Selvevaluering af stofmisbrugsbehandling i fængsler og arresthuse

Proces, implementering og evaluering

Selvevaluering af stofmisbrugsbehandling i fængsler og arresthuse

Proces, implementering og evaluering

Vibeke Asmussen
Torsten Kolind
Bjarke Nielsen

Center for Rusmiddelforskning
Aarhus Universitet
2006

© forfatterne og Center for Rusmiddelforskning 2006
Tryk: Nørhaven
ISBN: 87-89029-62-3

Center for Rusmiddelforskning
Nobelparken, bygning 1453
Jens Chr. Skous Vej 3
8000 Århus C
Tlf.: 89 42 69 30
Fax: 89 42 69 35
www.crf-au.dk
E-mail: crf@au.dk

Forord

Denne publikation er både en slutrapport og en samlet udgivelse af materiale skrevet og udviklet i forbindelse med projektet *Selvevaluering i behandlingsafsnit i fængsler og motivationsprogrammer i arresthuse*. Projektet er iværksat af Direktoratet for Kriminalforsorgen og udarbejdet af Center for Rusmiddelforskning (CRF), Aarhus Universitet. Slutrapporten er en redegørelse for processen med at udvikle og implementere selvevaluering i fængsler og arresthuse samt en vurdering af resultaterne med projektet. Foruden slutrapporten er følgende inkluderet i publikationen som appendix:

- *Manualer og Brugervejledninger*. Manualerne er håndbøger til, hvordan man laver selvevaluering i hhv. motivations- og behandlingsprogrammer. Brugervejledningerne er vejledninger til brugen af dokumentationsværktøjerne og de tilhørende Excel ark til at samle data i. Der er ligeledes brugervejledninger til installering af den elektroniske version af Selvevalueringsmodellerne.
- *Dokumentationsværktøjer*. Til de to Selvevalueringsmodeller er udarbejdet fem dokumentationsværktøjer: korrigeret Europ-ASI, Klientvurderingsskema, Motivationsskema, Registrering af indsatser og Udskrivningsskema. De to sidste dokumentationsværktøjer er udelukkende udarbejdet i elektronisk format og er derfor ikke med i denne udgivelse.
- *Selvevalueringsmodeller*. Disse modeller er udarbejdet som elektronisk værktøjer og er skabeloner for, hvad en selvevaluering bør indeholde for hhv. motivationsprogrammer og behandlingsafsnit. I denne udgivelse er de overskrifter, som selvevalueringsmodellerne består af, trykt.
- *Delrapport fra september 2005*. Denne rapport indeholder en introduktion til selvevaluering samt til implementeringen af projektets første fase. Denne rapport er ligeledes udgivet som Asmussen, Kolind & Nielsen (2005).

Publikationen indeholder således både rapporterne om processerne i at implementere selvevaluering i motivations- og behandlingsprogrammer i fængsler og arresthuse så vel som de udviklede redskaber hertil.

Den elektroniske version af Selvevalueringsmodellerne og Excel arkene til at samle data fra dokumentationsværktøjerne i er udarbejdet af softwareudvikler Carl Verner Skou og statistisk medarbejder Susanne Villumsen ved CRF.

Oktober 2006
Vibeke Asmussen, Torsten Kolind & Bjarke Nielsen

Indholdsfortegnelse

Introduktion 9
Kapitel 1: Introduktion til selvevalueringskonceptet 13
Kapitel 2: Projektforløb – aktiviteter og erfaringer 21
Kapitel 3: Vurdering af selvevalueringsrapporterne 39
Kapitel 4: Konklusioner 51

Appendix 1: Manual og brugervejledning 55
Manual til motivationsprogrammer i arresthuse 57
Brugervejledning arresthuse 67
Installering og brug af Selvevalueringsmodel – arresthuse 72
Manual til behandlingsafsnit i fængsler 76
Brugervejledning fængsler 89
Installering og brug af Selvevalueringsmodel – fængsler 94

Appendix 2: Dokumentationsværktøjer 99
Europ-ASI til behandlingsafsnit i fængsler. 101
Europ-ASI til motivationsprogrammer i arresthuse. 121
Motivationsskema 129
Klientvurderingsskema til behandlingsafsnit i fængsler 130
Klientvurderingsskema til motivationsprogrammer i arresthuse 132

Appendix 3: Selvevalueringsmodellen 133

Appendix 4: Selvevaluering i motivationsprogrammer i arresthuse og behandlingsafsnit i fængsler. Delrapport september 2005 139
Kapitel 1: Introduktion 141
Kapitel 2: Selvevaluering – som koncept og konkret model 143
Kapitel 3: Evalueringskapacitet – hvad er det? 147
Kapitel 4: Evalueringskapacitet i behandlingsafsnittene i de fire fængsler og i motivationsprogrammerne i de tre arresthuse 149
Kapitel 5: Behandling og straf under samme tag 157
Kapitel 6: Konklusion 167

Litteratur 169

Introduktion

Dette er den afsluttende rapport på forsøgsprojektet med implementering af selvevaluering i behandlingsafsnit i fængsler og motivationsprogrammer i arresthuse, som er iværksat af Kriminalforsorgen og udarbejdet af Center for Rusmiddelforskning (CRF). Forsøgsprojektet forløb i perioden fra maj 2005 til juli 2006. De deltagende projekter er alle projekter, der har modtaget satspuljemidler til implementering af deres behandlings- eller motivationsprojekt. Seks motivationsprogrammer fordelt på otte arresthuse (Esbjerg, Frederikshavn, Hjørring, Hobro, Odense, Slagelse, Aalborg og Århus) og fire behandlingsprogrammer fordelt på fire fængsler (Horsens, Nyborg, Sdr. Omme og Vridsløse) har deltaget i forsøgsperioden. Tre motivationsprogrammer fordelt på fem arresthuse er kommet til i løbet af efteråret. Det færdige koncept består af en selvevalueringsmodel med tilhørende dokumentationsværktøjer samt vejledning til brug heraf. Konceptet er udformet i to udgaver: én til behandlingsafsnit i fængsler og én til motivationsprogrammer i arresthuse.

Den udviklede selvevalueringsmodel er inspireret af både de akkrediteringskriterier, som langt størstedelen af behandlingsprojekter i fængsler og motivationsprogrammer i arresthuse i løbet af de kommende år vil skulle akkrediteres efter, og af den dagligdag, der kendertegner behandlingsafsnit og motivationsprogrammer. Opdraget har været at lave et selvevalueringskoncept, der kunne skabe mulighed for kvalitets- og selvudvikling af hhv. motivations- og behandlingsprogrammerne. Selvevalueringskonceptet skulle både muliggøre proces- og resultatevaluering. Ved procesevaluering forstås en evaluering af indsatsen (behandling/processen). Resultatevaluering (omhandlende mål, delmål, resultater og praktisk anvendelige indikatorer). Derimod udelades effektevaluering (fx at leve et kriminalitetsfrit liv efter afsoning) (jf. Kriminalforsorgens projektbeskrivelse 2005). I kapitel 1 nedenfor introduceres og beskrives selvevalueringskonceptet: hvordan selve modellen ser ud, og hvilke dokumentationsværktøjer der følger med, samt hvad de kan bruges til. I dette kapitel diskuteres ligeledes, hvordan selvevalueringen kan bruges som værktøj til kvalitets- og selvudvikling for de enkelte projekter. Det er dog vigtigt at understrege, at selvevalueringen ikke er det samme som en akkreditering. Akkrediteringskriterierne er brugt som inspiration til selvevalueringsmodellen, herunder de områder, som det er vigtigt at dokumentere og reflektere over. Selvevalueringen er derfor et redskab i sig selv til udvikling og forandring af behandlingsindsatsen såvel som til dokumentation og vurdering af denne indsats. Hertil kommer så, at dét at opbygge en rutine for dokumentation af programaktiviteter samt at sikre refleksion over resultaterne er en vigtig del af det akkrediteringskrite-

rium, der omhandler kvalitetssikring og dokumentation. I delrapporten fra 2005 beskrives, hvorledes størsteparten af de deltagende projekter ikke bruger dokumentationsværktøjer i behandlingen . En vigtig del af nærværende projektperiode er for projekterne gået med at implementere dokumentationsværktøjer, oparbejde en rutine hermed og bruge resultaterne herfra i deres dagligdag. Dette uddybes i kapitel 2 nedenfor.

Det er forskelligt, hvor længe de deltagende projekter har været i gang med enten motivations- eller behandlingsarbejdet, inden de startede med at deltage i forsøgsprojektet med implementering af selvevaluering. Nogle havde været i gang i en årrække, mens andre var nystartede i foråret eller efteråret 2005. Overordnet set er alle motivationsprogrammerne forbehandling. De er bygget op som otte (seks) ugers forløb med seks – otte timers forbehandlingsarbejde i ugen. Behandlerne kommer i arresthusene i disse timer, men har ellers base i den behandlingsinstitution, der forestår motivationsprogrammet. Motivationsprogrammernes vigtigste formål er at få de indsatte motiveret til at gå videre i et behandlingsforløb enten i eller udenfor et fængsel eller som § 78. Alle seks motivationsprogrammer forestås af enten amtets eller kommunens misbrugsbehandling. Behandlingsprogrammerne i de fire fængsler foregår i særlige afsnit, hvor der udelukkende er indsatte, der deltager i dette behandlingsprogram. Behandlingen er tilrettelagt som en del af hverdagen i afsnittet, behandlingsforløbet er mellem tre mdr. og halvandet år, og det er her de fleste af behandlerne har deres arbejdsplads. Nogle behandlingsprogrammer benytter sig af konsulenter (fx psykologer), der kun kommer i et begrænset omfang, og disse har således ikke behandlingsafsnittet som deres faste arbejdsplads. I alle projekterne er der dog behandlere, der er fuldtid i behandlingsafsnittet. Tre af de deltagende behandlingsprojekter laver behandling, men målgruppen er forskellig (hhv. hash og centralstimulerende stoffer, unge mellem 18 – 35 år, og stofmisbrugere generelt). Dog er målgruppen i alle projekter kun mænd. Det fjerde behandlingsprogram er et efterbehandlingsprogram, hvor målgruppen er mandlige stofmisbrugere, der tidligere har fuldført et behandlingsforløb i et fængsel. Behandlingen forestås i tre af fængslerne af selvstændige døgnbehandlingsinstitutioner, i det fjerde projekt er det amtets misbrugsbehandling, der stå bag. Behandlingsprogrammerne i fængslerne adskiller sig således fra motivationsprogrammerne, idet de er meget mere intensive både i længde og i de daglige behandlingsaktiviteter, behandlingsmålene er mere omfattende, og behandlere arbejder fuldtid i afsnittet. Disse forskelle er den overordnede begrundelse for, at selvevalueringskonceptet er forskelligt for hhv. arresthuse og fængsler.

Rapportens indhold

I kapitel 1 introduceres og beskrives selvevalueringskonceptet: hvordan selve modellen ser ud, og hvilke dokumentationsværktøjer der følger med, samt hvad de kan bruges til. Er man allerede bekendt med selvevalueringskonceptet, kan man springe dele af dette kapitel over. Selve selvevalueringsmodellen består af seks områder for motivationsprogrammer (målgruppe, behandlingsmål, indsatser, metoder, motivation, internt samarbejde) og syv områder for behandlingsprogrammer (de samme som ovennævnte + individuel planlægning og koordinering), der skal både beskrives, dokumenteres og reflekteres over. Der medfølger fem forskellige dokumentationsværktøjer: ASI udarbejdet til fængsler og arresthuse, motivationsskema, værktøj til registrering af indsatser, udskrivningsskema og klientvurderingsskema. Derudover medfølger en manual, der både vejleder i brugen af værktøjerne, i udfyldningen af selvevalueringsmodellen, i brugen af databaseprogrammer til opbevaring af dokumentationsdata fra værktøjerne, samt en generel introduktion til rationalet i selvevalueringskonceptet.

I kapitel 2 beskrives projektforløbet. Først beskrives de aktiviteter, som CRF har lavet gennem projektperioden, samt de metoder, som er brugt til indhentning af data til brug for både udvikling og løbende revidering af selvevalueringskonceptet. Der er tale om to overordnede perioder i projektforløbet: den første var udarbejdelse af selvevalueringskonceptet og af delrapport (maj – december 2005); den anden var implementering af selvevalueringskonceptet i projekterne og udarbejdelse af endelig rapport (december 2005 – juli 2006). Dernæst beskrives projekternes oplevelser og erfaringer med implementering af konceptet. Vi beskriver i den sammenhæng programmernes rutiner, arbejdsdelinger, arbejdsprocesser og lignende i forhold til implementering af dokumentationsværktøjer.

Kapitel 3 er en beskrivelse og diskussion af de selvevalueringsrapporter, der blev afleveret til Kriminalforsorgen 1. juli 2006. Alle deltagende projekter afleverede rapport. Der foreligger således 10 rapporter. Fire fra behandlingsprogrammer i fængsler og seks fra motivationsprogrammer i arresthuse. I nærværende rapport er det ikke opgaven at vurdere indholdet i rapporterne (fx om de anvendte metoder og indsatser svarer til behandlingsmål og målgruppe), men derimod hvordan de enkelte projekter har grebet afrapporteringen an. Fokus vil blive på både de forcer og barrierer, der ligger i projekterne, og som afspejler sig i selvevalueringsrapporterne. Udgangspunktet for læsningen af rapporterne er den evalueringskapacitet, som er beskrevet i delrapporten fra 2005. Her definerede vi seks områder, som kendetegner en organisations evalueringskapacitet: dokumentationspraksis, teknologi, adgang til relevante data, evalueringsteam, evalueringskompetence og tid. I delrapporten er ligeledes beskrevet projekternes eva-

lueringskapacitet før projektstart. Disse beskrivelser vil vi sammenholde med deres evalueringskapacitet efter afleveringen af selvevalueringsrapporterne.

Kapitel 3 indeholder endvidere konklusion og resultaterne af erfaringerne fra forsøgsprojektet.

Kapitel 1: Introduktion til selvevalueringskonceptet

I dette kapitel redegør vi for rationalet bag selvevalueringskonceptet, dvs. hvorfor det har den opbygning, det har. Dernæst beskriver og kommenterer vi mere konkret, hvordan selvevalueringskonceptet er bygget op, og hvad det består af, hvilket primært vil sige selvevalueringsmodellen og tilhørende dokumentationsredskaber.

Rationalet bag selvevalueringskonceptet

CRFs opdrag fra Kriminalforsorgen om at lave en model til selvevaluering af behandling i fængsler og motivationsarbejde i arresthuse afspejler en bredere tendens i samfundet. Fra at evalueringer tidligere typisk blev udført af en ekstern evaluator, er man indenfor mange områder i det offentlige gået over til at opbygge værktøjer, der gør institutioner og projekter i stand til i større eller mindre grad at dokumentere egen arbejdspraksis og evaluere eget arbejde. Målet med evalueringer er typisk at optimere, kvalitetssikre og styre (politisk som økonomisk) offentlige service. Og målene med selvevaluering er i forlængelse heraf at sikre, at den viden, der skabes i de respektive institutioner, forbliver i institutionen og indarbejdes i dagligdagen og hermed kan være med til at effektivisere og forbedre praksis. Selvevaluering indeholder med andre ord muligheder for at institutionen indefra professionaliserer og forbedrer egen service. Man skal dog være opmærksom på, at det kontrolelement, der typisk er indbygget i gængse evalueringer, ikke forsvinder med selvevalueringer. Selvevalueringer forbliver ikke indenfor institutionens egne rammer, men afleveres til betalende eller ansvarlige myndighed, i dette tilfælde Kriminalforsorgen.

Det selvevalueringskoncept, CRF har udviklet til Kriminalforsorgen, bygger på selvevalueringstankegangens grundelementer: systematisk at kunne dokumentere egen arbejdspraksis og resultater heraf samt forholde sig til og reflektere over disse resultater. Målet har været, at selvevalueringskonceptet blev brugt af de enkelte projekter til at spejle egen praksis og hermed forbedre og målrette den, foruden at det bruges som et redskab til at informere Kriminalforsorgen om projektets status og dermed også som et kontrolredskab. Konceptet skulle gerne facilitere, at institutionerne dokumenterer og reflekterer over egen praksis, fordi de oplever, at det kan forbedre behandlingsindsatsen. Opbygningen af et selvevalueringskoncept er således en balancegang mellem kvalitets- og selvudvikling i projekterne på den ene side og kontrolelementerne på den anden.

Ideen med selvevaluering gør dog ikke sig selv i praksis. Inden for evalueringslitteraturen taler man om fænomenet 'dekobling'. Når institutioner pålægges at bruge bestemte dokumentationspraksisser af en ekstern instans,

er der fare for, at denne praksis ingen betydning får for den måde, institutionen fungerer på eller udøver service på, dvs. at man ikke bruger data fra dokumentationen aktivt, men blot lader dem leve sit eget liv fx i computeren. Dette kaldes for ”dekobling”, og dette fænomen har vi i nærværende projekt været opmærksomme på. Vi har derfor for det første implementeret selvevalueringsmodellen som del af en større proces (se kapitel 2). For det andet har vi opbygget selvevalueringskonceptet således, at institutionerne kan se fordele ved at bruge de forskellige redskaber aktivt til fx faglig udvikling, bedre behandlingsresultater, mere gennemsigtighed i organisationen, etc. I kapitel 3 vurderer vi, i hvilket omfang og på hvilke måder en institutionel integration af konceptet så faktisk er begyndt at opstå de forskellige steder. Vi kan dog her foreløbigt konkludere, at en sådan integration af dokumentationsresultater og heraf følgende professionalisering af behandlingspraksis er blevet udviklet tilfredsstillende i flere af de deltagende projekter.

Grunden til at udvikle et koncept, som alle motivations- og behandlingsprogrammer bruger, er for at have fælles parametre som alle projekter forholder sig til. Dette giver mulighed for at sammenligne, hvordan de forskellige behandlings- og motivationstilbud er bygget på, hvordan de forløber, og hvilke ændringer der måtte være over tid.

Selvevalueringskonceptet

Selvevalueringskonceptet er udviklet i to forskellige former: en til motivationsprogrammer i arresthuse og en til behandlingsprogrammer i fængsler. Den består af en elektronisk selvevalueringsmodel, fem forskellige dokumentationsværktøjer, samt en manual med tilhørende vejledning. Først gennemgås selvevalueringsmodellen, dernæst de fem dokumentationsværktøjer. Manualen taler for sig selv.

Selvevalueringsmodellen

Selvevalueringsmodellen foreligger både i elektronisk form og som en Wordfil. Den er bygget op omkring seks hovedområder for motivationsprogrammer i fængsler og syv hovedområder for behandlingsprogrammer i fængsler (se tabel 1.1).

Tabel 1.1

Hovedområder for behandlings-programmer i fængsler:	**Hovedområder for motivations-programmer i arresthuse:**
• Målgruppe • Mål for behandling • Indsatser • Metoder • Motivation • Internt samarbejde • Individuel planlægning og koordinering	• Målgruppe • Mål for behandling • Indsatser • Metoder • Motivation • Internt samarbejde

Hvert af de hhv. seks og syv områder i selvevalueringsmodellen skal belyses fra tre forskellige vinkler: de skal *beskrives, godtgøres* (dvs. indsatsen skal dokumenteres) og *reflekteres* over. De tre vinkler – *beskrivelse, godtgørelse, refleksion* – svarer til spørgsmålene: ”hvad vil vi gøre/opnå?” ”Hvad gør vi/opnår vi?” ”Hvad mener vi om det vi gør/opnår i forhold til det, vi gerne vil gøre/opnå?” I den tilhørende manual er der udførligt beskrevet, hvordan hver af de tre vinkler på de syv områder skal behandles.

Overordnet kan siges, at *beskrivelsen* af et område skal indeholde det, som behandlings- eller motivationsprogrammet ønsker at gøre og opnå, dvs. det grundlag som behandlingen er bygget op omkring. Dette findes også ofte beskrevet i de respektive projektbeskrivelser.

Godtgørelsen handler om dokumentation af motivations- eller behandlingsprogrammets forskellige elementer, dvs. systematisk indsamlet, skriftlige data på både klienter og behandlingsprogram (fx indsatser, målgruppe, gennemførelse). Hertil bruges de fem dokumentationsværktøjer, som er en del af selvevalueringskonceptet. Disse er: en korrigeret version af *EuropASI* til hhv. arresthuse og fængsler, *Motivationsskema*, *Klientvurderingsskemaer* til hhv. fængsler og arresthuse, et skema til *Registrering af indsatser*, og endelig et *Udskrivningsskema (*værktøjerne beskrives detaljeret nedenfor). De medfølgende dokumentationsværktøjer er vigtige elementer i forhold til at kunne generere en tilfredsstillende selvevaluering. Netop fordi der i institutionerne ikke før projektstart eksisterede eller systematisk blev anvendt sådanne dokumentationsværktøjer.

Refleksionen over de enkelte områder skal indeholde overvejelser over forholdet mellem beskrivelsen af behandlingen (mål) og dokumentationen af behandlingen (fx gennemførte indsatser, reelle målgruppe, hvad klienterne er udskrevet til, etc.). Refleksionsdelen giver endvidere plads til at diskutere aspekter ved behandlingen, som ikke kan måles og vejes, men som anses som væsentlige. Refleksionsdelen kan således være der, hvor

man beskriver og diskuterer de nuancer, dilemmaer, overvejelser, m.v., der opleves i institutionernes dagligdag, og som er svær at indfange med dokumentationsværktøjerne.

Tabel 1.2 Selvevalueringsmodellens tre grunddele

Beskrivelse	Skriftlig, fokuserede fremstillinger af afgrænsede områder og mål relevante for behandlingen.
Dokumentation	Systematisk, tilbagevendende brug af samme dokumentationsredskaber, der genererer data over de enkelte klienter og gruppen af klienter samt behandlingspraksis.
Refleksion	En sammenholden på generelt plan af dokumentationsresultater og beskrivelser. I forlængelse heraf forslag til eller tanker omkring ændringer eller optimeringer af behandlingsindsatsen. Forholde sig til programmæssige omstændigheder, der ikke er dokumenteret, men som erfaringsmæssig udviser en vis konsistens.

Selv om de forskellige områder i selvevalueringsmodellen er adskilt, hænger flere af dem dog sammen og påvirker hinanden. Valg af målgrupper påvirker fx valg af metoder, indsatser og mål for behandling, og metodevalg og indsatser virker fx gensidigt ind på hinanden. Sådanne indbyrdes korrelerende forhold skal indføres i refleksionsdelene. I det følgende gennemgås kort, hvad der ligger i de forskellige områder.

Målgruppe: de personer, det enkelte program henvender sig til, herunder også hvem det ikke henvender sig til. Dette både beskrives og dokumenteres. Man kan således sammenligne den målgruppe, man *ønsker* at visitere til programmet, og dem, man rent *faktisk* har indskrevet i programmet. I selvevalueringsmodellen beskrives, hvordan man visiterer for at nå den ønskede målgruppe, ligesom man skal redegøre for, hvordan og hvorfor klienter bliver udskrevet af programmet.

Behandlingsmål: henviser til de forandringer, man ønsker at opnå hos klienten. Det kan være kortsigtede og langsigtede mål. Selvevalueringsmodellen forholder sig primært til de kortsigtede mål. De forskellige programmer skal således beskrive de mål, de har med behandlingsindsatsen, hvordan målene eventuelt er differentierede i forhold til de enkelte klienter, samt kriterier for at man har gennemført programmet. Videre skal programmerne dokumentere, hvorvidt de når disse mål eller dele heraf. Programmerne skal også reflektere over, hvorvidt de når deres behandlingsmål, samt i hvilket omfang klienterne oplever behandlingsmålene som relevante.

Indsatser: henviser til de tiltag, der eksisterer i behandlingsprogrammerne. Disse skal beskrives, og den/de ansvarlige behandler/-ere skal påtegnes. Programmerne skal også overveje, hvilke indsatser der er deres kerneindsatser, og de skal give en professional begrundelse for valg af indsatser. Indsatserne dokumenteres ved, at man registrerer, i hvilket omfang de er afholdt som planlagt, hvorefter man kan forholde sig til om gennemførelsesprocenten er tilfredsstillende. Man bør endvidere forholde sig til klienternes vurderinger af de enkelte indsatser.

Metode: henviser til de behandlingsmæssige overvejelser og metoder, der ligger til grund for behandlingen. Hvorfor gør man, som man gør? På stofmisbrugsbehandlingsområdet i Danmark eksisterer et væld af forskellige metoder. Hvorvidt en enkelt metode er bedre end andre, skal selvevalueringsmodellen ikke forholde sig til, men programmerne skal demonstrere, at de har gjort sig professionelle overvejelser over valg af metode, samt at det ansatte personale er uddannede hertil. Og de skal forholde sig til, hvilke tiltag der skal til for eventuelt at opkvalificere personalet.

