningen, dels skal systemet sikre den kontrol og sikkerhed, der er nødvendig, for at frihedsstraffen kan fuldbyrdes. Denne todelte opgave er langt fra let, fordi den første del fordrer en vis tillid og endog fortrolighed mellem ansatte og indsatte, mens den anden del ofte

kan virke nedbrydende netop for et gensidigt konstruktivt forhold. På flere måder kan behandlingsafdelingerne med deres anderledes tilgang til samværet mellem medarbejdere og indsatte måske derfor opstille og afprøve nye måder at forene den dobbelte rolle?

Dilemmaer i misbrugsbehandlingen Nultolerance – hæmmende eller fremmende?

I flerårsaftalen for kriminalforsorgen 2004-2007 var nultolerance over for hash og narkotika i fængsler og arresthuse et nyt og centralt element. Nultolerancen indebærer blandt andet, at man øgede omfanget af urinprøvekontroller, vanskeliggjorde indsmugling ved opsætning af flere hegn, overvågningskameraer mv. og strammede sanktionerne for besiddelse og indtag af hash og andre stoffer. F.eks. kan man i dag få frataget mulighed for udgang i en periode eller miste sin prøveløsladelse, hvis man testes positiv for narkotika i urinprøverne. Yderligere som led i nultolerancen skulle behandlingsmulighederne i kriminalforsorgen øges. Et vigtigt spørgsmål i forbindelse med denne politik har været, hvordan øget kontrol og sanktioner vil kunne gå sammen med behandling baseret på frivillighed. På den ene side har argumentet været, at nultolerancen vil øge indsattes motivation for at gå i behandling. F.eks. har Lene Espersen (i anden forbindelse) udtalt, at 'jeg tror, at det har en pædagogisk virkning, hvis man i tre måneder ikke kan besøge familien eller deltage i sit barns fødselsdag'. Samme motivation må formodes at gøre sig gældende, hvis man ikke kan se sine nærmeste på grund af en uren urinprøve. Opgørelser fra kriminalforsorgen ser ud til at støtte denne forventning. F.eks. har en evaluering af den skærpede urinprøvekontrol vist, at andelen af positive prøver er faldet fra 17% i juni 2005 til 12% i juni 2006. Nedgangen angår især andelen af prøver



Skemaet viser, hvilke behandlingsafdelinger der er i de danske fængsler fra 1. januar 2007 – ud over et antal motivations-, kontrakt- og stoffri afdelinger. Hertil kommer forbehandling i alle arresthuse samt tilbud om hashmisbrugsbehandling og støttesamtaler for indsatte misbrugere i substitutionsbehandling i fængsler.

FÆNGSEL	BEHANDLING	BEHANDLINGSTYPE	INSTITUTION
Møgelkær	Stofmisbrugsbehandling primært for kvinder og par	Døgnbehandling	Hjulsøgård
Søbysøgård	Primært centralstimulerende stoffer	Dagbehandling	Rusmiddelcenter Odense, Voksenafdelingen
Østjylland	Primært for opioidmisbrugere	Døgnbehandling	Hjulsøgård
Sdr. Omme	Primært for yngre mænd	Døgnbehandling	Pro Springbrøttet
Nyborg	Primært hash og centralstimulerende stoffer	Døgnbehandling	Rusmiddelcenter Odense, Voksenafdelingen
Midtjylland (Nr. Snede)	Harm Reduction for svage stofmisbrugere	Døgnbehandling	VASU
Vridsløselille	Stof- og alkoholmisbrugere	Døgnbehandling	Kongens Ø
Jyderup	Stof- og alkoholmisbrugere	Døgnbehandling	Sct. Ols
Horserød	Misbrugsbehandling for kvinder	Døgnbehandling	Projekt Menneske
Ringe	Misbrugsbehandling for kvinder	Individuelle samtaler	
Vridsløselille	Efterbehandling for misbrugere med lange straffe	Døgnbehandling / beskæftigelse	Kongens Ø
Jyderup	Stoffri afdeling med tilbud om efterbehandling	Døgnbehandling / beskæftigelse	Slagelse Kommune
Møgelkær	Behandling for mandlige og kvindelige alkoholmisbrugere	Dagbehandling	VASU
Renbæk	Behandling for alkoholmisbrugere	Døgnbehandling	Sydgården
Midtjylland (Kærshovedgård)	Behandling for alkoholmisbrugere	Døgnbehandling (fire ugers program)	Blå Kors
Anstalten ved Herstedvester	Behandling for grønlandske misbrugere af alkohol og hash	Dagbehandling	Frederiksberg-centeret

testet positive for hash (fra 13% til 9%), mens andelen af urinprøver med spor af hårde stoffer faldt fra 6% til 4% i samme periode.