Motivation: er medtaget som selvstændigt punkt, da det både i behandlingsafsnittene i fængslerne og motivationsprogrammerne er en meget central størrelse. Programmerne skal beskrive, hvordan de definerer og arbejder med motivation. Motivation er en subjektiv dimension, der kan være svær at kvantificere, derfor er det vigtigt at få beskrevet og dokumenteret. Til selvevalueringskonceptet hører et værktøj, der kan beskrive en klients motivation ved programstart. Et opfølgningsskema kan dokumentere om klientens motivation har ændret sig gennem programforløbet.

Internt samarbejde: dette område skal beskrive og dokumentere samarbejdet mellem fængselspersonale og misbrugsbehandlere. Her kan programmerne eksplicitere ansvarsområder og procedurer for håndtering af eventuelle konflikter. Afholdte møder/supervision registreres, og der gøres overvejelse over, hvordan samarbejdet i fremtiden kan vedligeholdes eller forbedres.

Individuel planlægning og motivation: henviser både til de lovpligtige handleplaner, der skal udarbejdes for den enkelte indsatte, og til de behandlingsplaner, som behandlingsprogrammerne udformer. Her beskrives, hvordan handleplaner og behandlingsplaner udføres, og hvordan der samarbejdes mellem behandlere og fængsels-/KiF-ansatte om dette. Det dokumenteres, at man rent faktisk udfærdiger de planlagte handleplaner, og at man inddrager den enkelte klients vurdering heraf.

Til at dokumentere selvevalueringsmodellens seks-syv hovedområder har CRF udarbejdet fem dokumentationsværktøjer, disse beskrives i det følgende.

De fem dokumentationsværktøjer

De fem dokumentationsværktøjer er udviklet såvel på baggrund af vores indledende interviewrunde som hvad der er internationalt anerkendt og accepteret. Ved brug af disse fem værktøjer sikres opbygningen af en systematisk dokumentationspraksis på gruppen af klienter i både behandlingsafsnit og motivationsprogrammer på forskellig vis. I løbet af projektperioden har CRF fra de involverede projekter fået feedback, der har været vigtig i forhold til dokumentationsværktøjernes endelige form. Bl.a. er de dokumentationsværktøjer, der skal anvendes af motivationsprogrammerne i arresthusene blevet væsentligt reduceret, så de bedre harmonerer med de mål og indsatser, der her eksisterer. Endvidere er de sproglige formuleringer i flere af de anvendte skemaer i højere grad blevet tilpasset den virkelighed, hvori de skal bruges. Endelig har CRF i forhold til et af dokumentationsværktøjerne – *Motivationsskemaet* – udviklet et værktøj, der i en ikke ringe grad kan forudsige om afsoneren gennemfører behandlings- eller motivationsforløbet. Hermed kan projekterne arbejde mere systematisk med motivation.

Tabel 1.3 De fem dokumentationsværktøjer

Dokumentationsværktøj	Anvendelse
Korrigeret version af Europ-ASI til hhv. arresthuse og fængsler + opfølgning	Udredning Indsamle klientens basisoplysninger Undersøge målgruppe Effekt af behandling
Motivationsskema	Motivationsmåling af klienter før behandling Undersøge målgruppe
Klientvurderingsskemaer til hhv. fængsler og arresthuse	Klienters vurdering af: Indsatser. Motivation. Handleplan
Skema til registrering af indsatser	Dokumentation af indsatser Dokumentation af klienters deltagelse i indsatser
Udskrivningsskema	Klienters gennemførelsesprocent Grunde til klienters behandlingsstop

Europ-ASI er forkortet i to versioner, således at de passer til brugen i fængsler og arresthuse. Den ene er udviklet til behandlingsafsnit i fængsler.

Her er både indskrivningsskema og opfølgningsskema til brug fx hver tredje måned. Den anden version er noget kortere og udviklet til motivationsprogrammer i arresthuse. Her medfølger ikke opfølgningsskema. Erfaringerne fra projektperioden viste, at det for arresthusene var urealistisk at arbejde med et opfølgningsskema pga. den korte tid, klienterne er indskrevet i motivationsprojekterne, endvidere blev Indskrivnings-ASI tilpasset og forkortet i tråd med den feedback, vi fik fra arresthusene. Europ-ASI skal udfyldes som et interview mellem behandler og klient. Indskrivningsskemaet kan som dokumentationsværktøj bruges til: at strukturere og professionalisere indskrivningssamtaler med klienter; indsamle klientens basisoplysninger herunder alder, misbrugsprofil, og sociale og psykiske problemområder; få overblik over gruppen af klienter i behandling og hermed undersøge om man når den søgte målgruppe. Med opfølgningsskemaet kan man måle effekten af behandlingen (fysiske, psykiske og sociale ændringer hos klienten).

Motivationsskemaet består af et skema, der er ens for både arresthuse og fængsler. Det er inspireret af 'TCU Correctional Residental Form'. Motivationsskemaet er et værktøj, der kan forudsige klienters gennemførelse af program, og hermed samtidig undersøge, om man når den søgte målgruppe. Hermed kan man mere målrettet arbejde med de klienter, der scorer lavt i skemaet. For yderligere detaljer om Motivationsskemaet se Appendix 1.

Klientvurderingsskemaet er udarbejdet af CRF og består af en version til behandlingsafsnit i fængsler og en til motivationsprogrammer i arresthuse. Skemaerne skal bruges til at danne sig et indtryk af klienternes generelle vurdering af behandlingen samt deres vurderinger af udvalgte områder af behandlingsprogrammet, typisk vil det være programmets kerneydelser. Bruges skemaet kontinuerligt kan det også måle forandringer i klienters indstillinger. Skemaerne kan opgøre: klienters vurdering af indsatser; klienters vurdering af egen og andre indsattes motivation; klienters vurdering af handleplaner.

Registrering af indsatser bruges til at dokumentere, i hvilken grad planlagte behandlingsindsatser gennemføres, og hvor mange klienter der deltager i indsatsen. Endvidere opgøres grunde til aflysning af de enkelte indsatser. Man kan således dokumentere overfor en tredjepart, at man gennemfører de ydelser, man tilbyder, og internt kan man forholde sig til, hvilke grunde der er til aflysninger, fx sygdom, ferie og møder.

Udskrivningsskemaet bruges til at registrere antallet af klienter, der fuldfører det enkelte behandlingsprogram (som ovenfor nævnt angiver programmerne i selvevalueringsmodellen kriterierne for, hvornår en klient har gennemført programmet). Skemaet bruges også til, at det enkelte program samt Kriminalforsorgen kan danne sig et statistisk overblik over, hvor det enkelte programs klienter er viderevisiteret til. Slutteligt kan det danne et overblik over grunde til behandlingsstop før fuldført program.

I manualen, der følger med selvevalueringsmodellen, er de fem dokumentationsværktøjer beskrevet, og der er anvisninger til, hvordan de konkret implementeres.

Kapitel 2: Projektforløb – aktiviteter og erfaringer

Dette kapitel er opdelt i to afsnit. Det første beskriver projektforløbet set fra CRFs perspektiv inklusive beskrivelse af de aktiviteter, som CRF har sat i gang i forbindelse med dette forsøgsprojekt. Det andet afsnit fokuserer på projekternes perspektiver på projektforløbet og deres erfaringer gennem forløbet. Projekternes perspektiver er primært fokuseret på den fase, hvor selvevalueringskonceptet implementeres i projekterne (dvs. fra december 2005 – juli 2006).

Projektforløbet – CRFs aktiviteter og erfaringer

Projektforløbet kan opdeles i fire faser: en indledende første fase, hvor data om projekterne indhentes til brug for udvikling af selvevalueringskonceptet (maj – juli 2005); en anden fase, hvor selvevalueringskonceptet udvikles – både model og tilhørende værktøjer (august – november 2005); en tredje fase, hvor CRF er ude hos alle projekter og præsentere selvevalueringskonceptet (november – december 2005); og en fjerde fase, hvor selvevalueringskonceptet implementeres i de respektive projekter (december 2005 – juli 2006). Se tabel 2.1.

I den indledende første fase besøgte vi projekterne to gange. Første gang introducerede CRF baggrunden for forsøgsprojektet, samt hvad formålet med projektet var. Samtidig fik CRF en kort introduktion til det enkelte behandlings- eller motivationsprogram, herunder eventuelle projektbeskrivelser. Det næste besøg blev kombineret med interview. I behandlingsafsnittene i fængslerne interviewede vi behandlingsleder, afdelingsleder og socialrådgiver. I arresthusene interviewede vi én eller flere behandlere, en fængselspersonale (fx overvagtmester) og en socialrådgiver. Vores besøg i projekterne og interview med ansatte har været en del af grundlaget for at udvikle et selvevalueringskoncept, der kunne vinde genklang i de involverede projekter – herunder udvikling af dokumentationsværktøjer, der ville være nyttige for projekterne. Derudover blev den indledende fase brugt til at danne et indtryk af, hvordan projekterne fungerede, og hvordan deres evalueringskapacitet var. Denne indledende fase var væsentlig i forhold til at skabe kontakt med projekterne, informere om forsøgsprojektet og indhente viden om projekternes hverdag, når selvevalueringskonceptet skulle udvikles.

I den anden fase udvikledes selvevalueringskonceptet (for en grundig gennemgang af selve konceptet se kapitel 1). De syv områder i modellen (målgruppe, behandlingsmål, indsatser, metoder, motivation, individuel plan-

lægning og koordinering, samt internt samarbejde) tog form og fik indhold ud fra de erfaringer, projekterne videregav til os gennem interview. De syv områder harmonerer også med, hvad en kommende akkreditering vil forlange, at projekterne kan dokumentere og være eksplicitte omkring. I manualen til selvevalueringskonceptet beskrives, hvordan disse syv områder skal gribes an, og hvilke aspekter af disse områder der kan/skal beskrives, dokumenteres og reflekteres omkring i selvevalueringen.

Ud fra de data, vi fik fra arresthusene, blev det klart, at området, der hedder "Individuel planlægning og koordinering", ikke var relevant, idet indsatte ikke får lavet en handleplan, før dom er afsagt, hvilket ofte fører til overførsel til fængsel eller anden institution (fx § 78) og dermed udskrivning fra arresthuset.[1] Derfor består konceptet til arresthusene af seks, og ikke syv, områder der skal selvevalueres på.

Det første udkast til selvevalueringskoncept blev i denne fase sendt ud til høring hos både projekterne og Kriminalforsorgen. Det var vigtigt at få en tilbagemelding fra de involverede parter på konceptet for at få mulighed for at rette og revidere i konceptet, før det skulle afprøves i praksis. Indkomne kommentarer fra både projekter og Kriminalforsorgen blev i videst mulig omfang indarbejdet i selvevalueringskonceptet. Den anden fase afsluttes med afleveringen af delrapport (se Asmussen, Kolind & Nielsen 2005).

Tredje fase startede med, at alle projekter fik tilsendt en kopi af selvevalueringskonceptet. Dette bestod af: elektronisk selvevalueringsmodel, fem forskellige dokumentationsværktøjer med tilhørende databaseprogrammer til opbevaring af data, og en manual med retningslinier for, hvordan model og værktøjer fungerer. Dernæst var CRF igen ude hos alle projekter, både dem, der havde været med fra starten, samt de nytilkomne, for at præsentere selvevalueringskonceptet. CRF præsenterede både opbygningen af selvevalueringsmodellen, og hvordan værktøjerne fungerer, og hvad de kan dokumentere. Alle steder deltog både repræsentanter for behandlere, for fængselsfunktionærer og for ledelse. CRF informerede ligeledes om, hvordan selve forsøgsperioden med implementering af selvevalueringskonceptet ville forløbe fra december 2005 – juli 2006, ligesom CRF understregede, at projekterne skulle nedsætte evalueringsteams og beslutte hvem, der skulle forestå dokumentationen, dvs. hvem der skulle sørge for, at de fem forskellige værktøjer, der er en del af konceptet, blev brugt.

I delrapporten fra 2005 har vi beskrevet, hvordan evalueringslitteraturen definerer evalueringskapacitet, og at denne kapacitet må være til stede i en

[1] Socialrådgiverne i KiF kan have meget at lave for indsatte i arresthuse, men ofte handler dette arbejde om at håndtere den indsattes ændrede boligsituation, økonomi, etc.

organisation for, at selvevalueringer kan finde sted (Asmussen, Kolind & Nielsen 2005:8-18). Dette indebærer bl.a., at man har både adgang og kendskab til teknologi, i dette tilfælde computere og forskellige computerprogrammer til lagring af data. For at hjælpe projekterne i gang med at bruge de dokumentationsværktøjer, der er udviklet til selvevalueringskonceptet, afholdt CRF en såkaldt "Superbrugerdag" i starten af december 2005. Her kunne projekterne sende repræsentanter, der kunne blive "superbrugere" af værktøjerne og lære brugen videre til kollegaer hjemme i projekterne. På dagen introducerede CRF først de forskellige dokumentationsværktøjer, samt hvad de kan dokumentere, resten af dagen blev fortrinsvis brugt på at lære at indføre data fra dokumentationsværktøjer i de tilhørende computerprogrammer. Alle projekter, på nær ét, sendte mellem en og fire repræsentanter til dette arrangement.

Den fjerde fase var selve implementeringen af selvevalueringskonceptet i projekterne. Behandlingsprogrammerne startede umiddelbart efter "Superbrugerdagen" med at bruge værktøjerne på nyindskrevne klienter i projekterne. Arresthusene startede, så snart et nyt forløb på otte uger gik i gang. Perioden for dokumentation til brug i selvevalueringen gik fra projekterne gik i gang med at dokumentere (december 2005/januar 2006) til d. 31. maj 2006. Det blev således til ca. fem-seks måneder for projekterne. CRF bistod i denne periode med hjælp pr. telefon eller mail, hvis projekterne fik problemer med brugen af værktøjerne og tilhørende databaseprogrammer. Alle projekterne benyttede sig af denne hjælp i større eller mindre grad.

I april – maj 2006 var CRF rundt hos alle deltagende projekter og interviewe en eller flere behandlere om, hvordan implementeringen forløb hos dem. Afsnittet nedenfor om projekternes erfaringer med projektforløbet er primært baseret på disse interview.

For at få selvevalueringer til at køre i organisationer er det vigtigt, at der er ledelsesmæssig opbakning. Ledelsesmæssig opbakning vil sige at gå aktivt ind i evalueringsprocessen. En af CRFs anbefalingerne til, hvordan dette kan gøres er, at institutionernes nedsætter et evalueringsteam. Dette evalueringsteam har ansvaret for, at selvevalueringen gennemføres. Det er vigtigt, at teamet består af personer, der repræsenterer de forskellige grupper, der er involveret i selvevalueringen i organisationen (fx behandlere, fængselsfunktionærer, ledere fra både fængselsvæsen og behandlingsinstitution, KiF-medarbejdere, etc.). CRFs selvevalueringsmodel er baseret på, at det er selvevalueringsteamet, der har ansvaret for, at dokumentation foregår, og at selvevalueringsrapporten udarbejdes. Det er ikke et ansvar, som fx kun kan ligge på én eller flere behandlers skuldre. Derfor afholdt CRF d. 2. maj 2006 en temadag om, hvordan selvevalueringsmodellen kunne/skulle ud

fyldes, og til denne temadag var repræsentanter fra de respektive evalueringsteam inviteret. Flere evalueringsteam havde før dagen arbejdet med at udfylde en del af selvevalueringsmodellen og sendt det udarbejdede til CRF. Dette materiale blev på dagen brugt som eksempler på, hvordan man kan arbejde med selvevalueringsmodellen, og forcer og udfordringer blev diskuteret. Målet med denne temadag var at få vendt og diskuteret, hvordan man kan arbejde med de data, som dokumentationsværktøjerne har givet projekterne. Målet var at lære, hvordan man kan præsentere resultater og reflektere over dem, således at evalueringsteamene bliver i stand til at se på deres eget projekt på afstand – ikke gennem eksemplets magt, men gennem det overordnede billede, som data fra værktøjerne giver dem.

Denne fjerde og sidste fase afsluttedes med rapportskrivning i juni 2006. Også her kunne projekterne hente hjælp (pr. telefon eller mail) hos CRF. De fleste projekter kontaktede CRF i denne periode for gode råd. Alle projekter afleverede den afsluttende selvevalueringsrapport til Kriminalforsorgen d. 1. juli 2006. Indholdet i rapporterne diskuteres i kapitel 3.

Tabel 2.1 CRFs arbejde med at udvikle selvevalueringskoncept for Direktoratet for Kriminalforsorgen

FASE 1 Maj 2005 – Juni 2005	FASE 2 Juni 2005 – September 2005	FASE 3 September 2005 – December 2005	FASE 4 December 2005 – September 2006
TID →			
Besøgs- samt interviewrunde for at afdække programmernes evalueringskapacitet. Præsenterer CRF for programmerne samt informerer om projektet.	Udarbejder Selvevalueringsmodel med tilhørende dokumentationsværktøjer og manual. Model samt værktøjer udsendes til programmerne samt Kriminalforsorgen og relevante kommentarer integreres. Skrivning af første delrapport.	Introducerer individuelt de enkelte programmer til Selvevalueringsmodellen samt dokumentationsværktøjer. Afholder Superbrugerdag på CRF for at sikre, at alle relevante aktører forstår samt konkret kan anvende de fem dokumentationsværktøjer.	Implementerer dokumentationspraksis i projekter. Afholder Temadag for Evalueringsteam på CRF. Projekter afleverer Selvevalueringsmodel til Kriminalforsorgen. CRF afleverer Selvevalueringskoncept med dokumentationsværktøjer samt rapport over selvevalueringsforløbet til Kriminalforsorgen

Rationalet bag projektets forløb

I delrapporten diskuterede vi, på baggrund af selvevalueringslitteratur, de generelle rammer og forudsætninger, der skal være til stede for at lave en selvevaluering. Vi beskrev seks forhold, der skal være til stede i en organisation, for at en selvevaluering er mulig. Disse er:

- Dokumentationspraksis
- Teknologi
- Adgang til relevante data
- Evalueringsteam
- Evalueringskompetence
- Tid

CRFs opbygning af projektforløbet har forsøgt at facilitere, at disse forudsætninger kunne udvikles i projekterne. Ingen af de deltagende projekter havde før projektstart en systematisk dokumentationspraksis, der kunne frembringe data om gruppen af klienter i deres projekt. Et par projekter brugte dog standardiserede værktøjer som fx ASI som redskab i visitationssamtaler, men data forblev til brug på klientniveau og blev ikke samlet og genereret til viden om gruppen af klienter i projektet. Det har således været vigtigt at få projekterne i gang med ikke blot at dokumentere, men også at samle disse data, således at de kan sige noget om gruppen af klienter, ikke blot den enkelte klient. Det har været vigtigt, at projekterne ikke gik i stå pga. mangel på teknologisk kompetence, og derfor tilbød vi både en "Superbrugerdag" og løbende supervision pr. telefon eller mail, hvis barrierer eller problemer opstod for projekterne.

Ligeledes har det været vigtigt at få projekterne indstillet på, at implementering af selvevaluering kræver ledelsesmæssig opbakning. Det er tidskrævende at iværksætte nye praktikker i en organisation som fx indførelsen af dokumentationsværktøjer. Det må ikke blive den enkelte medarbejders problem at få tid, rum og udviklet kompetencer til at kunne dette. Det er et ledelsesmæssigt ansvar. Etablering af evalueringsteam er en måde at sikre, at selvevalueringen ikke kom til at hænge på én eller to behandlere/medarbejdere. Dette kræver så, at teamet fungerer i praksis og rent faktisk tager ansvaret på sig. Derfor tilbød vi Temadagen for Evalueringsteam for at få understreget teamets funktion og ansvar. Temadagen var ligeledes en introduktion til, hvordan man kan udarbejde selvevalueringen og dermed få selvevalueringsrapporten færdiggjort, eftersom dette er evalueringsteamets arbejde og ansvar.

Projektforløbet har således været en periode, hvor nye praktikker skulle indarbejdes i projekterne, og en periode hvor nye tankegange skulle introduceres og få rodfæste i organisationerne. Det er en ændringsproces at tænke udvikling af programmerne, ikke udelukkende ud fra eksempler og erfaringer, men også ud fra skriftligt materiale, hvor den enkelte klient ikke har ansigt, men er blevet en del af et statistisk materiale. Det er ikke altid at det, der har gjort mest indtryk på én, og som derfor fylder mest i ens egen erfaring, også er det, som det statistiske materiale viser. Derfor er selve implementeringen af selvevalueringskonceptet også en udviklingsproces i sig selv, der (kan) medføre(r) nye perspektiver på behandlings- eller motivationsprogrammet.

Projektforløbet – projekternes perspektiver og erfaringer

I det følgende beskrives projekternes vigtigste perspektiver på og erfaringer med implementering af selvevalueringskonceptet. Projekternes erfaringer og perspektiver på forløbet opdeles i hhv. dokumentationspraksis og rapportskrivning.

Den første del af implementeringsfasen blev brugt på, at projekterne skulle lære de fem dokumentationsværktøjer at kende og bruge dem i praksis. De fleste projekter havde ikke før projektperioden erfaring med brug af dokumentationsværktøjer. Det at skabe en systematisk dokumentationspraksis, der både giver viden omkring gruppen af indskrevne klienter og viden omkring de forskellige behandlingsmæssige indsatser, disse klienter tilbydes, er således nyt for stort set alle projekter (jf. indledningen ovenfor). Det skal derfor understreges, at alle projekter har været igennem en væsentlig forandringsproces, hvor de har skullet tage værktøjerne til sig, bruge dem, reflektere over resultaterne og genintegrere disse i deres behandlingspraksis. Dette bør ses som en igangværende læringsproces, der som udgangspunkt har været, og stadig er, ressource- og tidskrævende. De erfaringer, der fremlægges her, er baseret på kvalitative interviews foretaget af CRF i foråret 2006 med samtlige projekter samt løbende dialog i hele indføringsfasen. Her fokuseres på:

- Hvordan har projekterne konkret implementeret dokumentationsværktøjerne?
- Hvilke erfaringer har projekterne med dokumentationsværktøjerne?
- Hvad var deres holdning til dokumentation før projektstart?
- Hvordan har indføringsprocesserne været udspændt mellem modstand og ejerskab?

Den anden del af implementeringsfasen var udarbejdelse af selvevalueringsrapporter, der ifølge CRFs anbefalinger var de enkelte selvevalueringsteams ansvarsområder. Vores beskrivelse heraf er baseret på den løbende kontakt, vi har haft med projekterne, samt interview med behandlere. Her fokuseres på:

- Hvordan er evalueringsteamet sat sammen?
- Hvilken rolle har det spillet i projektperioden?
- Hvilken rolle har evalueringsteamet spillet i udarbejdelsen af selvevalueringsrapporten?

I det følgende opdeles erfaringerne fra hhv. motivationsprogrammer og behandlingsprogrammer i to underafsnit.

Motivationsprogrammer

Motivationsprojekterne ligner hinanden i opbygning og i behandlingstilbud. To af projekterne var nystartede i efteråret/vinteren 2005, mens de fire andre havde op til flere års erfaring med motivationsarbejde før, dette projektforløb startede. Kun tre af motivationsprojekterne deltog i dette projektforløb fra start, mens tre andre efter eget ønske og med Direktoratet for Kriminalforsorgens accept kom med i efteråret/vinteren 2005.

Dokumentationspraksis før forsøgsperioden

Fire af de seks motivationsprogrammer har haft en sporadisk eller ingen dokumentationspraksis, før dette projektforløb, kendetegnet ved statusdokumenter på klienterne og enkelte BASK registreringer. Sidstnævnte er dog foretaget af KiFs socialrådgivere, hvorimod førstnævnte har været behandlernes registreringer af klienterne. De resterende to projekter har haft en systematisk visitationssamtale, hvor ASI-skemaet har været udgangspunkt for at udarbejde en social anamnese på klienterne i forhold til f.eks. misbrugshistorie og socialt netværk.

Ingen af projekterne har således indsamlet systematisk skriftlig viden udover klientniveau, og ingen har systematisk dokumenteret deres indsatser i relation til f.eks. målgruppeprofil eller mål med arbejdet. Den viden, der eksisterede i programmerne, var primært viden om den enkelte klient, en viden, der var kendetegnet ved hovedsagligt at være mundtlig formidlet. Der har således ikke været en systematisk dokumentationspraksis, der kunne sige noget om gruppen af klienter indskrevet i programmet eller om behandlingsindsatserne mere bredt. Den type viden, som CRFs selvevalueringskoncept i højere grad forsøger at igangsætte, er en skriftliggjort viden

om gruppen af programdeltagere og viden om programmets indsatser som helhed.

Dokumentationspraksis i forsøgsperioden

I alle seks motivationsprogrammer har man fra start forsøgt at implementere alle fem dokumentationsværktøjer fra CRFs selvevalueringskoncept. I tabel 2.2 kan man se, hvordan motivationsprogrammerne har valgt at bruge tre af de medfølgende dokumentationsværktøjer (ASI, motivationsskema og klientvurderingsskema).

Tabel 2.2 Brug af dokumentationsværktøjer - motivationsprogrammer

Projekter i antal/ værktøjer	Klientniveau	Gruppeniveau	Udført som behandlerinterview
ASI	5	0	5
Motivationsskema	3	5	3
Klientvurderings-skema	3	3	0

Af ovenstående tabel fremgår det, at de tre skemaer, der udfyldes i samarbejde med klienterne, er blevet implementeret i praksis. I fem af de seks projekter har behandlerne anvendt ASI som et interviewskema i begyndelsen af et klientforløb, dette er som anbefalet fra CRFs side foregået på klientniveau. Et projekt har forsøgt sig med at bede de indsatte om selv at udfylde ASI. Denne måde at bruge ASI på er ikke hensigtsmæssig. ASI er udviklet som et interviewværktøj, og valide data etableres kun, når det udfyldes under en samtale mellem behandler og klient. Værktøjet er således ikke brugt som et dokumentationsværktøj, hvorfor den samlede sum i feltet ASI bliver 5.

Motivationsskemaet blev i tre projekter i starten gennemført som interview på klientniveau. Dette blev oplevet som meget tidskrævende, og derfor begyndte projekterne at få klienter til at udfylde disse på gruppeniveau (deraf tallene tre og fem i ovenstående tabel 2.2). Behandlerne bistod med hjælp om nødvendigt.

Klientvurderingsskemaer blev både udfyldt på gruppeniveau og på klientniveau, sidstnævnte via udlevering af skemaet. Personalet (enten arrest-, KiF- eller behandlerpersonale) bistod med hjælp om nødvendigt til udfyldelse og forståelse af spørgsmålene. Klientvurderingsskemaet er dog qua dets anonymitet blevet mangelfuldt returneret i to af projekterne.

I tabel 2.3 kan man se, hvordan motivationsprogrammerne organisatorisk har fordelt opgaverne.

Tabel 2.3 Organisatorisk implementering og ansvarsfordeling - motivationsprogrammer

Ansvarlig/ Værktøj	Behandler	Socialråd. KiF	Fængselsfunk.	Sekretær beh. institution	KiF sekretær
ASI	4	2	0	0	0
Motivation	4	2	0	0	0
Klientvurdering	3	1	2	0	0
Indsatser	4	0	0	1	0
Udskrivning	3	1	0	1	1

Heraf fremgår, hvilket personale der har været ansvarlige for implementeringen af dokumentationsværktøjerne. Tre af projekterne har været meget systematiske i implementeringsfasen. Dvs. de har holdt jævnlige møder, hvor det er blevet besluttet, hvordan processen skulle gribes an, og hvem der skulle stå for hvad. I disse projekter har man udpeget en tovholder, der har haft et løbende overblik over, hvilke klienter der er indskrevet, og hvornår det har været tid til henholdsvis indskrivnings- og opfølgningsskemaer.

Som tabel 2.3 viser, har hovedparten af projekterne overdraget ansvaret for dokumentation til behandlerne, eller behandlerne har efter eget ønske været tovholdere på værktøjerne. Dette gør sig gældende for henholdsvis fire projekter vedr. ASI, Motivationsskema og Registrering af Indsatser, og tre projekter vedr. Klientvurderingsskema og Udskrivningsskema. I to projekter har man inddraget socialrådgiveren fra KiF i forbindelse med ASI og Motivationsskema, idet dette er foregået i forbindelse med visitationssamtalen, hvilket ud fra projekternes perspektiver har været mest hensigtsmæssigt. Denne medarbejder har endvidere varetaget Klientvurderingsskemaet (for at sikre anonymitet i forhold til behandlerne) og Udskrivningsskemaet i ét projekt. I to projekter har fængselsfunktionærer forestået arbejdet med Klientvurderingsskemaet. I ét projekt har man henholdsvis involveret sekretæren fra behandlingsinstitutionen eller sekretæren fra KiF i forbindelse med Registrering af Indsatser og Udskrivningsskema.

Af tabel 2.4 fremgår det, at projekterne har haft forskellige muligheder for at fordele indtastningsarbejdet.

Tabel 2.4 Indtastning af data - motivationsprogrammer

Ansvarlig/ Værktøj	Behand-ler	Socialråd. KiF	Fængsels-funk.	Beh. sekretær/ Beh. institution	KiF sekretær
ASI	4	0	0	2	0
Motivation	4	0	0	2	0
Klientvurdering	4	0	0	2	0
Indsatser	4	0	0	2	0
Udskrivning	4	0	0	2	0

I fire ud af seks projekter indtaster behandlerne selv data fra skemaerne i de elektroniske databaseprogrammer. I ét projekt har behandlerne taget et kursus i Excel, således de opnåede en god mestring af indtastningsarbejdet – dette efter devisen "*det er simpelthen uoverskueligt, hvis vi ikke selv kan gøre dette tilfredsstillende*". I et andet projekt har personalet sat sig grundigt ind i Excel ud fra devisen *"øvelse gør mester*" og – når det kneb – har de trukket på intern ekspertise. I de resterende to projekter, hvor behandlerne også har varetaget indtastningsarbejdet, har vedkommende i høj grad stået alene med dette arbejde og har oplevet mangel på tid, mangel på computerekspertise og manglende mulighed for at trække på intern ekspertise. To projekter har overdraget ansvaret for indtastning til den computerkyndige sekretær i behandlingsinstitutionen.

Mellem modstand og ejerskab

Det har som sagt været en proces for alle motivationsprogrammer at indføre dokumentationsværktøjer. Et citat kan illustrere, hvorledes man i et motivationsprogram har fået overblik over de nye dokumentationsværktøjer:

> Vi brugte en dags tid. Vi havde det begge to bedst med en form for orden, så vi har systematiseret skemaerne med nummer og navn. Så lavede vi et afkrydsningsskema, så vi hele tiden kan følge de forskellige klienter, og om der er lavet indskrivning, hvornår der skal laves opfølgning, og om der er tastet ind. Uoverskueligheden lige inden vi gik i gang, den var stor, men så blev vi enige om, nej fandme nej, det er vores projekt ikke. Det er os, der er entreprenører.

Dette citat kendetegner tre af projekterne. Af nedenstående fremgår det, at der er såvel strukturelle som personlige årsager til, at tre af projekterne har taget konceptet til sig.

Efter CRFs introduktion af selvevalueringskonceptet i efteråret 2005 gennemgik de tre projekter en proces, hvor begyndelsen syntes uoverskuelig, hvor de var lettere modstandere af den øgede arbejdsbyrde og bange for, at det ville medføre, som en behandler udtrykte det: "*at tiden ville blive flyttet fra klienterne til administration*". Dette ændrede sig til, at projekterne tog værktøjerne til sig og begyndte at bruge dem aktivt i behandlingen. Disse tre projekter har implementeret dokumentationsværktøjerne igennem etableringen af nogle nye rutiner og systemer. De har haft en god dialog med ledelsesniveauet i både arrester og behandlingsinstitutioner, og der har været opbakning fra ledelsen til at se evalueringen som en mulighed for kvalitetsforbedring og en øget indsigt i felter som fx målgruppe og motivationsindsatser. Samlende for disse tre projekter kan konstateres:

- At de har *taget ejerskab* over selvevalueringskonceptet. At de har opfattet det som en mulighed for kvalitetsudvikling, hvorfor de har været motiverede for at bruge dokumentationsværktøjerne.

- Der har været *ledelsesmæssig* opbakning til selvevalueringskonceptet. Der har været jævnlige møder og diskussionsfora (fx følgegruppe eller driftsgruppe), og et velfungerende evalueringsteam har været nedsat.

- De har formået at *integrere flere* medarbejdere i arbejdet, herunder ressourcemæssigt prioriteret arbejdet højt.

De tre resterende motivationsprogrammer har ligeledes et gennemgående mønster. De blev inddraget i projektforløbet på et væsentligt senere tidspunkt end de tre forgående projekter. To af projekterne var helt nystartede, da selvevalueringskonceptet skulle implementeres. I begyndelsen af forløbet oplevede behandlerne i disse projekter implementeringen af selvevalueringskonceptet som en top-down styret proces, der var udenfor deres indflydelse og rækkevidde. Disse tre projekter gav ligesom de tre foregående udtryk for en behandlingsmæssig modstand, der var baseret på en frygt for at "*tiden ville gå fra klienten til administration*". Men modsat de tre foregående har disse tre projekter også været kendetegnet ved en manglende ledelsesmæssig opbakning fra behandlingsinstitutionens side. De vigtigste kendetegn for disse tre projekter i forbindelse med implementeringen af selvevalueringskonceptet har været:

- Manglende samarbejde mellem behandlere og ledelse (fx manglende dialog, manglende information, nedsættelsen af evalueringsteam sker på et meget sent tidspunkt i forløbet, og manglende opbakning fra ledelse i forhold til implementering af dokumentationsværktøjer).

- For meget hviler på en enkelt behandler (opgaverne er ikke fordelt på flere personer).

Udarbejdelse af selvevalueringsrapport

På papiret ligner alle seks motivationsprojekter hinanden, hvad angår evalueringsteam. I alle tilfælde har projekterne involveret en eller flere behandler(e), en eller flere KiF-medarbejdere og en leder fra behandlingsinstitutionen. I nogle tilfælde har man derudover inddraget en mellemleder fra arresten og en sekretær fra behandlingsinstitutionen. I denne forstand har projekterne formelt set fulgt anbefalingerne fra CRF. I praksis er der dog væsentlige forskelle. Igen fordeler motivationsprogrammerne sig i to blokke af tre projekter.

I tre af motivationsprojekterne har de etablerede evalueringsteam bidraget til, at selvevalueringskonceptet er blevet implementeret. De forskellige personalegrupper har fra begyndelsen af projektperioden arbejdet sammen på tværs af faggrænser, hvilket har skabt grobund for en tilfredsstillende dokumentationspraksis. Denne proces har været understøttet af løbende dialog, diskussion og ansvarsfordeling. Mht. udarbejdelsen af selvevalueringsrapporten har disse tre projekter fordelt ansvarsområder for forskellige dele af selvevalueringen (det være sig målgruppe, metoder, samarbejde) for siden at diskutere og samskrive det til én rapport in plenum.

Hvad angår de tre resterende motivationsprojekter, har vi fra CRFs side kun fyldestgørende materiale til at vurdere to af disse, idet kommunikationen med det tredje har været mangelfuld under hele forløbet. I disse to tilfælde har begrebet selvevalueringsteam i høj grad været et begreb frem for en praksis. I begge tilfælde er det gældende, at der ikke har været etableret et velfungerende evalueringsteam til at støtte op omkring dokumentation, beskrivelse og refleksion. Selve udarbejdelsen af selvevalueringsrapporten kom i forlængelse heraf til at hvile på behandlernes skuldre alene, hvorfor arbejdet med selvevalueringskonceptet som helhed har været oplevet som en stor tids- og ressourcemæssig byrde for behandlerne.

Behandlingsprogrammer

De fire deltagende behandlingsprogrammer ligner hinanden mht. levetid, at der er tale om en importmodel, og at der er involveret forskellige personalegrupper i programmerne (behandlingspersonale, socialrådgivere, behand-

lingskonsulenter, fængselsfunktionærer). Det ene program skiller sig dog ud ved at være et efterbehandlingsprogram, dvs. det henvender sig kun til misbrugere, der tidligere har fuldført et behandlingsprogram. I nedenstående afsnit skelnes der ikke mellem behandlingsprogrammerne og efterbehandlingsprogrammet. Alle fire programmer har været involveret i projektforløbet fra begyndelsen, dvs. de har alle været inddraget i de faser, der er beskrevet ovenfor.

Dokumentationspraksis før forsøgsperioden

Mht. tidligere dokumentationspraksis ligner behandlingsprogrammerne motivationsprogrammerne. Tre ud af fire har haft sporadisk eller ingen dokumentation før dette projektforløb. Den dokumentation, der eksisterede, var i høj grad dokumentation på den enkelte klient, dvs. der har været ført statusjournaler i relation til f.eks. indholdet i individuelle samtaler. BASK har også været implementeret, men dette har hvilet på den KiF ansatte socialrådgiver og dermed ikke på behandlingsinstitutionen. Ét projekt har tidligere arbejdet med ASI i forhold til udredning af klienterne, men de data, der blev produceret, gik ikke tilbage til behandlerne i systematiseret form (data blev fx ikke tastet ind i et computerbaseret program). Ingen af behandlingsprogrammerne haft derfor haft en systematisk skriftlig viden om gruppen af klienter eller dokumenteret programmets indsatser i forhold til klienternes problemfelter.

Dokumentationspraksis i forsøgsperioden

I de fire behandlingsprogrammer har man forsøgt at implementere alle fem dokumentationsværktøjer fra CRFs selvevalueringskoncept. I tabel 2.5 kan man se, hvordan behandlingsprogrammerne har valgt at bruge tre af de medfølgende dokumentationsværktøjer (ASI, Motivationsskema og Klientvurderingsskema).

Tabel 2.5 Brug af dokumentationsværktøjer - behandlingsprogrammer

Projekter i antal/ Værktøjer	Klientniveau	Gruppeniveau	Udført som behandlerinterview
ASI (indskriv. + opfølg.)	4	0	3 + (1)
Motivationsskema	2	2	2
Klientvurdering	2	2	0

Tre ud af fire projekter har anvendt ASI som et interviewskema fra behandlers side i henholdsvis begyndelsen af et klientforløb og som opfølgning tre-fire måneder inde i behandlingsforløbene. Det sidste projekt (+1) har

ligeledes anvendt ASI som interviewskema på klientniveau, men ikke som et decideret behandlerinterview. Dette arbejde har været uddelegeret til de fængselsfunktionærer, der er kontaktpersoner for klienterne. Den tilvejebragte viden er i dette tilfælde kommet behandlerne i hænde i systematiseret form.

Motivationsskemaet (indskrivning og opfølgning) er foregået som interviewskema på klientniveau og på gruppeniveau. CRF har ikke anbefalet det ene frem for det andet, men har understreget nødvendigheden af, at der blev ydet hjælp og forklaringer til spørgsmålene. Denne anbefaling har alle programmer efterkommet.

Klientvurderingsskemaet er både anvendt på klient- og gruppeniveau (henholdsvis i cellen og i åbne fora som undervisning, morgenmøde, eller lignende). I begge tilfælde har fængselspersonale eller socialrådgivere fra KiF bistået med forklaringer og hjælp til forståelse af skemaerne. Behandlere har hermed ikke overværet udfyldelsen af skemaerne.

I tabel 2.6 kan man se, hvordan behandlingsprogrammerne har fordelt opgaverne organisatorisk. Heraf fremgår, hvilket personale der har været inddraget i og ansvarlige for implementeringen af dokumentationsværktøjerne (inklusive Registrering af indsatser og Udskrivningsskema).

Tabel 2.6 Organisatorisk implementering og ansvarsfordeling – behandlingsprogrammer

Ansvarlig/ Værktøj	Behandler	Socialråd. KiF	Fængselsfunk.	Beh. sekretær/ Beh. institution	KiF sekretær
ASI	2	1	1	0	0
Motivation	3	0	1	0	0
Klientvurdering	1	0	3	0	0
Indsatser	2	0	1	0	0
Udskrivning	2	1	1	0	0

Tre af programmerne har været systematiske i implementeringsfasen. Dvs. de har holdt jævnlige møder behandlere og andet personale imellem, hvor det er blevet besluttet, hvordan processen skulle gribes an, og hvem der stod for hvad. De har haft en fælles organisering af implementeringen af dokumentationsværktøjer, hvor der ligeledes i samarbejde er blevet udpeget tovholdere for de forskellige værktøjer. Tre af programmerne har overdraget hovedansvaret for dokumentationen til én eller flere behandlere, hvor behandlere i to af disse selv har ønsket at blive tovholdere. Et projekt har

organiseret sig således, at det er den daglige afdelingsleder (fængselsfunktionær), der har været tovholder og overordnet ansvarlig for at gennemføre dokumentationspraksis. Dvs. vedkommende har systematiseret tidspunkter og uddelegering i forhold til de forskellige skemaer og i relation til tidsplan for de enkelte klienter. Det praktiske dokumentationsarbejde (udfyldelse af skemaer) har været uddelegeret til fængselsfunktionærer, der via deres kontaktpersonsordning til klienterne har varetaget ASI, Motivationsskema og Klientvurderingsskemaet. Tre af programmerne har således sørget for, at én eller flere havde ansvaret for at have et overblik over, hvornår der kom nye klienter, og hvornår der henholdsvis skulle foretages indskrivninger og opfølgninger på klienter.

Det sidste projekt har haft en mindre systematisk indførelse af dokumentationspraksis, men de har formået at varetage størstedelen af den ønskede dokumentation. I dette tilfælde har det primært været behandlere, der har forestået selve dokumentationsarbejdet.

Som det fremgår af tabel 2.6 er ASI blevet udfyldt af både behandlere, socialrådgivere og fængselsfunktionærer. Når andre end behandlere udfylder ASI med klienterne, stiller det store krav til organisationen, hvis data herfra også skal bruges som værktøj i behandlingen af den enkelte klient (jf. kapitel 1). Udfyldningen af Motivationsskemaet har primært været varetaget af behandlere. Med hensyn til registrering af indsatser og udskrivningsskemaer har en afdelingsleder (fængselsfunktionær) varetaget dette i et projekt, og i et andet har socialrådgiveren fra KiF forestået udskrivningsdokumentationen. Årsagen til, at totalen mht. Registrering af Indsatser bliver tre og ikke fire, er, at ét projekt har haft vanskelligheder med computerprogrammet og har haft svært ved at danne sig et systematisk overblik over de forskellige indsatser.

Mht. Klientvurderingsskemaet har dette i ét program været varetaget af behandleren, og i tre programmer har det været varetaget af fængselsfunktionærer. I det projekt, hvor behandlerne har været ansvarlig for Klientvurderingsskemaet, har de være opmærksomme på, at anonymiteten blev opretholdt, og at klienterne fik rum til at udfylde skemaet uden at ”blive kigget overskuldrene”: Dvs. behandler forklarede idéen og formålet med skemaet, og herefter blev skemaet udleveret til udfyldelse på cellen.

Af tabel 2.7 fremgår det, at behandlingsprogrammerne har haft forskellige muligheder for at fordele indtastningsarbejdet.

Tabel 2.7 Indtastning af data – behandlingsprogrammer

Ansvarlig / Værktøj	Behand-ler	Socialråd. KiF	Fængsels-funk.	Beh. sekretær/ Beh. institution	KiF sekretær
ASI	2	0	0	1	1
Motivation	2	0	0	1	1
Klientvurdering	2	0	0	1	1
Indsatser	2	0	0	1	1
Udskrivning	2	1	1	0	0

To af de fire programmer har efter eget ønske valgt, at den behandler, der har fungeret som tovholder på projektet, forestår alt indtastningsarbejdet. I begge tilfælde har dette fungeret tilfredsstillende, idet den ene i forvejen mestrede Excel, og den anden lærte programmet at kende på brugerniveau via CRFs superbrugerdag og intern hjælp. I et program har behandlingsinstitutionen forestået alt indtastningsarbejdet bortset fra udskrivninger, hvilket har været varetaget af socialrådgiveren fra KiF. Vedkommende har ikke haft nogen problemer med indtastningen. I det sidste program har en computerkyndig sekretær fra KiF forestået dette arbejde, idet vedkommende ugentligt havde sin gang på afdelingen og dermed samlede op, når dette var nødvendigt.

Mellem modstand og ejerskab

For alle fire behandlingsprogrammer gælder det:

- At der har været ledelsesmæssig opbakning, både fra behandlingsinstitutionen og fra fængslets side til at implementere dokumentationspraksis og påbegynde en selvevaluering.

- Der har eksisteret et samarbejde mellem flere personalegrupper i dette arbejde.

Indførelsen af selvevalueringskonceptet har i tre af behandlingsprogrammerne haft status af at være en positiv forandringsproces. I et fjerde program er det blevet oplevet mere problematisk at indføre og skabe nye rutiner. De to nedenstående citatblokke opridser hovedforskellene mellem de to forskellige indgangsvinkler:

> Jeg havde lidt modstand mod det i starten. Jeg syntes meget, det var en kniv for struben… det virkede sådan, uha nu er jeg her, og

> hvordan skal vi nå det hele? Men det er egentligt et spørgsmål om struktur. Vi har gjort ASI og Motivationsskemaet til en del af indskrivningssamtalen i stedet for at stille alle de der uvæsentlige spørgsmål, når vi indskriver folk – der før tog en tre-fire samtaler. Det er egentlig en meget god ting at komme ind og bruge tre kvarter til en time på at komme hele vejen rundt. For så fortæller de, hvilke stoffer de har været på, hvor besværligt de har det med familien osv. Så på den måde har vi valgt at se det som et positivt værktøj i stedet for noget besværligt.
>
> For mit vedkommende har indførelsen af dokumentationspraksis og selvevaluering været ren tvang. Skemaerne er kommet for sent ind, og vi havde kørt over et år, før vi startede det her op, og det synes jeg er for dårligt. I og med de kom ind på den måde, så hænger de over os som en mare, det må jeg erkende. Altså, folk farer jo rundt med de skemaer, for nu skal de også huske….Og alle de skemaer giver mig ikke flere oplysninger, end jeg ellers ville have fået i vores individuelle samtaler. Så det er lidt dobbeltarbejde. Og så synes jeg heller ikke, at når man lige møder en ny klient, at man så starter med et afkrydsningsskema, vel!… så bliver det jo en anden kontakt, vi starter med, den er for meget fire skridt fra livet.

For de tre behandlingsprogrammer, der erfaringsmæssigt svarer til den første citatblok, er det gældende at:

- De har *taget ejerskab* overfor selvevalueringskonceptet.
- Der har været en høj grad af *systematik* i indførelsen af dokumentationspraksis, således at det var muligt at overskue løbende 'deadlines' i forhold til de forskellige skemaer.
- De har integreret dokumentationspraksis som *en rutine*.
- De har haft en løbende dialog med det nedsatte selvevalueringsteam.

For det fjerde program, der er repræsenteret via sidste citatblok, gør det sig gældende at:

- De på sigt kan se en *'rød tråd'* i øget dokumentationspraksis, men at de under hele forsøgsperioden har fundet det uoverskueligt.
- De *ikke* har formået at *systematisere* 'deadlines' og oversigter over hvornår, de skulle gøre hvad.
- Det har føltes som *dobbeltarbejde* for dem.

- Det har været svært at etablere en *mødekultur*, hvor hele selvevalueringsteamet har haft mulighed for at komme, hvorfor processen har syntes distanceret.

Udarbejdelse af selvevalueringsrapport

Med hensyn til etableringen af selvevalueringsteam ligner de fire behandlingsprogrammer ligeledes hinanden på papiret. Følgende personalegrupper har været inddraget i evalueringsteamet: behandlere, socialrådgivere fra KiF og fængselsmæssige mellemledere. Endvidere har tre projekter gjort brug af den fængselsansatte behandlingskonsulent, og tre har inddraget lederen fra behandlingsinstitutionen.

For tre af programmerne er det gældende, at evalueringsteamet blev etableret forholdsvis tidligt i forløbet, således de både har været orienteret undervejs, og de har været med i forhold til ansvarsfordelingen mht. implementeringen. For det fjerde program har det ligeledes været nedsat et evalueringsteam fra begyndelsen, men det har været vanskelligt at finde tidspunkter for fælles møder med henblik på diskussion og praktisk ansvarsfordeling, hvorfor den ene leder har fungeret som tovholder i dette tilfælde.

To af programmerne gik forholdsvist tidligt i gang med selve beskrivelserne i selvevalueringsmodellen forhold til emner som målgruppe, indsatser og mål med behandling. Dette gav anledning til en løbende refleksion over kerneindsatser, hvilket begge projekter har erfaret som positivt. En medarbejder udtrykker det således:

> Det er jo positivt, beskrivelserne påvirker vores overvejelser …. hvad vi blot har taget for givet… f.eks. vores hidtidige målgruppeopfattelse stemmer ikke helt med virkeligheden.

Med andre ord har kombinationen af beskrivelser og dokumentation her ført til en konstruktiv dialog i forhold til egen praksis – hvilket var et af målene med selvevalueringskonceptet.

Med hensyn til selve skrivefasen – udfyldelsen af selvevalueringsmodellen – har alle fire projekter givet udtryk for, at dette er foregået som et samarbejde forskellige personalegrupper imellem. I de fleste tilfælde har dele af modellen været uddelegeret til forskellige medarbejdere med forskellige kompetencer, for siden at blive diskuteret og evalueret i evalueringsteamet. Det har altså været en fælles indsats i praksis.

Kapitel 3: Vurdering af selvevalueringsrapporterne

Med udgangspunkt i de tre aspekter, som de seks eller syv områder i selvevalueringsmodellen er bygget op omkring – beskrivelse, dokumentation og refleksion – vurderes i dette kapitel de selvevalueringsrapporter, som de deltagende projekter har indleveret til Kriminalforsorgen. Først beskrives de kvalitative parametre, som rapporterne vurderes i forhold til (for en lignende brug af kvalitative parametre i evalueringssammenhæng (se fx. Asmussen & Kolind 2005). Dernæst præsenteres en vurdering af rapporterne. Eksempler fra de forskellige rapporter fungerer som forklaring på, hvordan man kan forstå de kvalitative parametre.