Argumenter imod nultolerancen går især på, at det bliver sværere at opnå de indsattes fortrolighed og medansvar (jf. det tredje af kriminalforsorgens grundprincipper), når de ved, at de bliver straffet yderligere, hvis det opdages, at de har et forbrug af rusmidler. Nultolerancen bidrager til at skabe et klima af mistro i fængsler og arresthuse, og de yderligere sanktioner vurderes som en negativ motivering, der ikke er befordrende hverken for behandlingsmiljøet eller for en senere resocialisering. Endelig har der været frygt for, at enkelte indsatte kunne gå fra hash til misbrug af andre stoffer, fordi cannabis kan spores i relativt lang tid i urinen.

Forholdet mellem de indsatte

En anden udfordring i forbindelse med oprettelsen af behandlingstilbuddene i fængsler og arresthuse er holdningen blandt indsatte, der ikke bruger rusmidler. De kan føle

sig forfordelt i forhold til indsatte misbrugere, der 'belønnes' for deres misbrug med behandling, og det kan skabe modstand mod behandlingsindsatsen. Indsatte, der har forhandlet stoffer, har formentlig også i større eller mindre omfang søgt at blokere og internt sanktionere indsatte, der ønsker at deltage i behandling. Negativiteten fra andre indsatte må ikke undervurderes. Fængsler og arresthuse er fundamentalt set et besynderligt socialt rum, hvor indbyrdes normer, hierarkier og accept spiller en betydelig rolle for de indsatte hverdag og udfoldelsesmuligheder. Hvis en indsat ved, at man risikerer mobning fra medindsatte, når man deltager eller har deltaget i et behandlingsforløb, kan det være grund nok til slet ikke at påbegynde det.

Belægningskravene som problem for intern accept af behandlingsafdelinger

Det har været en gennemgående tendens, at behandlingsafdelingerne særligt i den første tid efter deres opstart har haft svært ved at nå den belægningsprocent, der samlet er fastsat for kriminalforsorgens insti-

tutioner. Det har betydet, at de øvrige afdelinger på de fængsler, hvor behandlingsafdelingerne er placeret, har måttet acceptere periodisk overbelægning for at kompensere. Dette har naturligvis præget både de indsatte og medarbejdernes dagligdag på fællesskabsafdelingerne, idet overbelægning giver en kraftig forringelse af både arbejdsmiljø og bomiljø. Det har derfor været svært at undgå interne diskussioner i fængslerne angående forholdene og betingelserne for henholdsvis almindelige afdelinger og behandlingsafdelinger.

Også for Direktoratet for Kriminalforsorgen som central myndighed har det været en udfordring løbende at matche den udvidede behandlingskapacitet med belægningen på de nye afdelinger. Det har været et overordnet krav, at fængslernes samlede belægningsprocent – og dermed også belægningen på de nye behandlingsafdelinger – skal opretholdes under hele implementeringen. Dette har været vanskeliggjort af, at behandlingsafdelingerne (i modsætning til fængslernes øvrige



afdelinger) besættes på baggrund af indsattes ansøgninger om at komme dertil og derpå efter en grundig visitation. I perioder hvor afdelingerne har haft en lav belægningsgrad, har det derfor ikke været muligt at placere andre indsatte, som ikke har gennemgået hele visitationsprocessen, på afdelingerne. Omvendt har det samtidig også været en høj prioritet at undgå lange ventelister til stoffri behandling.

Valg af behandlingsstrategi og betydning for nærhedsprincippet

I forlængelse af belægningsproblematikken har det – også set i lyset af udviklingen inden for misbrugsbehandling i det øvrige samfund – været drøftet internt i kriminalforsorgen, hvilken strategi for behandlingstilbud, der skal følges i fremtiden. Hidtil har man inden for relativt få afdelinger og projekter skullet sikre en bredde i tilbud og en dækning af (så vidt muligt) alle indsatte i (så vidt muligt) alle faser.