Kvalitative parametre for vurdering af rapporten

Rapporterne vurderes i forhold til, om de har: *ingen*, *nogen* eller *etableret* beskrivelse, dokumentation og refleksion. I det følgende beskrives hvilke kriterier der ligger til grund for denne opdeling. Først for beskrivelse, dernæst for dokumentation, og sidst for refleksion.

Beskrivelse

Kriterierne, som rapporterne vurderes efter i forhold til beskrivelse, er sans for:

- Tydelighed
- Opdeling
- Sammenhænge
- Dilemmaer
- Hverdagspraksis

Tydelighed betyder, om det i beskrivelserne fremstår klart, hvad der er programmets hensigter, mål, metoder, osv. Beskrivelserne er fyldige, således at den udenforstående læser føler sig informeret og ved mere om projektet efter endt læsning. Man er i beskrivelsen af egen programpraksis i stand til at udvælge de centrale aspekter, der kendetegner programmet. Det handler m.a.o., om man er i stand til at begrænse og målrette beskrivelsen.

Opdeling betyder, at man kan opdele programmet i forhold til de udvalgte områder (mål, metoder, indsatser, osv.). Man er fx i stand til at adskille metoder fra indsatser, mål fra indsatser, målgruppe fra motivationspunktet, osv.

Sammenhænge betyder, at man er i stand til at anføre de indbyrdes sammenhænge, der er mellem fx valg af indsatser, ens målgruppe og anvendte metoder, således at programmet fremstår integreret og sammenhængende.

Dilemmaer betyder, at man er i stand til at beskrive uklarheder i programmet eller fremstille eventuelle uenigheder i personalegruppen fx i forhold til behandlingspraksis.

Hverdagspraksis betyder, at beskrivelserne i rimeligt omfang afspejler den faktiske praksis i projekterne. Har man beskrevet alle de vigtigste metoder, der anvendes. Er alle indsatser begrundet. Er de centrale mål anført osv.

I vurderingen af programmernes beskrivelser opererer vi med følgende tre angivelser: Ingen beskrivelse, nogen beskrivelse og etableret beskrivelse. Tabel 3.1 viser, hvad der ligger i dette.

Tabel 3.1

Ingen beskrivelse	Nogen beskrivelse	Etableret beskrivelse
• Programmet har ikke afleveret en selvevaluering. • *Ingen* områder i selvevalueringen har beskrivelser, der kan karakteriseres med et eller flere af de fem ovenstående kriterier.	• *Nogle* af de hhv. seks eller syv områder i evalueringen har beskrivelser, der kan karakteriseres med et eller flere af de fem ovenstående kriterier.	• *Alle* de hhv. seks eller syv områder i evalueringen har beskrivelser, der kan karakteriseres med et eller flere af de fem ovenstående kriterier.

Dokumentation

Kriterierne, som rapporterne vurderes efter i forhold til dokumentation, er sans for:

- Udvælgelse
- Brugbarhed
- Overskuelighed

Udvælgelse betyder, at programmet har selekteret i dokumentationsmaterialet i forhold til de enkelte områder i selvevalueringsmodellen. Det er ikke alle data, der produceres ved hjælp af de fem forskellige dokumentationsværktøjer, der er lige relevante for alle institutioner eller på alle områder. Man er i stand til at bruge relevante data fra de forskellige værktøjer og relatere det til de passende områder i selvevalueringsmodellen.

Brugbarhed betyder, at man har produceret brugbare data på gruppen af klienter og på egen programvirksomhed. Dvs. at de er indsamlet på en systematisk vis og efter de forskrifter, som CRF giver i Manualen.

Overskuelighed betyder, at data er præsenteret overskueligt i rapporten, således at det giver mening for læseren. Dette afspejler om data er gennemarbejdet og anvendt, og ikke blot indføjet.

I vores vurderinger af programmernes dokumentation opererer vi med følgende tre angivelser: Ingen dokumentation, nogen dokumentation, etableret dokumentation. Tabel 3.2 forklarer, hvad der ligger i dette.

Tabel 3.2

Ingen dokumentation	Nogen dokumentation	Etableret dokumentation
• Programmet har ikke anvendt dokumentationsmateriale. • *Ingen* områder kan karakteriseres som dokumenteret med et eller flere af de tre ovenstående kriterier.	• *Nogle* af de hhv. seks eller syv områder kan karakteriseres som dokumenteret med et eller flere af de tre ovenstående kriterier.	• *Alle* de hhv. seks eller syv områder kan karakteriseres som dokumenteret med et eller flere af de tre ovenstående kriterier.

Refleksion

Kriterierne, som rapporterne vurderes efter i forhold til refleksion, er sans for:

- Sammenhænge
- Forandring
- Selvstændig vurdering
- Skelneevne

Sans for sammenhænge betyder, at projekterne i rapporterne viser, hvordan dokumentationsresultaterne kan sammenholdes med de beskrivelser af mål, indsatstyper, intentioner, osv., som programmet selv har opstillet. Om der er sammenfald eller forskelle.

Forandring betyder, at projektet på baggrund af den fremkomne dokumentation kan fremsætte nye eller reviderede målsætninger, indsatser, intentioner, osv.. Dvs. refleksionen viser mere effektive løsningsmodeller end de allerede tilgængelige, eller bekræfter med baggrund i dokumentationsmateriale fortsættelsen af allerede eksisterende ditto.

Selvstændig vurdering betyder, at programmet inddrager refleksioner over centrale aspekter ved behandlingsprogrammet, der ikke er direkte givet af dokumentationsresultaterne.

Skelneevne betyder, at programmet tydeligt kan skelne mellem den dokumentationsbaserede og den ikke-dokumentationsbaserede refleksion. I

refleksionsdelen opfordrer CRF til, at man også fremkommer med tanker og ideer, der ikke nødvendigvis udspringer af de data, dokumentationen frembringer.

I vores vurderinger af programmernes refleksion opererer vi med følgende tre angivelser: Ingen dokumentation, nogen dokumentation, etableret dokumentation. Tabel 3.3 forklarer, hvad der ligger i dette.

Tabel 3.3

Ingen dokumentation	Nogen dokumentation	Etableret dokumentation
• Programmet har ikke udfyldt refleksionsdelen. • *Ingen* områder kan karakteriseres som reflekteret over med et eller flere af de fire ovenstående kriterier.	• *Nogle* af de hhv. seks eller syv områder kan karakteriseres som reflekteret over med et eller flere af de fire ovenstående kriterier.	• *Alle* de hhv. seks eller syv områder kan karakteriseres som reflekteret over med et eller flere af de fire ovenstående kriterier.

Vurdering af selvevalueringsrapporterne

Med udgangspunkt i ovenstående kriterier gældende for de forskellige aspekter af selvevalueringen (beskrivelse, dokumentation, refleksion) og med baggrund i ovenstående angivelser (ingen, nogen, etableret) vil det følgende afsnit tegne et generelt billede af, hvordan selvevalueringsrapporterne ser ud. Vurderingerne bygger primært på de indsendte selvevalueringer, og sekundært på de interview, vi har foretaget i de forskellige programmer.

Beskrivelse

Alle programmerne havde før selvevalueringen startede forskellige typer skriftlige dokumenter, så som projektbeskrivelser, pjecer til indsatte, der i korte vendinger beskrev programmet, og projektansøgninger. Desuden havde de viden om klienterne (både skriftlig og ikke-skriftlig), der stammede forskellige steder fra, typisk fra fængselsinstitutionen, behandlingsinstitutionen, eller KiFs socialrådgivere.

I programmernes beskrivelser i selvevalueringsrapporten handler det for det første om at opsamle i ét dokument den allerede eksisterende skriftlige viden. For det andet skal rapporten sikre, at den allerede eksisterende mundtlig viden gøres skriftlig. Allerede eksisterende viden – både mundtlig og skriftlig – var dog for ingen af programmerne udtømmende i forhold til de i selvevalueringsmodellen anførte seks eller syv områder. I selvevalue-

ringsmodellen skulle programmerne derfor for det tredje skriftligt forholde sig til dele af deres programvirksomhed, som de ikke tidligere havde berørt.

CRFs kvalitative vurdering af programmernes *beskrivelser* i selvevalueringsrapporterne med udgangspunkt i overstående kriterier giver følgende resultat:

Tabel 3.4

	Ingen beskrivelse	**Nogen beskrivelse**	**Etableret beskrivelse**
Behandlingsafsnit i fængsler	-	-	4
Motivations-programmer i arresthuse	-	3	3

Samlende kan det konstateres, at programmerne i store træk og på de fleste områder har leveret beskrivelser, der lever op til en tilfredsstillende selvevaluering.

Størstedelen af programmerne har i etableret form levet op til kravet om *tydelighed* i beskrivelserne. Enkelte rapporter har været yderst korte i deres beskrivelser og derfor også mindre klare i deres beskrivelser. Det kan umiddelbart virke ganske enkelt at skulle beskrive mål, metoder, indsatser, osv., men erfaringsmæssigt kan det være svært at få etableret tydelige beskrivelser af, hvad behandlings- eller motivationsprogrammet indeholder. Dette er det flere grunde til. For det første er der i institutioner ofte divergerende opfattelser i forhold til mål, indsatser, osv. Disse forskellige opfattelser eksisterer fx, fordi personalet har forskellige områder, de varetager, og dermed forskellige opfattelser af, hvad der er centralt i programmet. Eller der kan være forskelle mellem ledelsen, der måske ikke har deres daglige gang i projektet, og frontmedarbejderne, der varetager behandlingen. Hvad der udtænkes overordnet er måske ikke realistisk i praksis. Divergerende opfattelser virker som regel mindre modsætningsfulde i deres mundtlige end deres skriftlige form. For det andet er der i behandling ofte flere forskellige mål, fx i forhold til forskellige klienter og deres behov, hvorfor en klar prioritering af mål kan synes vanskelig. Endelig kan det være vanskeligt i selvevalueringen at skulle holde programmets forskellige dele, der i hverdagen er en del af et samlet hele, adskilt fra hinanden. (For lignende betragtninger se Hasenfeld 2003).

Programmerne har i deres beskrivelser *opdelt* programmet tilfredsstilende i forhold til de i selvevalueringsmodellen udvalgte områder. Dog har det for nogle af programmerne været vanskeligt at holde specielt mål og metoder ud fra hinanden, og tilsvarende indsatser og metoder ud fra hinanden. Problemet er her, at fx visse indsatsformer (terapi, gruppeaktiviteter, o.a.) kan komme til at fungere som et mål i sig selv.

Kriteriet om at beskrive de indbyrdes *sammenhænge*, der naturligt er mellem programmets dele (mål, metoder, indsatser, osv.), har for programmerne været vanskeligst at udføre. Spørgsmål som: hvorfor passer lige præcis denne type indsatser til denne målgruppe, eller hvorfor er det godt at anvende denne type metoder for at fremme motivation, er for en del ikke blevet besvaret. Nogle programmer har dog tydeligt begrundet fx valg af indsatser med deres målgruppes karakteristika, og et af programmerne havde valgt metodiske tilgange, der i særlig grad tog højde for den virkelighed, den indsatte lever i, hvor både fængselspersonale, socialrådgivere og behandlere er daglige aktører. Et andet program har beskrevet deres forståelse af motivation på en måde, der klart indikerer, hvordan sammenhængen mellem indsatser, metoder og motivationsarbejde hænger sammen i projektet.

Alle programmerne har været opmærksomme på og beskrevet de specielle omstændigheder og *dilemmaer*, der eksisterer, når man driver behandlingsarbejde i fængsels- eller arresthusregi, og en del af programmerne har beskrevet konfliktområder og divergerende synspunkter. Nogle har fx valgt at sammenskrive sådanne dilemmaer, andre har ladet hhv. behandlere og fængselsansatte skrive hvert deres dokument.

I forhold til det sidste kriterium har de fleste programmer ramt en god balance mellem at udvælge, hvad der skal beskrives, og hvordan hverdagspraksis er i programmerne. Dvs. de har haft en fin fornemmelse for en nedre bagatelgrænse – alt er ikke lige relevant i en selvevaluering. Omvendt er det ikke vores indtryk, at programmerne i særlig grad rummer aspekter, der ikke er beskrevet i deres selvevaluering. De centrale indsatser er beskrevet, samarbejdsprocedurer nedskrevet, indskrivnings- og udskrivningsprocedurer er klarlagt, handleplansarbejdet beskrevet, osv. For en del af programmerne – og her specielt arresthusene – har metodeafsnittet dog været noget underbeskrevet. Og meget få af programmerne (dette gælder også for behandlingsafsnittene) har begrundet metodevalg eller deres forståelse af motivation med baggrund i eksisterende litteratur på området. Enkelte projekter har misforstået enkelte dele af de områder, der skulle beskrives. Fx har et arresthusprojekt under rubrikken ”konflikthåndtering” beskrevet deres procedurer ved voldsepisoder indsatte imellem eller personale og indsatte imellem. Meningen var at beskrive, hvilke procedurer projektet har for

konflikthåndtering, hvis der opstår konflikter de ansatte imellem (fx mellem behandlere og fængselspersonale), eftersom sådanne konflikter påvirker behandlingsarbejdet. Sådanne misforståelser må dog påregnes i en pilotperiode.

Dokumentation

Alle programmer havde før projektforløbets start kun sporadisk eller ingen form for dokumentation (se også kapitel 2). Den form for dokumentation, der forgik i enkelte af projekterne, var til brug for den enkelte klient og blev ikke samlet, fx i et computerprogram, således at projektet kunne få et overblik over den samlede gruppe af klienter, der var i eller havde været igennem deres behandlings- eller motivationsprogram.

CRFs kvalitative vurdering af programmernes *dokumentation* i selvevalueringsrapporterne med udgangspunkt i overstående kriterier giver følgende resultat:

Tabel 3.5

	Ingen dokumentation	**Nogen dokumentation**	**Etableret dokumentation**
Behandlingsafsnit i fængsler	-	1	3
Motivations-programmer i arresthuse	-	3	3

Alle programmer i både arresthuse og i fængsler har som udgangspunkt implementeret de fem dokumentationsværktøjer fra selvevalueringskonceptet. I seks af programmerne er værktøjerne brugt i hele projektperioden. I fire af programmerne er værktøjerne enten ikke brugt systematisk på alle klienter, de er ikke brugt korrekt (se kapitel 2), eller de er ikke brugt i hele projektperioden. Dette er en af begrundelserne for at placere fire af projekternes dokumentationspraksis i ”nogen” i tabel 3.5. Det er dog væsentligt at understrege, at over halvdelen af de deltagende projekter har fået implementeret en etableret dokumentation i selvevalueringsrapporterne.

I forhold til de tre kriterier, vi har identificeret for dokumentation, er det for langt de flere projekters vedkommende lykkedes at bruge data fra de værktøjer, som er anbefalet i Manualen til selvevalueringskonceptet, og de fleste programmer har produceret brugbare og valide data. Dette betyder fx, at data fra ASI er brugt til at beskrive målgruppen, at Registrering af Indsatser

er brugt til at dokumentere gennemførelsen af de planlagte indsatser, eller at Klientvurderingsskemaet er blevet brugt til at vurdere indsatsernes og handleplanernes relevans. Et enkelt projekt har brugt data fra Motivationsskemaet til fx at dokumentere målgruppen med. Det er ikke muligt at bruge enkelte data fra Motivationsskemaet på denne måde, idet skemaet er designet til tegne en overordnet misbrugsprofil. Det fungerer ikke som ASI, hvor man kan score på de enkelte spørgsmål. Men programmet er undskyldt et langt stykke af vejen. CRF har nemlig ikke indenfor forsøgsperioden haft mulighed for at udarbejde Motivationsskemaet, så det af projekterne kunne bruges til at udarbejde motivationsprofiler på klienterne (se også Appendix 1 (Manual)).

Flere af projekterne har været opmærksomme på at opgøre, hvor mange klienter der har udfyldt hvilke skemaer, og hvor mange der kunne have udfyldt dem. Der kan være klienter, der ikke har villet eller kunnet udfylde de respektive skemaer, hvorfor antallet af udfyldte skemaer ikke er lig med antallet af klienter i projektet. Flere af projekterne har efterfølgende reflekteret over, hvordan de har kunnet bruge resultaterne, når ikke alle klienter er repræsenteret i data. Dette er udtryk for, at projekterne har et godt greb om, hvad der er brugbare data, og hvad der er mindre brugbare data.

Flere af projekterne har i selvevalueringen ikke i tilstrækkelig grad *udvalgt* de relevante data, som skal fungere som dokumentation for et område. Dette skaber *uoverskuelighed* og gør det svært for læseren at få et overblik. Fx har et enkelt projekt kopieret råmaterialet fra ASI-skemaerne ind i rapporten uden at udvælge, hvad det måtte være relevant for læseren at hæfte sig ved i forhold til det område, der ønskedes dokumenteret. Omvendt kan der også være for lidt råmateriale præsenteret. Fx har et enkelt projekt reduceret deres data på målgruppen til en ”ideal klient” i projektet. Dette gør, at læseren ikke kan se, om data faktisk siger dette, samt at hvad der måtte være af nuancer i målgruppen forsvinder. Mange af projekterne har dog præsenteret dokumentationsdelen eller dele af dokumentationsdelen i en velvalgt, velovervejet og overskuelig form. Man kan se, at projekterne har arbejdet med data, diskuteret hvad der måtte være relevant at tage med og præsenteret det fx i grafisk form. Specielt har et af programmerne brugt megen tid til ikke kun at præsentere dokumentationsresultater i overskuelig form, men også udvikle en skabelon til brug for data genereret via ASI-skemaerne, der meget oversigtligt præsenterer målgruppedata specielt i forhold klienternes misbrugsprofil.

Samlende skal siges, at de fleste projekter er enten godt i gang med at få – og enkelte har allerede – et godt greb om, hvordan dokumentationsdelen skal gribes an. Vores vurdering er, at der er gjort rigtig mange erfaringer i

projekterne, og at mange af projekterne har kunnet se mulighederne i at arbejde mere systematisk og målrettet med hjælp fra de fem dokumentationsværktøjer. Et enkelt projekt skriver dog eksplicit i evalueringsrapporten, at værktøjerne har været ukonstruktive i forhold til projektet (jf. kapitel 2 og udviklingen i selvevalueringskonceptet for motivationsprogrammer i arresthuse).

Refleksion

Ingen af programmerne havde før projektstart erfaringer med skriftlige refleksioner over egen programpraksis baseret på systematisk dokumentation. En sådan manglende skriftlig refleksion på programpraksis og på gruppen af klienter er ikke specielt for programmerne i dette projekt, men afspejler snarere en generel tilstand indenfor den danske stofmisbrugsbehandling, hvilket bør tages i betragtning, når man skal vurdere programmernes resultater på dette område. Det er således halvdelen af projekterne, der har lykkedes med en etableret refleksion i selvevalueringsrapporten. Tre har lykkedes med nogen refleksion, og kun få kan karakteriseres som havende ingen refleksion i selvevalueringsrapporten ud fra de kriterier, vi har opstillet ovenfor til en kvalitativ vurdering af refleksion i rapporterne.

CRFs kvalitative vurdering af programmernes *refleksion* i selvevalueringsrapporterne er følgende:

Tabel 3.6

	Ingen refleksion	**Nogen refleksion**	**Etableret refleksion**
Behandlingsafsnit i fængsler	-	2	2
Motivations-programmer i arresthuse	2	1	3

Vurderingen er baseret på, hvorvidt det i rapporterne fremgår, at projekterne kan *sammenholde* deres beskrivelser med resultaterne af deres dokumentation. Det er lykkedes for alle på nær to af programmerne i større eller mindre grad på visse eller alle af de hhv. seks-syv områder. Nogle har fx lykkedes i at få bekræftet eller perspektiveret deres målgruppe-beskrivelse. Fx kan man et sted se, at 85% af de indsatte er mellem 18-35 år, hvilket er målgruppen. Endvidere kan man i samme program se, at 11% har været i forbehandling, før de kom til behandlingsafdelingen, og at 26% kommer fra fri fod, to tal der kan bruges til at perspektivere programmets erfarin-

gerne med, at disse to grupper opfører sig meget forskelligt i behandlingsmæssig sammenhæng, og kunne drage nytte af forskellige måder at blive indsluset i behandlingsafdelingen på. Andre har fx ud fra klientvurderingsskemaet vurderet relevansen af forskellige indsatser. Det vanskeligste område at sammenholde beskrivelser med resultaterne af dokumentationen har været behandlingsmål. Dette område er også det, som kan vise effekten af behandlingen, hvis dokumentationen på klienterne løbende laves. Flere programmer har oplevet, at de eksisterende dokumentationsværktøjer ikke har givet tilstrækkelig med data på dette område. Dette kan bl.a. forklares med, at kun få af programmerne fx har fået noget ud af at bruge ASI-opfølgningsskema. Dertil har pilotperioden været for kort, samt at Motivationsskemaet som værktøj til at se forandringer i klienternes motivation ikke kunne blive færdigt indenfor pilotperioden (jf. ovenfor), hvilket dermed ikke har kunnet bruges som dokumentationsdata. Data genereret af Udskrivningsskemaet har været vigtige for de fleste projekter. Skemaet har vist, at gennemførelsesprocenten har været ganske lav for mange af programmerne. Tallene fra Udskrivningsskemaerne har derfor flere steder afført nyttige og vigtige refleksioner omkring fx: a) hvordan man definerer relevante kriterier for at have gennemført program, b) hvordan man etablerer motivationsstyrkende tiltag, og c) hvordan man sikrer optimale videre-visiteringsprocedurer.

Et andet kriterium for refleksion er, at der i rapporterne indgår refleksion omkring, hvordan man på baggrund af de indkomne data kan fremsætte nye eller reviderede målsætninger, indsatser eller intentioner, dvs. at man kan forestille sig *forandringer*. Refleksion er selvfølgelig også at vurdere og overveje, hvorfor programpraksis virker. En del af programmerne har lykkedes på dette punkt. Nogen få har haft denne type refleksioner på stort set alle, andre kun på få af de hhv. seks og syv områder. Et sted har man fx overvejet nye visitationskriterier for at undgå det relativt store frafald, der er på afdelingen, ligesom projektet overvejer at indføre en fase 1 og en fase 2 i programmet for at undgå dette frafald. Flere programmer er fremkommet med ideer om (ekstra) videreuddannelse af fængselspersonalet for, at de kunne være bedre rustet til at indgå på en behandlingsafdeling. Nogle har på baggrund af resultaterne fra ASI-indskrivningsskemaet udvidet målgruppen fra opioidmisbrugende mænd til mænd med et blandingsmisbrug. Et sted overvejer man om en given terapeutisk indsats med en forholdsvis stærk konfronterende stil skal tilbydes i så stort omfang, som det er tilfældet, da en stor del af klienterne i klientvurderingsskemaet angiver, at de ikke er tilfredse med denne indsats. Endelig angiver mange projekter at handleplansarbejdet kunne optimeres, hvis behandlere og fængselsansatte i stør-

re grad og mere systematisk kunne udveksle oplysninger i relation til dette område.

De fleste programmer har inddraget det, vi har kaldt *selvstændige vurderinger* og refleksioner over centrale aspekter ved behandlingsprogrammet, der ikke er direkte givet af dokumentationsresultaterne. Dette tyder på, at der i programmerne er en vis erfaringsbase, der indtil videre har eksisteret primært i mundtlig form. Med selvevalueringerne er dele af denne 'tavse viden' blevet ekspliciteret. Fx har et program grundige refleksioner omkring værdien i at arbejde med kropsbevidsthed og psykodrama i et fængselsmiljø og fremtidige muligheder på dette områder. Og et af programmerne (et efterbehandlingsprogram) reflekterer over værdien i, at visse af deres klienter i perioder kan trække på det i samme fængsel eksisterende behandlingsprogram i forhold til, at den indsatte kan genopfriske behandlingsrelaterede kompetencer. Et andet projekt reflekterer over, hvad kriminalitet og behandling eller fokus herpå burde betyde for behandling af stofmisbrug, eftersom resultater fra ASI viser, en stor del af klienterne oplever dette som et alvorligt problem. En del programmer reflekterer endvidere over problematikker relateret til at drive behandling i fængselsregi og motivationsarbejde i arresthusregi.

Det sidste kriterium relaterer sig til, hvorvidt programmerne i selvevalueringerne har *skelnet* passende mellem den dokumentationsbaserede og den ikke-dokumentationsbaserede refleksion. Nogle af programmerne holder disse to dele ude fra hinanden, men for en del flyder de sammen, som når et program skriver, at de i stort omfang har opnået deres mål, og at klienterne har været tilfredse, hvilket i det store og hele bygger på behandlernes skøn. Dette skøn er vigtigt, men kan i forhold til selvevalueringsmodellens design ikke stå alene. Dette er udtryk for ikke-dokumentationsbaseret refleksion, den dokumentationsbaserede refleksion mangler.

Samlende kan vi konstatere, at de fleste programmer har taget et væsentlig skridt i forhold til den sidste og mest krævende del af en selvevalueringsproces, nemlig at refleksivt integrere den producerede viden i institutionen. Flere af programmerne, hvor nærmest ingen før programstart havde en skriftlig evalueringskultur, har lagt stort arbejde i at vurdere deres programmer på saglige og seriøse måder. Desuden er det vores indtryk, at denne konstruktive forholden sig til egen programvirksomhed også har været vigtig for institutionerne selv, der har oplevet, at de de sidste par år på flere områder har trådt nye veje og gjort sig vigtige erfaringer i forhold til at drive behandling i fængsler og arresthuse.

Kapitel 4: Konklusioner

Med baggrund i de generelle forudsætninger, vi opstillede i forrige rapport (se appendix 4) angående evalueringskapacitet, og som kort er nævnt i kapitel 2, erfaringerne fra programmerne i projektperioden samt de indleverede selvevalueringer, vil vi afslutningsvis konkludere på forløbet. Konklusionerne kan samtidig ses som en række anbefalinger i forhold til en fremtidig implementering af CRFs selvevalueringskoncept i behandlingsafdelinger og arresthuse.

Selvevaluering og kvalitetssikring er ikke noget, en institution bare gør. Det kræver megen energi, fokus og fælles fodslag fra institutionens side, og det kræver ansatte, der kan implementere og bruge dokumentationsredskaber. Vi kan konkludere, at i de programmer, der har oplevet en tilfredsstillende implementeringsfase samt afleveret en selvevaluering med etableret beskrivelse, dokumentation og refleksion, har følgende fem omstændigheder været særdeles centrale:

1. Aktivt evalueringsteam
2. Ansatte med evalueringskompetence
3. Ildsjæle/tage ejerskab
4. Tid
5. Solid introduktion

Aktivt evalueringsteam: De programmer hvor man har nedsat et evalueringsteam med deltagere fra de forskellige institutioner og med aktive ledere repræsenteret, der har programmerne haft gode resultater i forhold til at selvevaluere. Eftersom der er flere forskellige ledelseshierarkier, når man henter behandlingsinstitutioner ind i fængselsvæsnet, er det vigtigt, at det er ledelsen fra både behandlingsinstitutionen og fængslet/arresthuset, der bakker op omkring dokumentationsprocessen samt udfærdigelsen af selvevalueringen. Det er ligeledes vigtigt, at ansvaret for skrivningen af selvevalueringen tydeligt uddelegeres, og at flere parter er aktive og samarbejder i forhold til at nå et resultat.

Omvendt er det tydeligt, at i de institutioner, hvor de ansatte selv har måttet gennemføre processen og ikke fået den nødvendige ledelsesmæssige opbakning, der har man ikke i tilstrækkeligt grad kunnet løfte opgaven med at selvevaluere. I enkelte institutioner har det været en enkelt ansat, der skulle stå for hele dokumentationsopgaven, skrive selvevalueringen, og samtidig udføre de planlagte behandleropgaver. Her har det naturligvis været svært at få en selvevaluering etableret.

Ansatte med evalueringskompetence: I den 'klassiske' evaluering forestås evalueringen af eksterne personer, der har forstand på og erfaring med at indsamle valide data samt reflektere på dem og drage konklusioner. I en selvevaluering, er det institutionen, der skal evaluere på sig selv. Dette kræver naturligvis, at der er ansatte i institutionen, der besidder en vis evalueringskompetence. Dette indebærer konkrete kompetencer i forhold til at indsamle og bearbejde data, og det kræver det, som vi har kaldt refleksionsevne, hvilket vil sige evalueringsrelevant uddannelse og/eller erfaring og kompetence i forhold til at stille relevante spørgsmål til egen praksis. Det er tydeligt, at i de programmer, hvor et eller begge af disse forhold har været til stede, der har selvevalueringen samt dokumentationsprocessen været af bedre kvalitet og er i større grad blevet integreret i institutionen. Det er måske overflødigt at nævne, at disse evalueringskompetencer i institutionen skal anvendes til den konkrete evaluering for at få effekt. I forsøgsperioden har der således været institutioner med en vis evalueringskompetence, men hvor denne ikke har været målrettet selvevalueringsprocessen.

Ildsjæle/tage ejerskab: Det tredje forhold er sværere at dokumentere. Alligevel er det tydeligt, at i de projekter, hvor der har været det, man kunne kalde ildsjæle eller personer, der i stort omfang har taget det, vi kapitel 2 kalder ejerskab over selvevalueringen, der har selvevalueringsprocessen været af bedre kvalitet end i de projekter, hvor dette ikke har gjort sig gældende. I en projektperiode vil der altid opstå problemer. For at løse sådanne problemer hurtigt og på en konstruktiv måde har det været nødvendigt, at den enkelte institution har taget ejerskab og enten alene eller i samarbejde med CRF har bidraget med løsninger. At tage et sådan ejerskab har været en del af selvevalueringskonceptet, og det er tydeligt, at i de institutioner, hvor ansatte har taget ejerskab, har det haft en positivt afsmittende effekt på kvaliteten af selvevalueringen.

Tid: At kvalitetssikre en institution ved at begynde at dokumentere og selvevaluere kræver en vis omstillingsproces for de involverede ansatte. Arbejdsgange skal fornys, og nye arbejdsopgaver skal inkorporeres og eventuelt erstatte andre allerede eksisterende. I de programmer, hvor de ansatte på den ene eller anden måde har erhvervet sig et tidsmæssigt overskud, enten ved at nye ressourcer er blevet tilført, eller ved at arbejdsopgaver er blevet omfordelt i institutionen, der har man også i større grad lykkedes med selvevalueringen.

Solid introduktion: Endelig har det vist sig, at en ordentlig og solid introduktion til selvevalueringskonceptet, samt til det at selvevaluere i det hele taget, er vigtig. I de programmer, hvor CRFs introduktion ikke har været tilstrækkelig, enten fordi programmerne ikke har deltaget i de afholdte undervisningsdage på CRF, er kommet for sent med i projektet, eller hvor man ikke har indkaldt de relevante ansatte til de introduktionsdage afholdt i institutionerne, der er selvevalueringskonceptet for de flestes vedkommende ikke blevet integreret i institutionen i samme omfang som det ellers har været tilfældet.

Afslutningsvist skal siges, at de ovenstående karakteristika er præsenteret i destilleret form, og at langt de fleste af institutionerne besidder en eller flere af de ovenstående karakteristika.

Nærværende rapport er en erfaringsopsamling fra et forsøg med at indføre kvalitetssikring i behandlingsarbejde i danske fængsler og arresthuse ved hjælp af en selvevalueringsmodel og tilhørende dokumentationsredskaber. Overordnet kan vi konkludere, at et sådan forehavende kræver en stor indsats og et stort engagement af de involverede, og det kræver solid ledelsesmæssig opbakning. Samtidig viser resultaterne dog også, at det er fuldt ud muligt. Med en sådan kvalitetssikring opnås primært to ting. For det første bliver den behandlingsmæssige indsats mere målrettet og reflekteret og i større grad i stand til at integrere en skriftlig vidensopsamling i praksis. For det andet opnås mulighed for, at Kriminalforsorgen kan danne sig et grundigt overblik over og vurdere den behandling, der foregår i deres regi. Det er CRFs anbefaling, at kvalitetssikring ved hjælp af en selvevalueringsmodel i den ene eller anden form sikres i det behandlings- og motivationsarbejde, der tilbydes i danske fængsler og arresthuse.

Appendix 1

Manual og brugervejledning

Manual til Selvevalueringsmodel i motivationsprogrammer i arresthuse

Indhold

Denne manual er en guide til tre områder i forbindelse med selvevaluering. Det anbefales derfor at læse hele manualen før selvevalueringen påbegyndes, og den fungerer endvidere som en god guide undervejs i forløbet. De tre områder i denne manual er:

- Introduktion til selvevaluering, hvilke oplysninger en sådan proces tilvejebringer, og hvordan den bruges i praksis. Herunder er der også en kort beskrivelse af formålet med de forskellige dokumentationsværktøjer.
- En praktisk guide til, hvordan dokumentationsværktøjerne anvendes og hvordan data herfra indtastes på computeren i Excel ark. Dette muliggør at danne sig et samlet overblik over gruppen af klienter.
- Beskrivelse af hvordan Selvevalueringsprogrammet installeres og bruges på computeren.

Hvem laver selvevalueringen?

Formålet med selvevalueringen er at dokumentere og vurdere de motivationsprogrammer, der tilbydes til indsatte stormisbrugere i arresthuse i Danmark. Behandlingsinstitutionerne, der tilbyder motivationsprogrammer i arresthuse, er ofte ikke vant til at arbejde under de forhold, som gør sig gældende i et arresthus. Omvendt er arresthuspersonale ofte ikke vant til, at der tilbydes behandling til indsatte med et stofmisbrug. Det kræver således et samarbejde mellem behandlingsinstitution og fængselsvæsen at få motivationsprogrammet til at fungere. Dette forhold er også grundlaget for selvevalueringen. I selvevalueringsmodellen går visse områder direkte på behandlingen, som fx: mål for behandling. Andre tager både behandlerteamet og fængselspersonale del i, fx: internt samarbejde. Derfor er det vigtigt, at der etableres et samarbejde omkring udfærdigelsen af selvevalueringen.

I dette koncept er både behandlingsinstitution og fængselsvæsen ansvarlig for udfærdigelsen af selvevalueringen. Vi foreslår, at et evalueringsteam bestående af personer, der repræsenterer de forskellige grupper, der er involveret i selvevalueringen, også er ansvarlig for selvevalueringen. Det er vigtigt, at dette team har fuld ledelsesopbakning til at udføre deres arbejde. Evalueringsteamet kan bestå af én udvalgt behandler, én udvalgt arresthuspersonale, en overordnet leder fra behandlingsinstitutionen, en overordnet leder fra arresthuset og en socialrådgiver fra KiF. Det er vigtigt, at personer, der arbejder med motivationsprogrammet til dagligt, deltager i evalueringsteamet. De kender dagligdagen, ved hvad der er realistisk (fx med

hensyn til implementering af dokumentationsværktøjer), hvad der skal evalueres på (fx hvilke indsatser, der skal med i selvevalueringen), og de kender de forskellige arbejdsgange og kan komme med forslag til, hvordan de nye arbejdsområder, som formodentlig kommer med selvevalueringen, kan indarbejdes (fx implementering af nye dokumentationsværktøjer).

Eftersom der er flere forskellige ledelseshierarkier, når man henter behandlingsinstitutioner ind i arresthuse, er det vigtigt, at det er ledelsen fra både behandlingsinstitutionen og arresthuset, der bakker op om evalueringen.

Selvevalueringsmodellen

Selvevalueringsmodellen er en skabelon, der både findes i elektronisk format og som et Word-dokument. Modellen indeholder de forskellige områder, som selvevalueringen skal omkring. Den består af seks forskellige områder:

1. Målgruppe
2. Behandlingsmål
3. Indsatser
4. Metoder
5. Motivation
6. Internt samarbejde

Hvert område skal både *beskrives*, *godtgøres* og *reflekteres* over. I de følgende afsnit findes udførligt beskrevet, hvordan hvert område skal behandles.

Overordnet skal *beskrivelsen* af et område indeholde det, som motivationsprogrammet stræber efter, dvs. det grundlag som denne form for forbehandling er bygget op omkring. *Godtgørelsen* skal være baseret på dokumentation af indsatsen, dvs. systematisk indsamlet, skriftlige data på både klienter og motivationsprogram, som dokumenterer, at det der stræbes efter nås. Nedenfor introduceres forslag til forskellige dokumentationsværktøjer, dvs. værktøjer til skriftlig dokumentation, som kan bruges i selvevalueringen. *Refleksionen* over de enkelte områder kan indeholde overvejelser over forholdet mellem beskrivelsen af behandlingen og dokumentationen af behandlingen. Endvidere er der plads til at diskutere aspekter ved behandlingen, som ikke kan måles og vejes, men som anses som væsentlige.

Selvevalueringens grundelementer:

1. Beskrivelse	Grundlag/mål for motivationsprogram
2. Godtgørelse	Dokumentation for behandling
3. Refleksion	Overvejelser over behandling

Introduktion til dokumentationsværktøjer

Det er i dag forskelligt, hvilke godtgørelses- eller dokumentationsværktøjer der bruges i motivationsprogrammer. Det er vigtigt, at de dokumentationsværktøjer, der bruges, kan tilvejebringe de oplysninger, der er brug for til at dokumentere målgruppe, forløb og korttidseffekt af behandlingen.

I det følgende introduceres fem forskellige værktøjer, som kan bruges til at dokumentere og dermed godtgøre hhv. klientgruppen, klientforløb og programforløb. Værktøjerne findes i papirformat og/eller i elektronisk form på cd-rom.

Europ-ASI (korrigeret)

Versionen af Europ-ASI er tilpasset, således at den passer til motivationsprogrammer i arresthuse og består af et indskrivningsskema. Europ-ASI kan bruges til at dokumentere oplysninger på klienter (køn, alder, misbrugsprofil, etc.), og få overblik over gruppen af klienter i behandling. Europ-ASI er et godt udredningsværktøj i en visitationsprocedure, og data herfra kan bruges i den videre visitering af klienten efter endt motivationsprogram. Europ-ASI findes både i papirformat og i elektronisk form. Det anbefales at Europ-ASI bruges ved indskrivning i motivationsprogrammet.

- Udredningsværktøj
- Indsamling af klientens basisoplysninger
- Undersøge om man når søgte målgruppe

Udskrivningsskema

Udskrivningsskemaet bruges til at registrere antallet af klienter, der fuldfører motivationsprogrammet. De enkelte motivationsprogrammer har forskellige kriterier for, hvornår en klient har fuldført programmet, disse kriterier angives i selvevalueringen. Udskrivningsskemaet bruges også til at registrere behandlingsrelaterede tiltag, som klienten visiteres til efter fuldført program. Endelig bruges skemaet til at dokumentere grunde til behand-

lingsstop før fuldført program. Udskrivningsskemaet findes udelukkende i elektronisk form som Excel ark. Skemaet danner selv løbende statistik, der herefter manuelt indføres de relevante steder i selvevalueringen.

- Klienters gennemførelsesgrad
- Grunde for behandlingsstop
- Mønstre i videre behandling

Klientvurderingsskema

Dette skema bruges til at danne sig et indtryk af klienternes generelle vurdering af behandlingen samt deres vurderinger af udvalgte områder af motivationsprogrammet. Skemaet skal udfyldes anonymt af de enkelte klienter, hvorefter svarene indtastes i tilhørende Excel ark. I Excel format danner skemaet selv løbende statistik, der herefter manuelt indføres i selvevalueringen. Skemaet kan udfyldes fx ved afslutningen af motivationsprogrammet.

- Klienters vurdering af motivationsprogram
- Klienters vurdering af egen motivation

Registrering af indsatser

Dette dokumentationsværktøj bruges til at dokumentere, i hvilken grad planlagte behandlingsindsatser gennemføres. Grunde for aflysning af de enkelte indsatser og klientfremmøde for de enkelte indsatser registreres. Skemaet findes udelukkende i elektronisk form som Excel ark. Skemaet danner selv løbende statistik, der herefter manuelt indføres de relevante steder i selvevalueringen. Registreringen bør foregå løbende.

- Dokumentation af indsatser
- Dokumentation af klienters deltagelse i indsatser

Motivationsskema

Motivationsskemaet er inspireret af et redskab til at måle motivation udviklet af Simpson et al. (http://www.ibr.tcu.edu/downloads.html). Nærværende udgave er dog en kraftig forkortet udgave, der kun består af seks spørgsmål. Motivationsskemaet udfyldes ved indskrivning til motivationsprogrammet.

- Motivationsmåling af klienter før motivationsprogram
- Undersøge om man når søgte målgruppe

Motivationsskemaet kan i en ikke ringe grad forudsige, om klienterne gennemfører motivationsprogrammet. Sandsynligheden for, at klienten ikke gennemfører behandlingsforløbets fulde længde, er, når scoren er lav. Scoren udregnes i det medfølgende Excel ark. En lav score er udtryk for, at klienten har en manglende forståelse for, at stoffer udgør et centralt problem i vedkommendes liv. Det skal hertil siges, at faktorscoreanalysen er baseret på baggrund af det, man indenfor forskningen kalder en signifikant sammenhæng mellem lav score og bortvisning/overflytning af klienten. Det betyder naturligvis ikke, at alle, der scorer lavt, nødvendigvis ikke gennemfører, men at der er overvejende sandsynlighed herfor. Derfor anbefaler CRF, at de scorer, der opnås i skemaet, kan fungere som en rettesnor for tilrettelæggelse af motivations- og erkendelsesarbejdet hos klienten.

Sammenhængen mellem bortvisning/ overflytning og motivation

Faktor-score Kontrol stof-problemer	Bortvist/ overflyttet	Antal
1. 23-25 point		
2. 19-22 point		
3. 15-18 point		
4. Under 15 point		

Gennemgang af de seks områder i selvevalueringsmodellen

I det følgende vil selvevalueringens seks områder blive beskrevet. I selvevalueringen skal områderne beskrives og dokumenteres, ligesom det er muligt at kommentere og reflektere over de enkelte områder. Vi giver eksempler på, hvordan man kan bruge de forskellige dokumentationsværktøjer, som følger med selvevalueringsmodellen. Vi skal understrege, at eksemplerne er fiktive og udelukkende har til formål at illustrere, hvordan dokumentationen kunne foregå.

Målgruppe

Beskrivelse af målgruppe

Beskriv hvem motivationsprogrammet henvender sig til, fx ”alle mandlige indsatte med et misbrug” eller ”alle motiverede”. Beskriv om der tages

højde for etnisk baggrund. Beskriv hvem motivationsprogrammet ikke henvender sig til.

Beskriv visitationsprocedure. Det er vigtigt at beskrive, hvordan I finder frem til målgruppen, og hvilke kriterier I opererer ud fra. Beskriv de praktiske hensyn, der skal tages i forhold til visitering.

Beskriv udskrivningsprocedure. Det er vigtigt at beskrive, hvilke rutiner der findes for udskrivning. Beskriv de praktiske hensyn, der skal tages i forhold til udskrivning.

Dokumentation af målgruppe

Dokumentér de karakteristika, som klienter indskrevet i motivationsprogrammet besidder. Hertil kan bruges data fra dokumentationsværktøjer som fx ASI og Motivationsskemaet. Med ASI kan man dokumentere klienternes misbrugsprofil, de psykiske, fysiske og sociale problemer, m.m.. Med Motivationsskemaet kan man dokumentere motivationsprofil på klienterne. Lav statistik på de indsamlede data og præsenter disse i selvevalueringen.

Grunde til udskrivning af klienter i motivationsprogram skal ligeledes dokumenteres. Hertil kan fx bruges data fra Udskrivningsskemaet. Det er væsentligt at vide, hvorfor udskrivningen er sket, og hvor klienterne er udskrevet til. Lav statistik på de indkomne data og præsenter disse i selvevalueringen.

Refleksion over målgruppe

I denne rubrik kan der reflekteres over følgende afhængigt af, hvilke resultater dokumentationen fremkom med:

- Forskelle/ligheder mellem beskrivelsen af målgruppen og den faktiske målgruppe.
- Hvad vil man ændre/fortsætte med fremover.
- Hvordan fungerer visiteringsproceduren.
- Reflektere over resultaterne fra udskrivningsproceduren.

Behandlingsmål

Med behandlingsmål menes de forandringer, man ønsker at se hos klienten i behandling i løbet af behandlingsforløbet.

Beskrivelse af behandlingsmål

Beskriv motivationsprogrammets behandlingsmål. Beskriv hvordan behandlingsmålene er rettet mod de problemfelter, som karakteriserer motivationsprogrammets målgruppe. Beskriv eventuelle delmål i motivationsforløbet. Er målene differentierede i forhold til de enkelte klienter, så beskriv hvad denne differentiering går ud på, og hvordan den skal fungere.

Beskriv hvilke kriterier der er bestemmende for, at en klient har gennemført motivationsprogrammet.

Dokumentation af behandlingsmål

I selvevalueringen er der plads til at dokumentere op til fem forskellige behandlingsmål. Til dette formål bruges resultaterne fra forskellige dokumentationsværktøjer (fx Motivationsskemaet eller Klientvurderingsskema). Ved brug af Klientvurderingsskemaet kan klienternes vurderinger af hhv. positive og negative resultater af behandlingen sammenfattes og præsentes i selvevalueringen.

Refleksion over behandlingsmål

Denne rubrik gør det muligt at kommentere og reflektere over behandlingsmål, både idealerne og de faktiske mål. Man kunne fx reflektere over følgende afhængigt af, hvilke resultater dokumentationen fremkom med:

- Forskelle/ligheder mellem de beskrevne behandlingsmål og de faktiske behandlingmål i projektet.
- Forskelle/ligheder mellem klienternes vurdering af behandlingen og institutionens behandlingsmål.
- Hvad vil man gøre/ændre/fortsætte med fremover.

Indsatser

Indsatser er de tiltag, som eksisterer i motivationsprogrammet, som fx gruppemøder, gruppeterapi, individuel terapi.

Beskrivelse af indsatser

Beskriv hver indsats for sig og angiv, hvem der står for indsatsen og dermed er ansvarlig og evt. medansvarlig for gennemførelsen af indsatsen. Beskriv hvordan de, der står for indsatsen, er kvalificerede til at varetage opgaven. Begrund herefter, hvorfor denne indsats er vigtig, dvs. hvordan indsatsen passer til målgruppens problemfelter.

Dokumentation af indsatser

Her skal det dokumenteres, at indsatserne gennemføres som planlagt og med deltagelse af hvor mange klienter. Til dette kan fx bruges resultater fra dokumentationsværktøjet Registrering af indsatser. Lav statistik på de indkomne data og præsenter disse i selvevalueringen.

Refleksioner over indsatser

I denne rubrik kan der kommenteres på både beskrivelsen af indsatserne og de faktiske indsatser i motivationsprogrammet. Man kunne fx reflektere

over følgende afhængigt af, hvilke resultater dokumentationen fremkom med:

- Leveres de indsatser I ønsker, og i det omfang I ønsker.
- Savnes indsatser i forhold til målgruppens problemfelter.

Metode

Med metoder menes de behandlingsmæssige metoder, som ligger til grund for indsatserne, fx forskellige former for terapeutiske metoder.

Beskrivelse af metoder

Beskriv de enkelte metoder, og eventuelt hvordan de er tilpasset til brug i arresthus. Det skal kun være korte beskrivelser med eventuelle henvisninger til relevant litteratur om de enkelte metoder og deres dokumenterede effekt i misbrugsbehandling. Begrund hvordan de valgte metoder passer med målgruppens problemfelter.

Dokumentation af metoder

Dokumenteringen af de anvendte metoder hænger sammen med personalets uddannelses- og erfaringsmæssige baggrund. Følgende definitioner skal benyttes i selvevalueringen:

- Uddannelse: Hermed menes fuldført eksamensgivende uddannelse af minimum to års varighed (fx pædagog, socialrådgiver, social- og sundhedsassistent, psykolog).
- Anciennitet: Hvor lang tid har behandleren arbejdet med misbrugsbehandling.
- Efteruddannelse: Diplom på uddannelse af mindst et års varighed eller dokumentation på tre hele ugers (dvs. 15 dages) uddannelse indenfor retningen, som kan fremvises. Dette kan fx være en terapeutisk efteruddannelse, en diplomuddannelse eller en masteruddannelse.
- Erfaringsmæssig baggrund: Erfaring med bestemte metoder fra andet arbejde.

Lav profiler på både behandlere, relevant fængselspersonale og KiF-medarbejdere og præsenter disse i selvevalueringen.

Refleksion over metoder

I denne rubrik kan der kommenteres på både det teoretiske i metoderne og de faktiske erfaringer med brugen af metoderne i motivationsprogrammet. Man kunne fx reflektere over følgende afhængigt af, hvilke resultater dokumentationen fremkom med:

- Forskelle/ligheder mellem de beskrevne metoder og de faktiske kompetencer/kvalifikationer i behandlergruppen.
- Hvilke uddannelsesmæssige tiltag skal til for at opkvalificere behandlingspersonalet?
- Hvilke metodiske overvejelser gøres i forhold til at lave motivationsarbejde i arresthuse?
- Hvad vil man ændre/fortsætte med fremover.

Motivation

Motivation er en subjektiv indstilling, der kan være svær at kvantificere, men som alle bør forholde sig til. Det er vigtigt at få beskrevet og dokumenteret, hvordan man arbejder med motivation.

Beskrivelse af motivation

Beskriv hvilken definition eller hvilke definitioner på motivation, I arbejder ud fra, dvs. hvordan forstår I en klients motivation for behandling. Beskriv hvilke overvejelser I gør jer i forhold til motivationens rolle for motivationsprogrammet. Angiv på hvilke måder motivationsprogrammet aktivt inddrager deltagerne og deres erfaringer, og beskriv hvad der gøres for, at den enkelte deltagers motivation fastholdes i programperioden.