Strategien for behandling har dækket følgende kategorier:

1. De almindeligste behandlingstilbage (Minnesota, socialpædagogisk mv.)
2. Misbrugsprofiler (hash, centralstimulerende midler, opioider mv.)
3. Deltagerprofiler (kvinder, mænd, par)
4. Regimer og institutionstyper (åbent/lukket/pension/arresthuse)
5. Behandlingsforløb (motivation, primærbehandling, efterbehandling, støttesamtaler til substituitionsbrugere)

Spørgsmålet er, om kriminalforsorgen skal fastholde den nuværende dækning fremover, eller om der skal ske ændringer? Flere centrale spørgsmål melder sig i den forbindelse:

1. For det første spørgsmålet om, hvor bred en behandling kriminalforsorgen skal dække. Det vil sige, i hvilket omfang forskellige behandlingsmetoder og -model-

ler, intensitet (f.eks. dagbehandling og døgnbehandling) og formål (motivation, skadesreduktion, stoffrihed) skal indgå i det samlede behandlingstilbud.

2. For det andet skal det besluttes, hvor specialiserede afdelingerne skal være i deres målgruppe. I dag er de fleste afdelinger relativt specialiserede og tager f.eks. kun kvindelige misbrugere eller misbrugere af primært centralstimulerende midler. En tanke kan være at gøre afdelingerne bredere i deres visitation og tilbud, således at flere eller alle afdelinger kan tage alle former for misbrug blandt alle aldersgrupper.
3. En tredje overvejelse, som også er aktuel i denne sammenhæng, om end den relaterer bredere end til indførelsen af en behandlingsgaranti for stofmisbrugere i fængsler og arresthuse, handler om, hvor bredt misbrugsbegrebet skal forstås. I hvilket omfang skal kriminalforsorgen f.eks. sætte ind over for indsatte med misbrugs-lignende problematikker relateret til ludomani?

Et argument for at nedtone specialiseringen på behandlingsafdelingerne er nærhedsprincippet. Ifølge straffuldbyrdslovens § 23 skal fængselsstraf 'så vidt det er praktisk muligt, fuldbyrdes i nærheden af den dømtes hjemsted'. Dette nærhedsprincip er svært at opretholde, hvis afdelingerne er alt for specialiserede. Så kan f.eks. en indsat fra Aalborg, der visiteres til stoffri behandling i Minnesota-regi i et lukket fængsel, risikere, at denne behandling kun tilbydes på Sjælland.

§ 78 – intern eller ekstern behandling

Som nævnt tidligere er det et grundprincip i kriminalforsorgens politik på narkotikaområdet, at indsatte, der er motiverede for og vurderes egnede til behandling, skal tilbydes plads i det almindelige behandlingssystem, hvis dommen tillader det. Kun for indsatte, der ikke kan

få udgang eller anbringes uden for kriminalforsorgens institutioner, bør behandling i kriminalforsorgens egne institutioner komme på tale. Udgifter til behandling i det eksterne system har været afholdt af amtskommunerne, mens kriminalforsorgen har betalt for den behandling, der foregår i eget regi. Spørgsmålet er, om denne udgiftsfordeling kan anspore nogle kommuner til så vidt muligt at foretrække, at indsatte gennemgår behandling i kriminalforsorgens institutioner – uanset muligheder for behandling i samfundet i øvrigt? Ligeledes kan man spørge, om fængsler og arresthuse med etableringen af en række nye, interne behandlingsmuligheder vil være mere tilbøjelige til at vælge den administrativt lettere løsning at visitere til behandling i eget regi?

Dokumentation

Blandt andet for at monitorere udviklingen inden for § 78-anbringelserne, men også meget bredere for at kunne dokumentere opfyldelse af behandlingsgarantien samt for at kunne få et overblik over antallet af placeringer, gennemførelser, udsusning mv. har kriminalforsorgen valgt at udbygge registreringen af indsatte, der deltager i behandlingsforløb. Fra foråret 2007 vil der i kriminalforsorgens elektroniske klientsystem dels blive registreret en grundig afdækning af alle nyindsattes forbrug af rusmidler måneden forud for indsættelse samt deres tilkendegivelse af, hvorvidt de er motiverede for behandling; dels vil der være en forløbsregistrering af indstillinger til og deltagelse i behandling samt ophør og ophørsårsager. Sammenkoblet med Kriminalforsorgens øvrige data i klientsystemet – f.eks. om køn, alder, uddannelse, domme, nationalitet mv. – vil der med tiden være en unik mulighed for analyse af en række forskellige behandlingstiltag og behandlingsforløb med udgangspunkt i ensartede baseline-data.