Dokumentation af motivation

Motivation kan godtgøres som den enkelte klients begrundelser for at gå i behandling, den enkelte klients aktive deltagelse i motivationsprogrammet, samt klientens egen vurdering af hans eller hendes motivation.

Klienters motivation for at søge og forblive i motivationsprogrammet kan dokumenteres fx med anvendelse af Motivationsskemaet. Med Motivationsskemaet er det muligt at bruge faktorscoren som baggrund for fokusområder i forhold til et motivations- og erkendelsesarbejde for klienterne. Dvs. skemaet giver et væsentligt fingerpeg om, hvor stor chancen er for, at klienten gennemfører forløbet i relation til hans/hendes erkendelse af behov for hjælp.

Klienters aktive deltagelse i motivationsprogrammet kan dokumenteres med fx Registrering af indsatser. Lav statistik på de indsamlede data og præsenter dem i selvevalueringen.

Klienternes egen vurdering af deres motivation kan dokumenteres med Klientvurderingsskemaet. Lav statistik på de indsamlede data og præsenter dem i evalueringen.

Refleksion over motivation

Her kan der kommenteres på både, hvad motivationsprogrammet forstår

ved motivation hos klienterne, og hvordan det udfolder sig i praksis. Man kunne fx reflektere over følgende afhængigt af, hvilke resultater dokumentationen fremkom med:

- Forskelle/ligheder mellem programmets forståelse af motivation og klienternes faktiske motivation.
- I hvilken grad er klienternes motivation tilfredsstillende ved indskrivning i projektet
- Hvad vil man ændre/fortsætte med fremover i forhold til at sikre deltagernes stadige motivation.

Internt samarbejde

Det er vigtigt for kvaliteten af motivationsprogrammer i arresthuse, at et samarbejde mellem arresthuspersonale og misbrugsbehandlere i det pågældende program etableres. Ansvarsområder for både arresthuspersonale, KiF-medarbejdere og behandlere bør være tydelige og udspecificerede. Endelig bør der eksistere procedurer for håndtering af eventuelle konflikter.

Beskrivelse af retningslinierne for internt samarbejde

Beskriv hvilke retningslinier der er for internt samarbejde. Dette kan gøres ved at beskrive, hvilke samarbejdsfora der er på stedet, hvor ofte de afholdes, og hvem der deltager.

Beskriv retningslinierne for rolle-, ansvars- og kompetencefordeling mellem behandlere, KiF-medarbejdere og fængselspersonale. Hvis disse endnu ikke findes i skriftlig form, bør de udarbejdes.

Beskriv procedurer for eventuel konflikthåndtering. Her tænkes fx på, hvem der tager ansvaret for at løse konflikter, eller hvem man som ansat kan gå til, hvis en konflikt opstår personalet imellem.

Dokumentation af det interne samarbejde

Angiv hvilke møder med deltagelse af hvem, der er afholdt på hvilke tidspunkter.

Refleksion over internt samarbejde

I denne rubrik kan der kommenteres på både retningslinierne for det interne samarbejde og det faktiske samarbejde, der er foregået. Man kunne fx reflektere over følgende afhængigt af, hvilke resultater dokumentationen fremkom med:

- Forskelle/ligheder mellem de beskrevne retningslinier og det faktiske samarbejde.
- Hvilke tiltag kunne fremme/lette det interne samarbejde?
- Er der behov for yderligere samarbejdsfora og/eller supervision?
- Er rolle og ansvarsområder tydelige?

Brugervejledning til de elektroniske versioner af dokumentationsværktøjer og selvevalueringsmodeller – arresthuse

Introduktion

Følgende brugervejledning giver bedst mening, når man står med dokumentationsværktøjerne i hånden (se Appendix 2) og/eller skal indtaste resultaterne fra værktøjerne på computer i de hertil designede Excel ark, som ligger på cd-rommen. Overordnet er det vigtigt at understrege:

Hvordan gemmer jeg data? De Excel ark, der ligger på cd-rommen, er masterkopier. De er skrivebeskyttede, og derfor kan man ikke gemme data på disse. Derfor gør man følgende: Hver gang en evalueringsperiode påbegyndes, åbnes de enkelte Excel ark fra cd'en, der vælges "GEM SOM" og det nye version gives et navn fx "december 2006 til maj 2008", dvs. den periode som dataindsamlingen til en evaluering foregår i. Det er denne nye kopi, som data fra dokumentationsværktøjerne indføres i.

Hvordan printer jeg resultater fra et Excel ark? Marker det område i Excel arket, der skal printes. I dialogboksen "print" afkrydses det lille felt, der hedder "markeringen". Gøres dette ikke, printer man mange ubrugelige sider.

Klientvurderingsskemaet

På papiret: Som det fremgår af skemaet er der 11 spørgsmål, der kan besvares med følgende muligheder til afkrydsning: *slet ikke tilfreds, lidt tilfreds, noget tilfreds, en del tilfreds, meget tilfreds*. Dette besvares af de indsatte med afkrydsning i forhold til, hvordan de selv vurderer tilfredsheden med de nævnte forhold eller indsatser.

I spørgsmål 5 til 8 er oplægget, at I som institution vælger to nøgleindsatser (fx gruppeterapi, kognitiv træning), I ønsker at få belyst fra de indsattes perspektiv. Disse to indsatser skrives i det prikkede …….felt. *Antallet* forstås på den måde, at det er den tid eller de antal gange, der er afsat til den bestemte indsats. Dvs. synes indsatte eksempelvis, at der kunne være mere eller mindre af den givne indsats. *Kvaliteten* forstås på den måde, at det er *den indholdsmæssige side* af indsatsen, der vurderes.

I Excel ark: Excel dokumentet "klientvurderingsskema" åbnes, man vælger "gem som" i filer, og det nye dokument navngives fx som "Klientvurdering december 2006 til maj 2008". Denne fil gemmes på computerens C-drev

plus en backup andetsteds. Mht. indtastning af data: I venstre nedre hjørne ses det ark, der hedder indtastning. I første omgang er det det vigtigste ark. Hvert indleveret skema tastes ind på en vandret række. Dvs. at er spørgsmål 1 besvaret med *meget tilfreds*, tastes værdien 4 i første celle i den første vandrette række. Er spørgsmål 2 besvaret med *noget tilfreds*, tastes værdien 2 i den næste celle i første vandrette række. De forskellige værdier (fra 0 til 4) kan ses ved at klikke på det felt, der hedder "manual". Alle 11 spørgsmål tastes hermed ind vandret for hvert besvaret ark.

Når man har tastet eksempelvis 35 skemaer ind, kan man klikke på det ark, der hedder resultater. Her kan man for hvert spørgsmål (1 til 11) se, hvor mange der har svaret eksempelvis *meget tilfreds* eller *noget tilfreds*. Under hvert spørgsmål er der en boks, der hedder vis diagram. Klikker man på den under spørgsmål 1, åbnes en procentvis lagkagemodel i ark 3, der samler alle 35 besvarelser i en samlet oversigt. Hvert spørgsmål vises i en ny lagkage i ark 3, når man trykker "vis". Hermed har man en simpel oversigt og dokumentation for indsattes vurderinger på de forskellige spørgsmål. Man kan også højreklikke på hver lagkage og trykke *kopier* og samtidig have et Word-dokument åbent. Heri (i Word) højreklikker man igen og trykker *indsæt.* På den måde kan man samle alle lagkager i ét dokument.

Motivationsskema

<u>På papiret</u>: Skemaet udgøres af seks spørgsmål, der kan besvares med følgende variabler: *1= meget uenig, 2 = uenig, 3 = usikker,4 = enig, 5 = meget enig*. Husk at anføre navn og ID nummer på hvert skema – både på papiret og på computeren.

<u>I Excel ark</u>: Husk at lave en kopi fra masterkopien på CD-rommen, gem den og navngiv den. Hvert indsamlet skema indtastes ligesom det foregående vandret. Hvert spørgsmål besvares med et tal mellem 1 og 5. Variablerne er *1=meget uenig 2=uenig 3=usikker 4=enig 5=meget enig.*

Kolonne I er en beregningskolonne, der udregner en score på klienten. Denne score trækkes automatisk over i en resultattabel, hvoraf det fremgår, at man kan lave fire grupper. Gruppe 1 har scoren mellem 23 og 25 point, Gruppe 2 scoren mellem 19-22 point, Gruppe 3 mellem 15 og 18 point og Gruppe 4 scorer under 15 point. Rettesnoren her er, at jo lavere scoren er, desto større er sandsynligheden for, at klienten ikke gennemfører programmet som planlagt. Det modsatte er gældende ved høj score.

Udskrivningsskema

<u>Findes kun digitalt som Excel ark</u>: Åben skemaet, vælg "gem som" og navngiv med fx "udskrivning december 2006 – maj 2008". Sørg for at der indtastes oplysninger i det ark, der hedder "indtastning". I kraft af at dette

skema kun findes digitalt, er ideen, at det udfyldes i forbindelse med, at en indsat forlader afdelingen. Der er 14 spørgsmålsfelter (hvor det ene ikke nødvendigvis udelukker det andet). Disse skal alle besvares JA eller NEJ, henholdsvis skrives værdi 1 eller 0. Igen tastes hver indsat på langs, dvs. vandret.

Efter x antal klienter/indsatte kan man trykke på det ark, der hedder "resultater". Under hvert spørgsmål kan man her se en optælling af indsatte og en procentvis oversigt over grunde til behandlingsstop, fx *selv ønsket at forlade afdelingen, fuldført internt program, viderevisiteret til anden behandling* etc.

ASI Skema: INDSKRIVNING

<u>På papiret</u>: ASI er udviklet som et redskab til en struktureret samtale eller interview mellem en klient og fx behandler. ASI kan ikke udfyldes af klienten på egen hånd, men skal bruges som et interviewskema. ASI kan bruges i visitationen, idet dette giver en struktureret samtale, der samtidig giver oplysninger om klientens problemfelter. Det kan udfyldes af behandler eller socialrådgiver i denne forbindelse.

I mange spørgsmål findes der en kategori, der hedder "N". Dette står for "ikke relevant" og bruges, hvis klienten ikke mener at have nogle problemer af denne art, eller hvis klienten aldrig har brugt fx heroin, når der spørges til debutalder – i disse tilfælde skrives der N.

<u>I Excel ark</u>: Åben skemaet, vælg "gem som" og navngiv med fx "ASI indskrivning, december 2006 – maj 2008". Husk også at tage en backup.

Excel arket har tre sider, der ses nederst til venstre i dokumentet fra venstre mod højre. Disse sider hedder "basis", "belastning", "stoffer". Disse sider svarer til spørgsmålsopdelingerne i papirformatet. Dette er gjort for overskuelighedens skyld. Data fra hvert enkelt udfyldt skema tastes ind på langs, dvs. VANDRET. Navn og CPR-nr. udfyldes kun på den side/ark, der hedder "basis". ID nr. overføres automatisk til de to andre sider i den samme vandrette række.

<u>I arket "basis"</u> (vælges nederst til venstre) er der 12 spørgsmål. De første 4 spørgsmål giver sig selv. I det følgende forklares de spørgsmål, der kan synes lidt mere komplicerede. Men generelt gør det sig gældende, at i den gule "bjælke" øverst, hvor spørgsmålene står formuleret, er der angivet nogle tal, der svarer til de forskellige svarmuligheder. I nogle tilfælde står tallene som en del af bjælken, i andre tilfælde skal man klikke på "manual" for at se svarmuligheder – men svarmulighederne er altid overensstemmende med det svar, der er givet i papirform. Altså overensstemmende med det skema, der tastes ind. Fx i spørgsmål 5 klikkes på manual for at se, hvilke

værdier der kan tastes: sædvanlige samlivsforhold *1: med partner og børn under 18, 2: med partner uden børn osv.*. Det samme gør sig gældende i spørgsmål 8. Klikker man på "manual", ser man, at der er angivet værdier fra tal 1 til tal 9, her taster man det tal, der er overensstemmende med svaret i skemaet.

Resultater for "basis" kan ses, hvis man går ned til linie 1000 i arket "basis" (i princippet kan man altså taste op til 1000 klienter ind i ét skema/ark). Her laver arket en automatisk optælling, således I får et overblik over misbrugshistorie (hvor mange har tidligere været i behandling for misbrug, og i hvor lang tid har folk haft et misbrug?), samlivsforhold (kommer størstedelen fra en forholdsvis stabil situation eller fra gaden eksempelvis?).

Arket "belastning" (vælges nederst til venstre) udgøres af 19 spørgsmål. De første 4 spørgsmål drejer sig om kriminalitet og fysiske problemer. Her klikkes på manual, og der ses, at der kan tastes et tal ind mellem 0 og 4, der svarer til det svar, der er givet på skemaet. Valgte svar tastes. Eller der tastes N, hvis det ikke er relevant for den pågældende klient. Spørgsmål 6 til 19 kan kun besvares med 1: JA, 2: NEJ, 3: UOPLYST.

Resultater for arket "belastning" kan igen ses ved at gå ned til linie 1000. Arket producerer igen en automatisk sammentælling/optælling af de indtastede oplysninger.

I arket "stoffer" (vælges nederst til venstre) er der 16 grundspørgsmål, der alle har tre svarmuligheder, dvs. 48 spørgsmål i alt. Princippet er det samme i alle 16 blokke. Her forklares fra spørgsmål 1 til 4. *Debutalder* tastes ind, lige ud af landevejen – hvis klienten aldrig har haft et misbrug af dette stof, tastes der N. Under *Indtagelseshyppighed de sidste seks måneder* vælger man svarmulighed i manual: her kan vælges fra 1: under 2 gange ugentligt, 2: mellem 3 og 6 gange ugentligt, 3: dagligt, 4: andet og 5: uoplyst. Endelig kan man også taste N. Det angivne svar tastes ind som et tal mellem 1 og 5. *Typisk indtagelsesmåde:* her vælges igen manual og det tal – her mellem 1 og 7 – der svarer til det angivne svar tastes ind. Eller der tastes N for ikke relevant.

Resultater for arket "stoffer" kan igen ses ved at gå ned til linie 1000. Arket producerer igen en automatisk sammentælling/optælling af de indtastede oplysninger. Dvs. her kan I få et udredningsoverblik over, hvilke typer af stoffer der er klienters hovedstoffer. Har I eksempelvis mange indsatte, der har haft heroin og metadon som hovedstof. Eller har I flest folk, der har partystoffer som hovedmisbrug, fx kokain, ecstasy og andet.

Registrering af Indsatser

Findes kun digitalt som Excel ark: Åben skemaet, vælg ”gem som”, navngiv med fx ”Indsatser december 2006 – maj 2008” og læg den nye version på C-drevet på din computer. Dette er det eneste skema, man ikke kan skrive 0 i, altså er der ikke afholdt/planlagt en indsats skrives ingenting i feltet. Skemaet er konstrueret på den måde, at I fra venstre mod højre nederst har 12 ark – månedsvis. Der er 12 rækker nedad. I første felt i hver række skriver I navnet på den indsats, der skal registreres (fx kognitiv træning eller gruppeterapi - gruppesession). Igen udfyldes hver indsats/række vandret. I næste kolonne i samme række (fx lige efter navnet ”kognitiv træning”) skrives det antal gange, I har planlagt den pågældende indsats skal afholdes. Dvs. for hver måned I påbegynder, er I nødt til at foretage en optælling af antal planlagte indsatser. Dette felt skal udfyldes. Herefter udfyldes på langs (vandret) for hver dato månedsvis. Dvs. er indsatsen afholdt eksempelvis den 15. december, skrives først 25 for mulige deltagere og herefter skrives eksempelvis 22 for antal fremmødte. Er indsatsen ikke afholdt som planlagt skrives enten værdien *1: aflyst på grund af sygdom, 2: aflyst på grund af kursus, 3: aflyst på grund af andet, 4: ingen indsats.* Dette tal mellem 1 og 4 skal angives i både i feltet ”mulige” og ”deltog”, når indsatsen er aflyst.

Resultater for Indsatser opgøres i hver måneds ark. Gå til det felt, der hedder ”BO” og gå ned til linierne 18 - 29: Her ses en oversigt over det samlede antal gennemførsler for hver indsats og det samlede antal aflysninger. Endvidere kan man her se/dokumentere, hvor meget der er afholdt, og hvor meget der er aflyst pga. sygdom eller kursus.

Installering og brug af Selvevalueringsmodel – arrest-huse

Indsæt den tilsendte cd-rom og åben den med Stifinder i Windows.

Figur 1. Indholdet på cd-rommen

Vælg de to objekter *content* og *SelvEVA* ved at holde *Ctrl-tasten* nede og klikke én enkelt gang på de to objekter *content* og *SelvEVA*, således at de er fremhævet. Tryk nu på *Ctrl+C* for at kopiere de to objekter til jeres pc. I kan enten vælge *skrivebordet* eller mappen *Dokumenter*. Klik én enkelt gang på *skrivebordet* for at kopiere indholdet herover, og tryk på *Ctrl+V* for at indsætte. Efter et kort tidsrum er indholdet kopieret over, så vent med lidt tålmodighed. Ønsker I at kopiere de to valgte objekter til dokument-mappen, åbnes denne, og der trykkes *Ctrl+V* for at indsætte. For at starte SelvEVA op, dobbelt-klikker I på SelvEVA på jeres egen pc.

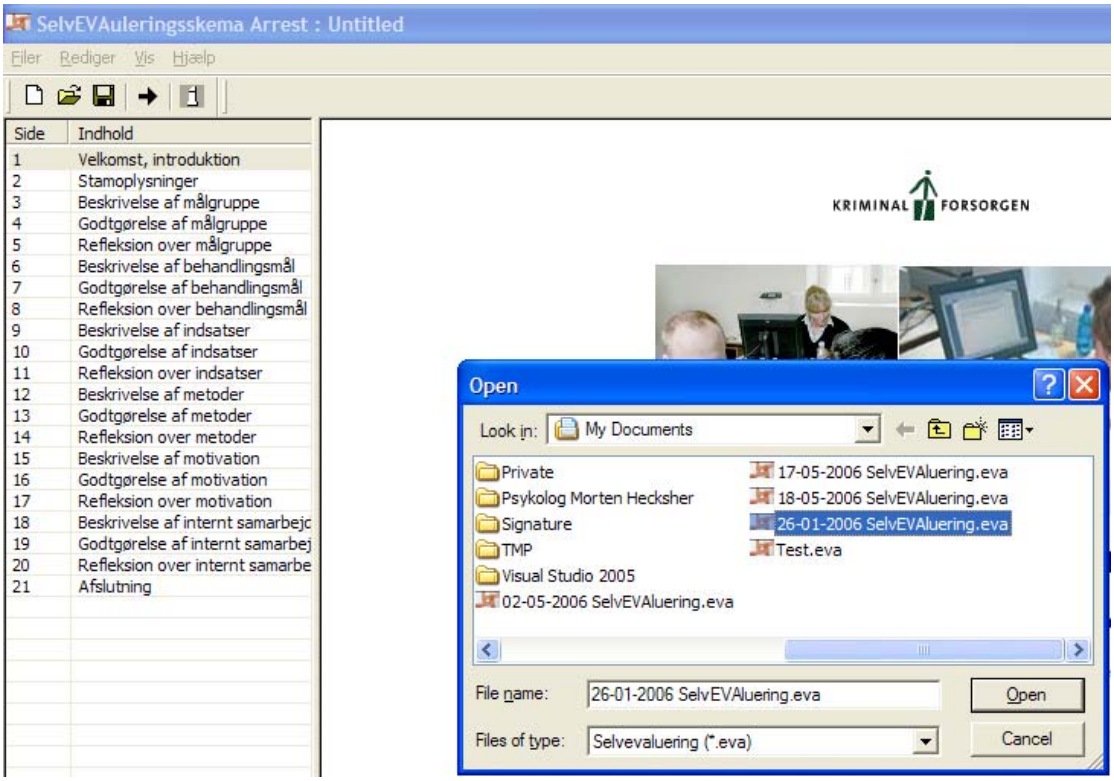
NB! I skal køre programmet fra den kopi, I lige har lagt på jeres egen pc, *ikke* den fra cd-rommen. Den er skrivebeskyttet, så det, I måtte indtaste, kan ikke gemmes.

Åbne eksisterende selvevalueringsskema

Figur 2. Åbne eksisterende selvevalueringsdokument

For at åbne allerede gemte selvevalueringer – dem, I allerede har arbejdet med, skal I vælge menuen *Filer* og punktet *Åben*.

I får nu en dialogboks som i nedenstående:



Figur 3: Fil dialogboks til åbning af eksisterende selvevalueringsdokument

Normalt vil selvevalueringer være gemt i mappen *Dokumenter*. Vælg det selvevalueringsskema, I ønsker at arbejde med. Dette har typisk et navn med en dato eller en sigende titel på selvevalueringsforløbet.

Gem nyt selvevalueringsskema

For at gemme selvevalueringsskemaer bruges menuen *Filer* og punktet *Gem*. Første gang dette gøres, fremkommer en dialogboks, hvor I skal angive navnet på selvevalueringsskemaet. I kan selv vælge navn, og det anbefales at anvende et sigende navn, hvor dette f.eks. kunne være *Maj 2007 Medarbejders Selvevaluering*. Efterfølgende vil Gem-funktionen gemme det skema, der arbejdes med.
I kan altid gemme et indlæst selvevalueringsskema under et nyt navn ved hjælp af menuen *Filer*, punktet *Gem som...* Her skal der altid angives et nyt navn. Anvendes navnet på det allerede åbne selvevalueringsskema, overskrives dette.

Oprette nyt selvevalueringsskema

Ved påbegyndelse af ny selvevalueringsperiode er det nødvendigt at oprette et nyt skema – et tomt skema så at sige. Vælg i menuen *Filer* punktet *Nyt skema*.

I opretter typisk et nyt skema i forbindelse med starten af en ny selvevalueringsperiode eller ved oprettelse af nyt selvevalueringsskema til f.eks. en anden medarbejdergruppe. Husk at gemme dette under nyt navn.

Udskriv

Evalueringsskemaet kan blive meget stort og består af en række enkle punkter, hvorfor udskrivning er delt i to former:

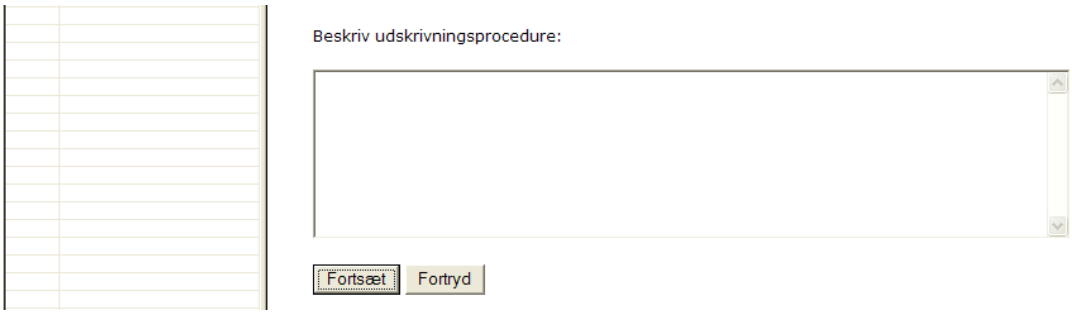
- Standard er udskrivning af det ark, som vises.
- Alternativt kan hele skemaet udskrives.

Udskriv hele skemaet

For at udskrive hele skemaet, skal de enkle ark først sammensættes, hvorfor følgende procedure skal følges.

- Åben det selvevalueringsskema, I ønsker at udskrive.
- Gå igennem siderne. Det vil sige, I skal klikke på hvert enkelt menupunkt i venstre side.
- Gem herefter selvevalueringsskemaet
- Tryk på Udskriv hele skema
- I bliver nu ledt over i et *preview* af hele skemaet og kan udskrive alle sider eller udvalgte sider, som I selv ønsker.

Udfylde felter - vigtigt



Figur 4. Indtastningsområde med de vigtige knapper *Fortsæt* og *Fortryd* i bunden

På alle ark i evalueringsskemaet findes der i bunden to knapper *Fortsæt* og *Fortryd*.

Når relevante informationer på arket er udfyldt, skal I trykke på knappen *Fortsæt* for at opdatere indholdet på siden.

Almene genveje i Windows

Nedenstående er vigtige almene genveje i Windows, som er gode at anvende og kunne udenad.

Ctrl+C: Kopiering af fremhævet, valgt tekst
Ctrl+V: Indsætte kopieret indhold, hvor cursor er placeret
Ctrl+A: Vælg alt i tekstfelt
Ctrl+Z: Fortryd sidste handling
Alt+Tab: Skifte mellem aktive åbne programmer (f.eks. Word og SelvEVA).

Manual til selvevalueringsmodel i behandlingsafsnit i fængsler

Indhold

Denne manual er en guide til tre områder i forbindelse med selvevaluering. Det anbefales derfor at læse hele manualen, før selvevalueringen påbegyndes, og den fungerer endvidere som en god guide undervejs i forløbet. De tre områder i denne manual er:

- Introduktion til selvevaluering, hvilke oplysninger en sådan proces tilvejebringer, og hvordan den bruges i praksis. Herunder er der også en kort beskrivelse af formålet med de forskellige dokumentationsværktøjer.
- En praktisk guide til, hvordan dokumentationsværktøjerne anvendes, og hvordan data herfra indtastes på computeren i Excel ark. Dette muliggør at danne sig et samlet overblik over gruppen af klienter.
- Beskrivelse af hvordan Selvevalueringsprogrammet installeres og bruges på computeren.

Hvem laver selvevalueringen?

Formålet med selvevalueringen er at dokumentere og vurdere de programmer, der tilbydes til indsatte stormisbrugere i fængsler i Danmark. Behandlingsinstitutionerne, der tilbyder behandlingsprogrammer i fængsler, er ofte ikke vant til at arbejde under de forhold, som gør sig gældende i et fængsel. Omvendt er fængselspersonale ofte ikke vant til, at der tilbydes behandling til indsatte med et stofmisbrug. Det kræver således et samarbejde mellem behandlingsinstitution og fængselsvæsen at få behandlingssprogrammet til at fungere. Dette forhold er også grundlaget for selvevalueringen. I selvevalueringsmodellen går visse områder direkte på behandlingen, som fx mål for behandling. Andre tager både behandlerteamet og fængselspersonale del i, fx internt samarbejde Og andre områder igen er fængslets ansvarsområde, som fx udarbejdelse af handleplaner. Derfor er det vigtigt, at der etableres et samarbejde omkring udfærdigelsen af selvevalueringen.

I dette koncept er både behandlingsinstitution og fængselsvæsen ansvarlig for udfærdigelsen af selvevalueringen. Vi foreslår, at et evalueringsteam bestående af personer, der repræsenterer de forskellige grupper, der er involveret i selvevalueringen, også er ansvarlig for selvevalueringen. Det er vigtigt, at dette team har fuld ledelsesopbakning til at udføre deres arbejde. Evalueringsteamet kan bestå af behandlingsleder, afdelingsleder, en overordnet leder fra fængselsvæsenet (og/eller behandlingskonsulent) og en overordnet leder fra behandlingsinstitutionen. Det er vigtigt, at daglige ledere deltager i evalueringsteamet. De kender dagligdagen, ved hvad der er

realistisk (fx med hensyn til implementering af dokumentationsværktøjer), hvad der skal evalueres på (fx hvilke indsatser der skal med i selvevalueringen), og de kender de forskellige arbejdsgange og kan komme med forslag til, hvordan de nye arbejdsområder, som formodentlig kommer med selvevalueringen, kan indarbejdes (fx implementering af nye dokumentationsværktøjer).

Eftersom der er flere forskellige ledelseshierarkier, når man henter behandlingsinstitutioner ind i fængselsvæsnet, er det vigtigt, at det er ledelsen fra både behandlingsinstitutionen og fængslet, der bakker op om evalueringen.

Selvevalueringsmodellen

Selvevalueringsmodellen er en skabelon, der både findes i elektronisk format og som et word-dokument. Modellen indeholder de forskellige områder, som selvevalueringen skal omkring. Den består af syv forskellige områder:

1. Målgruppe
2. Behandlingsmål
3. Indsatser
4. Metoder
5. Motivation
6. Individuel planlægning og koordinering
7. Internt samarbejde

Hvert område skal både *beskrives*, *godtgøres* og *reflekteres* over. I de følgende afsnit findes udførligt beskrevet, hvordan hvert område skal behandles.

Overordnet skal *beskrivelsen* af et område indeholde det, som behandlingsprogrammet stræber efter, dvs. det grundlag som denne form for behandling er bygget op omkring. *Godtgørelsen* skal være baseret på dokumentation af indsatsen, dvs. systematisk indsamlet, skriftlige data på både klienter og behandlingsprogram, som dokumenterer, at det, der stræbes efter, nås. Nedenfor introduceres forslag til forskellige dokumentationsværktøjer, dvs. værktøjer til skriftlig dokumentation, som kan bruges i selvevalueringen. *Refleksionen* over de enkelte områder kan indeholde overvejelser over forholdet mellem beskrivelsen af behandlingen og dokumentationen af behandlingen. Endvidere er der plads til at diskutere aspekter ved behandlingen, som ikke kan måles og vejes, men som anses som væsentlige.

Selvevalueringens grundelementer:

1. Beskrivelse	Grundlag/mål for motivationsprogram
2. Godtgørelse	Dokumentation for behandling
3. Refleksion	Overvejelser over behandling

Introduktion til dokumentationsværktøjer

Det er i dag forskelligt, hvilke dokumentationsværktøjer der bruges i behandlingsprogrammer. Det er vigtigt, at de dokumentationsværktøjer, der bruges, kan tilvejebringe de oplysninger, der er brug for til at dokumentere målgruppe, forløb og korttidseffekt af behandlingen.

I det følgende introduceres fem forskellige værktøjer, som kan bruges til at dokumentere og dermed godtgøre hhv. klientgruppen, klientforløb og programforløb. Værktøjerne findes i papirformat og/eller i elektronisk form på cd-rom.

Europ-ASI (korrigeret)

Der er to versioner af Europ-ASI vedlagt denne selvevalueringsmodel. De består af hhv. et indskrivningsskema og et opfølgningsskema. Europ-ASI kan bruges til at dokumentere oplysninger på klienter (køn, alder, misbrugsprofil, etc.), måle effekt af behandling (fysiske, psykiske og sociale ændringer hos klienten), få overblik over gruppen af klienter i behandling, og bruges som udredningsværktøj i en visitationsprocedure. Europ-ASI findes både i papirformat og i elektronisk form. Det anbefales at Europ-ASI bruges ved indskrivning i behandling, og at der laves opfølgningsinterviews hver tredje måned.

- Udredningsværktøj
- Indsamling af klientens basisoplysninger
- Undersøge om man når søgte målgruppe
- Effekt af behandling

Udskrivningsskema

Udskrivningsskemaet bruges til at registrere antallet af klienter, der fuldfører behandlingsprogrammet. De enkelte behandlingsprogrammer har forskellige kriterier for, hvornår en klient har fuldført programmet, disse kriterier angives i selvevalueringen. Udskrivningsskemaet bruges også til at registrere behandlingsrelaterede tiltag, som klienten visiteres til efter fuldført program. Endelig bruges skemaet til at dokumentere grunde til behandlingsstop før fuldført program. Udskrivningsskemaet findes udelukkende i

elektronisk form som Excel ark. Skemaet danner selv løbende statistik, der herefter manuelt indføres de relevante steder i selvevalueringen.

- Klienters gennemførelsesgrad
- Grunde for behandlingsstop
- Mønstre i videre behandling

Klientvurderingsskema

Dette skema bruges til at danne sig et indtryk af klienternes generelle vurdering af behandlingen samt deres vurderinger af udvalgte områder af behandlingsprogrammet (handleplan, motivation, klienters prioritering af vigtigste indsatser). Den enkelte behandlingsafdeling anfører selv på skemaet, hvilke to indsatser man ønsker klienternes vurderinger af, typisk vil det være programmets kerneydelser. Skemaet skal udfyldes anonymt af de enkelte klienter, hvorefter svarene indtastes i tilhørende Excel ark. I Excel format danner skemaet selv løbende statistik, der herefter manuelt indføres i selvevalueringen. Pkt. 18 bruges udelukkende som orientering til behandlerne. Skemaet kan udfyldes fx hver anden måned.

- Klienters vurdering af indsatser
- Klienters vurdering af motivation
- Klienters vurdering af handleplan

Registrering af indsatser

Dette dokumentationsværktøj bruges til at dokumentere, i hvilken grad planlagte behandlingsindsatser gennemføres. Grunde for aflysning af de enkelte indsatser og klientfremmøde for de enkelte indsatser registreres. Den enkelte behandlingsafdeling vælger selv, hvor mange og hvilke indsatser de ønsker at dokumentere på. Skemaet findes udelukkende i elektronisk form som Excel ark. Skemaet danner selv løbende statistik, der herefter manuelt indføres de relevante steder i selvevalueringen. Registreringen bør foregå dagligt.

- Dokumentation af indsatser
- Dokumentation af klienters deltagelse i indsatser

Motivationsskemaet

Motivationsskemaet er inspireret af et redskab til at måle motivation udviklet af Simpson et al. (http://www.ibr.tcu.edu/downloads.html). Nærværende udgave er dog en kraftig forkortet udgave, der kun består af seks spørgsmål. Motivationsskemaet udfyldes ved indskrivning til behandlingsprogrammet.

- Motivationsmåling af klienter før motivationsprogram
- Undersøge om man når søgte målgruppe

Motivationsskemaet kan i en ikke ringe grad forudsige, om klienterne gennemfører behandlingsprogrammet. Sandsynligheden for, at klienten ikke gennemfører behandlingsforløbets fulde længde, er, når scoren er lav. Scoren udregnes i det medfølgende Excel ark. En lav score er udtryk for, at klienten har en manglende forståelse for, at stoffer udgør et centralt problem i vedkommendes liv. Det skal hertil siges, at faktorscoreanalysen er baseret på baggrund af det, man indenfor forskningen kalder en signifikant sammenhæng mellem lav score og bortvisning/overflytning af klienten. Det betyder naturligvis ikke, at alle, der scorer lavt, nødvendigvis ikke gennemfører, men at der er overvejende sandsynlighed herfor. Derfor anbefaler CRF, at de scorer, der opnås i skemaet, kan fungere som en rettesnor for tilrettelæggelse af motivations- og erkendelsesarbejdet hos klienten.

Sammenhængen mellem bortvisning/ overflytning og motivation

Faktor-score Kontrol stof-problemer	Bortvist/ overflyttet	Antal
1. 23-25 point		
2. 19-22 point		
3. 15-18 point		
4. Under 15 point		

Gennemgang af de syv områder i selvevalueringsmodellen

I det følgende vil selvevalueringens syv områder blive beskrevet. Flere af disse områder hænger sammen og påvirker hinanden. Valg af målgruppe påvirker fx valg af metoder, indsatser og mål for behandling. I selvevalueringen skal områderne beskrives og dokumenteres, ligesom det er muligt at kommentere og reflektere over de enkelte områder. Vi giver eksempler på, hvordan man kan bruge de forskellige dokumentationsværktøjer, som føl-

ger med selvevalueringsmodellen. Vi skal understrege, at eksemplerne er fiktive og udelukkende har til formål at illustrere, hvordan dokumentationen kunne foregå.

Målgruppe

Beskrivelse af målgruppe

Beskriv hvem behandlingsprogrammet henvender sig til, fx ”mænd mellem 18 – 35 år med et blandingsmisbrug”, ”alle indsatte med et misbrug” eller ”alle motiverede”. Beskriv om der tages højde for etnisk baggrund. Beskriv hvem behandlingsprogrammet *ikke* henvender sig til.

Beskriv visitationsprocedure. Det er vigtigt at beskrive, hvordan I finder frem til målgruppen, og hvilke kriterier I opererer ud fra. Beskriv de praktiske hensyn, der skal tages i forhold til visitering.

Beskriv udskrivningsprocedure. Det er vigtigt at beskrive, hvilke rutiner der findes for udskrivning. Beskriv de praktiske hensyn, der skal tages i forhold til udskrivning.

Dokumentation målgruppe

Dokumentér de karakteristika, som klienter indskrevet i behandlingsprogrammet besidder. Hertil kan bruges data fra dokumentationsværktøjer som fx ASI og Motivationsskemaet. Med ASI kan man dokumentere klienternes misbrugsprofil, de psykiske, fysiske og sociale problemer, m.m.. Med Motivationsskemaet kan man dokumentere grad af motivation på klienterne. Lav statistik på de indsamlede data og præsenter disse i selvevalueringen.
Grunde til udskrivning af klienter i behandling skal ligeledes dokumenteres. Hertil kan fx bruges data fra Udskrivningsskemaet. Det er væsentligt at vide, hvorfor udskrivningen er sket (fx endt behandling, endt afsoning, udsmidning fra programmet med afsoning andet sted), og hvor klienterne er udskrevet til. Denne viden kan være med til at fokusere på, hvilke klientprofiler, der især matcher behandlingsprogrammet, og hvilke der skal gøres en ekstra indsats over for, for at de ikke af forskellige grunde forlader programmet. Lav statistik på de indkomne data og præsenter disse i selvevalueringen.

Refleksion over målgruppe

I denne rubrik kan der reflekteres over følgende afhængigt af, hvilke resultater dokumentationen fremkom med:

- Forskelle/ligheder mellem beskrivelsen af målgruppen og den faktiske målgruppe.
- Hvad vil man ændre/fortsætte med fremover.
- Hvordan fungerer visiteringsproceduren.
- Reflektere over resultaterne fra udskrivningsproceduren.

Behandlingsmål

Med behandlingsmål menes de forandringer, man ønsker at se hos klienten i behandling i løbet af behandlingsforløbet. Behandlingsmål kan være kortsigtede og langsigtede. Kortsigtede mål kan måles indenfor selve behandlingstiden og kunne fx være ”psykisk bedre velfungerende” eller ”styrket jeg-følelse”. Langsigtede mål handler om visioner for klientens tilværelse efter endt behandling og kunne fx være stoffrihed eller reducering af recidiv. Behandlingsmål kan være forskellige, afhængig af hvilke problemfelter der karakteriserer den målgruppe, som behandlingsprogrammet er rettet imod. Behandlingsmål hænger således sammen med målgruppens problemfelter.

Beskrivelse af behandlingsmål

Beskriv både behandlingsprogrammets langsigtede og kortsigtede mål. Gør dog mest ud af behandlingsprogrammets kortsigtede mål. Beskriv hvordan behandlingsmålene er rettet mod de problemfelter, som karakteriserer behandlingsprogrammets målgruppe. Beskriv eventuelle delmål i behandlingsforløbet. Er målene differentierede i forhold til de enkelte klienter, så beskriv hvad denne differentiering går ud på, og hvordan den skal fungere.
Beskriv hvilke kriterier der er bestemmende for, at en klient har gennemført behandlingsprogrammet.

Dokumentation af behandlingsmål

I selvevalueringen er der plads til at godtgøre op til fem forskellige behandlingsmål. Dokumentationen gælder udelukkende kortsigtede behandlingsmål. Til dette formål bruges resultaterne fra forskellige dokumentationsværktøjer (fx ASI eller Klientvurderingsskema). Et eksempel kunne være: hvis et af målene med behandlingen er, at klienterne skal blive psykisk bedre velfungerende kan dette mål godtgøres via ASI. Klienterne interviewes med ASI fx hver tredje måned, og klienternes psykiske tilstand kan således følges over tid. Lav statistik på de indkomne data og præsenter disse i selvevalueringen.

En anden måde at dokumentere et behandlingsmål på er at bruge Klientvurderingsskemaet. Sammenfat klienternes vurderinger af hhv. positive og negative resultater af behandlingen og præsenter disse i selvevalueringen.

Refleksion over behandlingsmål

Denne rubrik gør det muligt at kommentere og reflektere over behandlingsmål, både idealerne og de faktiske mål. Man kunne fx reflektere over følgende afhængigt af, hvilke resultater dokumentationen fremkom med:

- Forskelle/ligheder mellem de beskrevne behandlingsmål og de faktiske behandlingmål i projektet.
- Forskelle/ligheder mellem klienternes vurdering af behandlingen og institutionens behandlingsmål.
- Hvad vil man gøre/ændre/fortsætte med fremover.

Indsatser

Indsatser er de tiltag, som eksisterer i behandlingsprogrammet, som fx akupunktur, arbejdstræning, gruppemøder, gruppeterapi, individuel terapi, madordning. Visse indsatser varetages udelukkende af behandlerteamet, andre af behandlerteam og fængselspersonale i fællesskab og nogle varetages måske udelukkende af fængselspersonalet. Det er udelukkende indsatser, der er en del af behandlingsprogrammet, der skal beskrives.

Beskrivelse af indsatser

Beskriv hver indsats for sig, og angiv hvem der står for indsatsen og dermed er ansvarlig og evt. medansvarlig for gennemførelsen af indsatsen. Beskriv hvordan de der står for indsatsen er kvalificerede til at varetage opgaven. Begrund herefter, hvorfor denne indsats er vigtig, dvs. hvordan indsatsen passer til målgruppens problemfelter.

Prioriter indsatserne, således at det fremgår, hvor tyngden i behandlingsindsatsen ligger. Prioriteringen kan foregå, efter hvad man synes er vigtigst, fylder mest eller er mest afgørende for behandlingsmålene. Hvordan man har prioriteret kan beskrives i rubrikken ”refleksion” nedenfor. Er der flere indsatser, der har samme tyngde, da prioriter dem alligevel og forklar nærmere i rubrikken ”refleksion” nedenfor.

Dokumentation af indsatser

Her skal det dokumenteres, at indsatserne gennemføres som planlagt og med deltagelse af hvor mange klienter. Til dette kan fx bruges resultater fra dokumentationsværktøjet Registrering af indsatser. Lav statistik på de indkomne data og præsenter disse i selvevalueringen.

Klientvurderingsskemaet kan også bruges som dokumentationsværktøj. Her vurderer klienterne to indsatser, som behandlingsprogrammet har udvalgt, og de angiver selv de to indsatser, de anser som de vigtigste. Lav statistik på de indkomne data og præsenter disse i selvevalueringen.

Refleksioner over indsatser

I denne rubrik kan der kommenteres på både beskrivelsen af indsatserne og de faktiske indsatser i behandlingsprogrammet. Man kunne fx reflektere

over følgende afhængigt af, hvilke resultater dokumentationen fremkom med:

- Leveres de indsatser I ønsker, og i det omfang I ønsker?
- Hvordan indgår fængselspersonalet i behandlingsarbejdet?
- Forskelle/ligheder mellem klienternes vurdering af vigtige indsatser og behandlingsprogrammets beskrivelse af de vigtigste indsatser.
- Savnes indsatser i forhold til målgruppens problemfelter?

Metode

Med metoder menes de behandlingsmæssige metoder, som ligger til grund for indsatserne. Det kan være forskellige former for terapeutiske metoder (fx kunstterapi eller gestaltterapi), metoder til (re)socialisering (fx mestringsstrategier eller kognitivterapi) eller metoder til rehabilitering.

Beskrivelse af metoder

Beskriv de enkelte metoder og eventuelt hvordan de er tilpasset til brug i fængsler. Det skal kun være korte beskrivelser med eventuelle henvisninger til relevant litteratur om de enkelte metoder og deres dokumenterede effekt i misbrugsbehandling. Begrund hvordan de valgte metoder passer med målgruppens problemfelter.

Dokumentation af metoder

Dokumentationen af de anvendte metoder hænger sammen med personalets uddannelses- og erfaringsmæssige baggrund. Følgende definitioner skal benyttes i selvevalueringen:

- Uddannelse: Hermed menes fuldført eksamensgivende uddannelse af minimum to års varighed (fx pædagog, socialrådgiver, social- og sundhedsassistent, psykolog).
- Anciennitet: Hvor lang tid har behandleren arbejdet med misbrugsbehandling.
- Efteruddannelse: Diplom på uddannelse af mindst et års varighed eller dokumentation på tre hele ugers (dvs. 15 dages) uddannelse indenfor retningen, som kan fremvises. Dette kan fx være en terapeutisk efteruddannelse, en diplomuddannelse eller en masteruddannelse.
- Erfaringsmæssig baggrund: Erfaring med bestemte metoder fra andet arbejde.
- Lav profiler på både behandlere og relevant fængselspersonale og præsenter disse i selvevalueringen.

Refleksion over metoder

I denne rubrik kan der kommenteres på både det teoretiske i metoderne og de faktiske erfaringer med brugen af metoderne i behandlingsprogrammet. Man kunne fx reflektere over følgende afhængigt af, hvilke resultater dokumentationen fremkom med:

- Forskelle/ligheder mellem de beskrevne metoder og de faktiske kompetencer/kvalifikationer i behandlergruppen.
- Hvilke uddannelsesmæssige tiltag skal til for at opkvalificere behandlingspersonalet?
- Hvilke metodiske overvejelser gøres i forhold til at drive behandling i fængsler?
- Hvad vil man ændre/fortsætte med fremover?

Motivation

Indenfor stofmisbrugsbehandling anses klienters motivation ofte som et centralt element i behandlingen. Motivation er en subjektiv indstilling, der kan være svær at kvantificere, men som alle bør forholde sig til. Det er vigtigt at få beskrevet og dokumenteret, hvordan man arbejder med motivation.

Beskrivelse af motivation

Beskriv hvilken definition eller hvilke definitioner på motivation, I arbejder ud fra, dvs. hvordan forstår I en klients motivation for behandling. Beskriv hvilke overvejelser I gør jer i forhold til motivationens rolle for behandlingen. Angiv på hvilke måder behandlingsprogrammet aktivt inddrager deltagerne og deres erfaringer, og beskriv hvad der gøres for at den enkelte deltagers motivation fastholdes i programperioden.

Dokumentation af motivation

Motivation kan godtgøres som den enkelte klients begrundelser for at gå i behandling, den enkelte klients aktive deltagelse i behandlingsprogrammet, samt klientens egen vurdering af hans eller hendes motivation.

Klienternes motivation for at søge og forblive i behandling kan dokumenteres fx med anvendelse af Motivationsskemaet. Med Motivationsskemaet er det muligt at bruge faktorscoren som baggrund for fokusområder i forhold til et motivations- og erkendelsesarbejde for klienterne. Dvs. skemaet giver et væsentligt fingerpeg om, hvor stor chancen er for at klienten gennemfører forløbet.

Klienters aktive deltagelse i behandlingsprogrammet kan dokumenteres med fx Registrering af indsatser. Lav statistik på de indsamlede data og

præsenter dem i selvevalueringen.

Klienternes egen vurdering af deres motivation kan dokumenteres med Klientvurderingsskemaet. Lav statistik på de indsamlede data og præsenter dem i selvevalueringen.

Refleksion over motivation

Her kan der kommenteres på, hvad behandlingsprogrammet forstår ved motivation hos klienterne, og hvordan det udfolder sig i praksis. Man kunne fx reflektere over følgende afhængigt af, hvilke resultater dokumentationen fremkom med:

- Forskelle/ligheder mellem programmets forståelse af motivation og klienternes faktiske motivation.
- I hvilken grad er klienternes motivation tilfredsstillende ved indskrivning i projektet?
- Hvad vil man ændre/fortsætte med fremover i forhold til at sikre deltagernes stadige motivation?

Individuel planlægning og koordinering

Individuel planlægning og koordinering handler både om behandlingsplaner for den enkelte klient i forhold til behandlingsprogrammet og handleplaner.

Beskrivelse af retningslinierne for individuel planlægning og koordinering

Beskriv retningslinierne for, hvordan udarbejdelsen af handleplaner udføres for klienter i behandlingsprogrammet. Fx hvem deltager, hvor hurtigt skal handleplanen være udført efter indskrivning i behandling, hvor ofte opdateres den, hvornår og hvordan inddrages eksterne samarbejdspartnere. Beskriv gerne nogle af de dilemmaer, I har, når handleplaner laves for indsatte. Beskriv hvordan I bruger allerede tilgængelig oplysninger på den enkelte indsatte.

Beskriv hvordan behandlingsplaner lægges for klienter i forhold til behandlingsprogrammet. Fx hvem deltager i udarbejdelsen, hvor ofte revideres behandlingsplanerne, hvordan inddrages brugeren.

Dokumentation af den individuelle planlægning og koordinering

Angiv på et givet tidspunkt hvor mange klienter, der har fået lavet en handleplan. Angiv klienternes tilfredshed med deres handleplan fx med brug af Klientvurderingsskemaet. Angiv hvor mange klienter der har en behandlingsplan, og hvor ofte der følges op på den.

Refleksion over individuel planlægning og koordinering

I denne rubrik kan der kommenteres på både retningslinierne for individuel planlægning og koordinering og den faktiske planlægning og koordinering, der er fundet sted. Man kunne fx reflektere over følgende afhængigt af, hvilke resultater dokumentationen fremkom med:

- Forskelle/ligheder mellem de beskrevne retningslinier og den faktiske planlægning og koordinering.
- Hvordan fungerer samarbejdet mellem behandlere, socialrådgivere og fængselspersonale i forhold til udarbejdelse af handleplan?
- I hvor høj grad er brugerne med i planlægning og koordinering af behandlingen?
- Hvordan bruges hhv. handleplaner og behandlingsplaner i dagligdagen?
- Hvilke tiltag kunne fremme/lette planlægning og koordinering?
- Hvad vil man ændre/fortsætte med fremover?

Internt samarbejde

Det er vigtigt for kvaliteten af behandlingen af stofmisbrugere i fængsler, at et samarbejde mellem fængselspersonale og misbrugsbehandlere i det pågældende program etableres. Ansvarsområder for både fængselspersonale og behandlere bør være tydelige og udspecificerede. Endelig bør der eksistere procedurer for håndtering af eventuelle konflikter.

Beskrivelse af retningslinierne for internt samarbejde

Beskriv hvilke retningslinier der er for internt samarbejde. Dette kan gøres ved at beskrive, hvilke samarbejdsfora der er på stedet, hvor ofte de afholdes, og hvem der deltager (fx morgenmøder, personalemøder, afdelingsmøder, supervision).

Beskriv retningslinierne for rolle-, ansvars- og kompetencefordeling mellem behandlere og fængselspersonale. Hvis disse endnu ikke findes i skriftlig form, bør de udarbejdes.

Beskriv procedurer for eventuel konflikthåndtering. Her tænkes fx på hvem der tager ansvaret for at løse konflikter personalet imellem, eller hvem man som ansat kan gå til, hvis en konflikt opstår.

Dokumentation af det interne samarbejde

Angiv hvilke møder med deltagelse af hvem, der er afholdt på hvilke tidspunkter.

Refleksion over internt samarbejde

I denne rubrik kan der kommenteres på både retningslinierne for det interne samarbejde og det faktiske samarbejde, der er foregået. Man kunne fx reflektere over følgende afhængigt af, hvilke resultater dokumentationen fremkom med:

- Forskelle/ligheder mellem de beskrevne retningslinier og det faktiske samarbejde.
- Hvilke tiltag kunne fremme/lette det interne samarbejde?
- Er der behov for yderligere samarbejdsfora og/eller supervision?
- Er rolle- og ansvarsområder tydelige?

Brugervejledning til de elektroniske versioner af dokumentationsværktøjer og selvevalueringsmodeller – fængsler

Introduktion

Følgende brugervejledning giver bedst mening, når man står med dokumentationsværktøjerne i hånden (se Appendix 2) og/eller skal indtaste resultaterne fra værktøjerne på computer i de hertil designede Excel ark, som ligger på cd-rommen. Overordnet er det vigtigt at understrege:

Hvordan gemmer jeg data? De Excel ark, der ligger på cd-rommen, er masterkopier. De er skrivebeskyttede, og derfor kan man ikke gemme data på disse. Derfor gør man følgende: Hver gang en evalueringsperiode påbegyndes, åbnes de enkelte Excel ark fra cd'en, der vælges "GEM SOM", og det nye version gives et navn fx "december 2006 til maj 2008", dvs. den periode som dataindsamlingen til en evaluering forgår i. Det er denne nye kopi, som data fra dokumentationsværktøjerne indføres i.

Hvordan printer jeg resultater fra et Excel ark? Marker det område i Excel arket, der skal printes. I dialogboksen "print" afkrydses det lille felt, der hedder "markeringen". Gøres dette ikke, printer man mange ubrugelige sider.

Klientvurderingsskemaet

På papiret: Som det fremgår af skemaet er der 14 spørgsmål, der kan besvares med følgende muligheder til afkrydsning: *slet ikke tilfreds, lidt tilfreds, noget tilfreds, en del tilfreds, meget tilfreds*. Dette besvares af de indsatte med afkrydsning i forhold til, hvordan de selv vurderer tilfredsheden med de nævnte forhold eller indsatser.

I spørgsmål 5 til 8 er oplægget, at I som institution vælger to nøgleindsatser (fx gruppeterapi, kognitiv træning), I ønsker at få belyst fra de indsattes perspektiv. Disse to indsatser skrives i det prikkede …….felt. Antallet forstås på den måde, at det er den tid eller de antal gange, der er afsat til den bestemte indsats. Dvs. synes indsatte eksempelvis, at der kunne være mere eller mindre af den givne indsats. *Kvaliteten* forstås på den måde, at det er den indholdsmæssige side af indsatsen, der vurderes.

I spørgsmål 15 – 17 vurderer de indsatte deres oplevelse af en behandlingsafdeling i sammenligning med en almindelig afdeling. Her er variablerne i stedet: *meget dårligere, dårligere, det samme, bedre, meget bedre.*

I Excel ark: Excel dokumentet ”klientvurderingsskema” åbnes, man vælger ”gem som” i filer, og det nye dokument navngives fx som ”Klientvurdering december 2006 til maj 2008”. Denne fil gemmes på computerens C-drev plus en backup andetsteds. Mht. indtastning af data: I venstre nedre hjørne ses det ark, der hedder indtastning. I første omgang er det det vigtigste ark. Hver indleveret skema tastes ind på en vandret række. Dvs. at er spørgsmål 1 besvaret med *meget tilfreds*, tastes værdien 4 i første celle i den første vandrette række. Er spørgsmål 2 besvaret med *noget tilfreds*, tastes værdien 2 i den næste celle i første vandrette række. De forskellige værdier (fra 0 til 4) kan ses ved at klikke på det felt, der hedder ”manual”. Alle 17 spørgsmål tastes hermed ind vandret for hvert besvaret ark.

Når man har tastet, eksempelvis 35 skemaer ind, kan man klikke på det ark, der hedder resultater. Her kan man for hvert spørgsmål (1 til 17) se, hvor mange der har svaret eksempelvis *meget tilfreds* eller *noget tilfreds*. Under hvert spørgsmål er der en boks, der hedder vis diagram. Klikker man på den under spørgsmål 1, åbnes en procentvis lagkagemodel i ark 3, der samler alle 35 besvarelser i en samlet oversigt. Hvert spørgsmål vises i en ny lagkage i ark 3, når man trykker ”vis”. Hermed har man en simpel oversigt og dokumentation for indsattes vurderinger på de forskellige spørgsmål. Man kan også højreklikke på hver lagkage og trykke *kopier* og samtidig have et Word-dokument åbent. Heri (i Word) højreklikker man igen og trykker *indsæt.* På den måde kan man samle alle lagkager i ét dokument.

Motivationsskema

På papiret: Skemaet udgøres af seks spørgsmål, der kan besvares med følgende variabler: *1= meget uenig, 2 = uenig, 3 = usikker,4 = enig, 5 = meget enig*. Husk at anføre navn og ID nummer på hvert skema – både på papiret og på computeren.

I Excel ark: Husk at lave en kopi fra masterkopien på cd-rommen, gem den og navngiv den. Hvert indsamlet skema indtastes ligesom det foregående vandret. Hvert spørgsmål besvares med et tal mellem 1 og 5. Variablerne er *1=meget uenig 2=uenig 3=usikker 4=enig 5=meget enig.*

Kolonne I er en beregningskolonne, der udregner en score på klienten. Denne score trækkes automatisk over i en resultattabel, hvoraf det fremgår, at man kan lave fire grupper. Gruppe 1 har scoren mellem 23 og 25 point, Gruppe 2 scoren mellem 19-22 point, Gruppe 3 mellem 15 og 18 point og Gruppe 4 scorer under 15 point. Rettesnoren her er, at jo lavere scoren er, desto større er sandsynligheden for, at klienten ikke gennemfører programmet som planlagt. Det modsatte er gældende ved høj score.

Udskrivningsskema

Findes kun digitalt som Excel ark: Åben skemaet, vælg ”gem som” og navngiv med fx ”udskrivning december 2006 – maj 2008”. Sørg for at der indtastes oplysninger i det ark, der hedder ”indtastning”. I kraft af at dette skema kun findes digitalt, er ideen, at det udfyldes i forbindelse med, at en indsat forlader afdelingen. Der er 14 spørgsmålsfelter (hvor det ene ikke nødvendigvis udelukker det andet). Disse skal alle besvares JA eller NEJ, henholdsvis skrives værdi 1 eller 0. Igen tastes hver indsat på langs, dvs. vandret.

Efter x antal klienter/indsatte kan man trykke på det ark, der hedder ”resultater”. Under hvert spørgsmål kan man her se en optælling af indsatte og en procentvis oversigt over grunde til behandlingsstop, fx *selv ønsket at forlade afdelingen, fuldført internt program, viderevisiteret til anden behandling* etc.

ASI Skema: INDSKRIVNING

På papiret: ASI er udviklet som et redskab til en struktureret samtale eller interview mellem en klient og fx behandler. ASI kan ikke udfyldes af klienten på egen hånd, men skal bruges som et interviewskema. ASI kan bruges i visitationen, idet dette giver en struktureret samtale, der samtidig giver oplysninger om klientens problemfelter. Det kan udfyldes af behandler eller socialrådgiver i denne forbindelse.

I mange spørgsmål findes der en kategori, der hedder ”N”. Dette står for ”ikke relevant” og bruges, hvis klienten ikke mener at have nogle problemer af denne art, eller hvis klienten aldrig har brugt fx heroin, når der spørges til debutalder – i disse tilfælde skrives der N.

I Excel ark: Åben skemaet, vælg ”gem som” og navngiv med fx ”ASI indskrivning, december 2006 – maj 2008”. Husk også at tage en backup.

Excel arket har tre sider, der ses nederst til venstre i dokumentet fra venstre mod højre. Disse sider hedder ”basis”, ”belastning”, ”stoffer”. Disse sider svarer til spørgsmålsopdelingerne i papirformatet. Dette er gjort for overskuelighedens skyld. Data fra hvert enkelt udfyldt skema tastes ind på langs, dvs. VANDRET. Navn og CPR-nr. udfyldes kun på den side/ark, der hedder ”basis”. ID nr. overføres automatisk til de to andre sider i den samme vandrette række.

I arket ”basis” (vælges nederst til venstre) er der 16 spørgsmål. De første fire spørgsmål giver sig selv. I det følgende forklares de spørgsmål, der kan synes lidt mere komplicerede. Men generelt gør det sig gældende, at i den gule ”bjælke” øverst, hvor spørgsmålene står formuleret, er der angivet nogle tal, der svarer til de forskellige svarmuligheder. I nogle tilfælde står

tallene som en del af bjælken, i andre tilfælde skal man klikke på ”manual” for at se svarmuligheder – men svarmulighederne er altid overensstemmende med det svar, der er givet i papirform. Altså overensstemmende med det skema, der tastes ind. Fx i spørgsmål 12 klikkes på manual for at se, hvilke værdier der kan tastes: sædvanlige samlivsforhold *1: med partner og børn under 18, 2: med partner uden børn osv.*. Det samme gør sig gældende i spørgsmål 11. Klikker man på ”manual”, ser man, at der er angivet værdier fra tal 1 til tal 9, her taster man det tal, der er overensstemmende med svaret i skemaet.

Resultater for ”basis” kan ses, hvis man går ned til linie 1000 i arket ”basis” (i princippet kan man altså taste op til 1000 klienter ind i ét skema/ark). Her laver arket en automatisk optælling, således I får et overblik over misbrugshistorie (hvor mange har tidligere været i behandling for misbrug, og i hvor lang tid har folk haft et misbrug?), samlivsforhold (kommer størstedelen fra en forholdsvis stabil situation eller fra gaden eksempelvis?).

Arket ”belastning” (vælges nederst til venstre) udgøres af 34 spørgsmål. De første fire spørgsmål drejer sig om beskæftigelse, hvor man ved at klikke på manual kan se, at der kan tastes variabler mellem 1 og 12. Valgte svar tastes, eller der tastes N, hvis det ikke er relevant for klienten.

Princippet er det samme i spørgsmål 5 til 18. Igen vælges manual for at se oversigt over værdier/variabler. Dog findes der i hver gruppe af spørgsmål det, der kaldes *skriv antal dage*. Her skrives det antal dage indenfor de seneste 30 dage, hvor det beskrevne problem har været oplevet; dvs. har klienten haft fire dage med familieproblemer, skrives der 4. Eller der tastes N, hvis det ikke er relevant for den pågældende klient.

Spørgsmål 19 til 25 kan kun besvares med 1: JA, 2: NEJ, 3: UOPLYST. Det samme gør sig gældende i spørgsmål 28 – 34.

Resultater for arket ”belastning” kan igen ses ved at gå ned til linie 1000. Arket producerer igen en automatisk sammentælling/optælling af de indtastede oplysninger.

I arket ”stoffer” (vælges nederst til venstre) er der 16 grundspørgsmål, der alle har tre svarmuligheder, dvs. 48 spørgsmål i alt. Princippet er det samme i alle 16 blokke, hvorfor her forklares fra spørgsmål 1 til 4. *Debutalder* tastes ind, lige ud af landevejen – hvis klienten aldrig har haft et misbrug af dette stof, tastes der N. Under *Indtagelseshyppighed de sidste 6 måneder* vælger man svarmulighed i manual: her kan vælges fra 1:under 2 gange ugentligt, 2: mellem 3 og 6 gange ugentligt, 3: dagligt, 4: andet og 5: uoplyst. Endelig kan man også taste N. Det angivne svar tastes ind som et tal mellem eet og fem. *Typisk indtagelsesmåde:* her vælges igen manual og det tal – her mellem 1 og 7 – der svarer til det angivne svar tastes ind. Eller

der tastes N for ikke relevant.

Resultater for arket ”stoffer” kan igen ses ved at gå ned til linie 1000. Arket producerer igen en automatisk sammentælling/optælling af de indtastede oplysninger. Dvs. her kan I få et udredningsoverblik over, hvilke typer af stoffer der er klienters hovedstoffer. Har I eksempelvis mange indsatte, der har haft heroin og metadon som hovedstof. Eller har I flest folk, der har partystoffer som hovedmisbrug, fx kokain, ecstasy og andet.

Registrering af Indsatser

Findes kun digitalt som Excel ark: Åben skemaet, vælg ”gem som”, navngiv med fx ”Indsatser december 2006 – maj 2008” og læg den nye version på C-drevet på din computer. Dette er det eneste skema, man ikke kan skrive 0 i, altså er der ikke afholdt/planlagt en indsats, skrives ingenting i feltet. Skemaet er konstrueret på den måde, at I fra venstre mod højre nederst har 12 ark – månedsvis. Der er 12 rækker nedad. I første felt i hver række skriver i navnet på den indsats, der skal registreres (fx kognitiv træning eller gruppeterapi - gruppesession). Igen udfyldes hver indsats/række vandret. I næste kolonne i samme række (fx lige efter navnet ”kognitiv træning”) skrives det antal gange, I har planlagt, den pågældende indsats skal afholdes. Dvs. for hver måned I påbegynder, er I nødt til at foretage en optælling af antal planlagte indsatser. Dette felt skal udfyldes. Herefter udfyldes på langs, vandret, for hver dato månedsvis. Dvs. er indsatsen afholdt eksempelvis den 15. december, skrives først 25 for mulige deltagere og herefter skrives eksempelvis 22 for antal fremmødte. Er indsatsen ikke afholdt som planlagt, skrives enten værdien *1: aflyst på grund af sygdom, 2: aflyst på grund af kursus, 3: aflyst på grund af andet, 4: ingen indsats.* Dette tal mellem 1 og 4 skal angives i både i feltet ”mulige” og ”deltog”, når indsatsen er aflyst.

Resultater for Indsatser opgøres i hver måneds ark. Gå til det felt, der hedder ”BO” og gå ned til linierne 18 - 29: Her ses så en oversigt over det samlede antal gennemførsler for hver indsats og det samlede antal aflysninger. Endvidere kan man her se/dokumentere, hvor meget der er afholdt, og hvor meget der er aflyst pga. sygdom eller kursus.

Installering og brug af Selvevalueringsmodel – fængs-ler

Indsæt den tilsendte cd rom og åben den med Stifinder i Windows.

Figur 1. Indholdet på cd-rommen

Vælg de to objekter *content* og *SelvEVA* ved at holde *Ctrl-tasten* nede og klikke én enkelt gang på de to objekter *content* og *SelvEVA*, således at de er fremhævet. Tryk nu på *Ctrl+C* for at kopiere de to objekter til jeres pc. I kan enten vælge *skrivebordet* eller mappen *Dokumenter*. Klik én enkelt gang på *skrivebordet* for at kopiere indholdet herover, og tryk på *Ctrl+V* for at indsætte. Efter et kort tidsrum er indholdet kopieret over, så vent med lidt tålmodighed. Ønsker I at kopiere de to valgte objekter til dokument-mappen, åbnes denne, og der trykkes *Ctrl+V* for at indsætte. For at starte SelvEVA op, dobbelt-klikker I på SelvEVA på jeres egen pc.

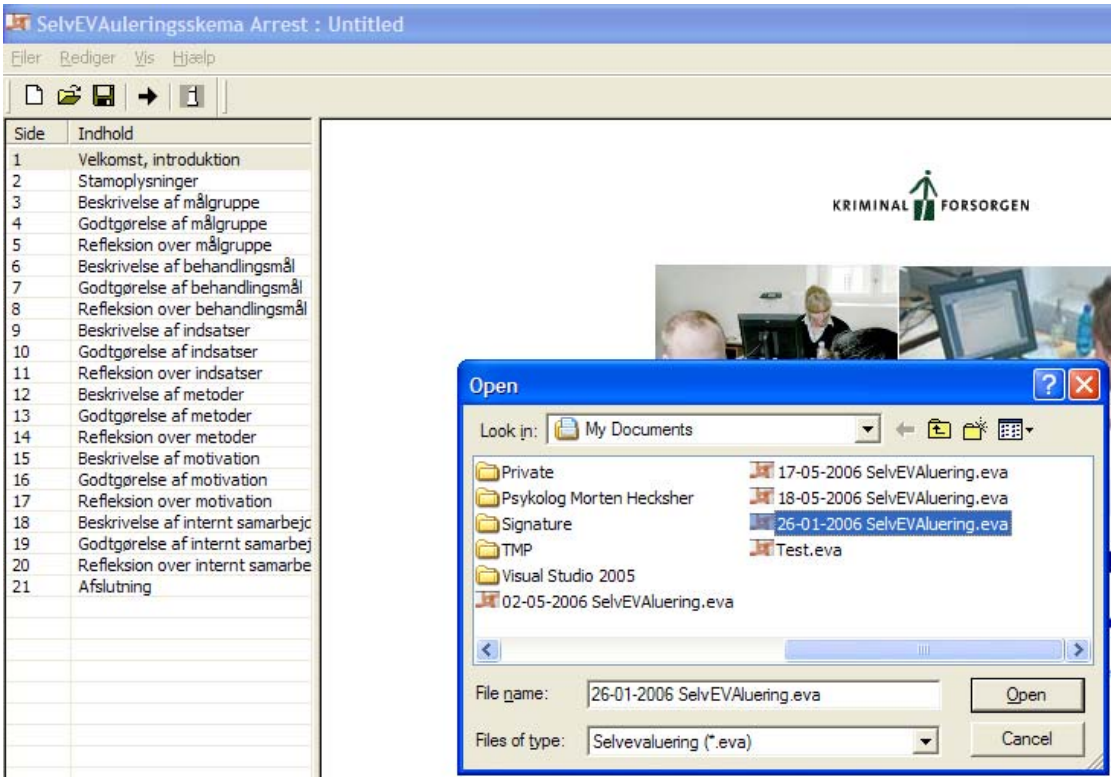
NB! I skal køre programmet fra den kopi, I lige har lagt på jeres egen pc, *ikke* den fra cd-rommen. Den er skrivebeskyttet, så det, I måtte indtaste, kan ikke gemmes.

Åbne eksisterende selvevalueringsskema

Figur 2. Åbne eksisterende selvevalueringsdokument

For at åbne allerede gemte selvevalueringer – dem I allerede har arbejdet med, skal I vælge menuen *Filer* og punktet *Åben*.

I får nu en dialogboks som i nedenstående:



Figur 3: Fil dialogboks til åbning af eksisterende selvevalueringsdokument

Normalt vil selvevalueringer være gemt i mappen *Dokumenter*. Vælg det selvevalueringsskema, I ønsker at arbejde med. Dette har typisk et navn med en dato eller en sigende titel på selvevalueringsforløbet.

Gem nyt selvevalueringsskema

For at gemme selvevalueringsskemaer bruges menuen *Filer* og punktet *Gem*. Første gang dette gøres, fremkommer en dialogboks, hvor I skal angive navnet på selvevalueringsskemaet. I kan selv vælge navn, og det anbefales at anvende et sigende navn, hvor dette f.eks. kunne være *Maj 2006 Medarbejders Selvevaluering*. Efterfølgende vil Gem-funktionen gemme det skema, der arbejdes med.

I kan altid gemme et indlæst selvevalueringsskema under et nyt navn ved hjælp af menuen *Filer*, punktet *Gem som...* Her skal der altid angives et nyt navn. Anvendes navnet på det allerede åbne selvevalueringsskema, overskrives dette.

Oprette nyt selvevalueringsskema

Ved påbegyndelse af ny selvevalueringsperiode er det nødvendigt at oprette et nyt skema – et tomt skema så at sige. Vælg i menuen *Filer* punktet *Nyt skema*.

I opretter typisk et nyt skema i forbindelse med starten af en ny selvevalueringsperiode eller ved oprettelse af nyt selvevalueringsskema til f.eks. en anden medarbejdergruppe.

Udskriv

Evalueringsskemaet kan blive meget stort og består af en række enkle punkter, hvorfor udskrivning er delt i to former:

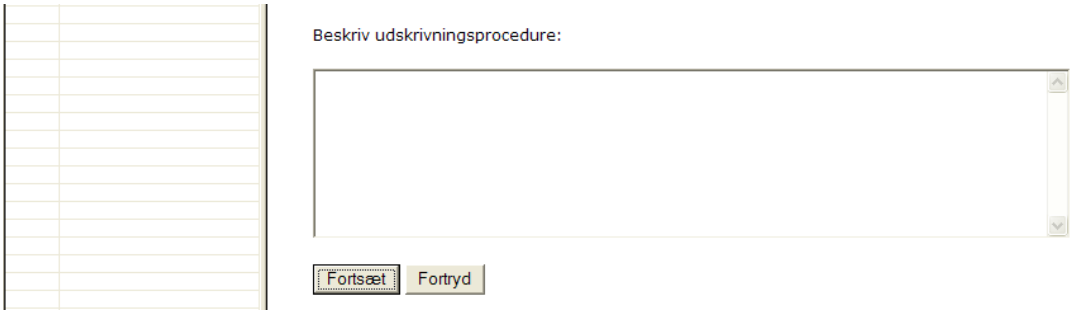
- Standard er udskrivning af det ark, som vises.
- Alternativt kan hele skemaet udskrives.

Udskriv hele skemaet

For at udskrive hele skemaet, skal de enkle ark først sammensættes, hvorfor følgende procedure skal følges.

1. Åben det selvevalueringsskema I ønsker at udskrive.
2. Gå igennem siderne. Det vil sige, I skal klikke på hvert enkelt menupunkt i venstre side.
3. Gem herefter selvevalueringsskemaet
4. Tryk på Udskriv hele skema
5. I bliver nu ledt over i et *preview* af hele skemaet og kan udskrive alle sider eller udvalgte sider, som I selv ønsker.

Udfylde felter - vigtigt



Figur 4. Indtastningsområde med de vigtige knapper *Fortsæt* og *Fortryd* i bunden

På alle ark i evalueringsskemaet findes der i bunden to knapper *Fortsæt* og *Fortryd*. Når relevante informationer på arket er udfyldt, skal I trykke på knappen *Fortsæt* for at opdatere indholdet på siden.

Almene genveje i Windows

Nedenstående er vigtige almene genveje i Windows, som er gode at anvende og kunne udenad.

Ctrl+C: Kopiering af fremhævet, valgt tekst
Ctrl+V: Indsætte kopieret indhold, hvor cursor er placeret
Ctrl+A: Vælg alt i tekstfelt
Ctrl+Z: Fortryd sidste handling
Alt+Tab: Skifte mellem aktive åbne programmet (f.eks. Word og SelvEVA).

APPENDIX 2

DOKUMENTATIONSVÆRKTØJER

CRF

EuropASI
(European Addiction Severity Index)

Det europæiske misbrugs-belastnings-index inklusive tillæg

BASISOPLYSNINGER:

1. **Klientens fornavn:** _____
2. **Klientens efternavn:** _____
3. **Fødselsdato:** _____
4. **Sidste 4 numre i CPR:** _____

Dato: _____

Kommer fra…

	JA	NEJ
5. Fængsel	☐	☐
a. Kontrakt afdeling (stoffri afsoning)	☐	☐
b. Fra en form for forberedende behandling (fx motivationprogram i arresthus)	☐	☐

6. Andet/anden institution: _____

7. Er du gravid? ☐ ☐
N ☐ = IKKE RELEVANT

Skriv kode

8. Højeste afsluttede *grund*-uddannelse ☐

1. Går i skole
2. 7 eller færre års skolegang
3. 8-9 års skolegang
4. 10-11 års skolegang
5. student, HF, HTX, HH
6. Andet
7. Uoplyst

N. Ikke Relevant

Skriv kode

9. Hvilken erhvervsuddannelse har du, eller er du i gang med? (kun ét kryds) ☐

1. Ingen uddannelse
2. Specialarbejderuddannelse
3. Handelsskolens grund-uddannelse eller basisår
4. Lærlinge, EFG eller HG uddannelse
5. Anden faglig uddannelse
6. Kort videregående uddannelse, under 3 år
7. Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år
8. Lang videregående uddannelse, over 4 år
9. Uoplyst

N. Ikke Relevant

10. Nogensinde behandlet tidligere for misbrug Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst ☐
N ☐ = IKKE RELEVANT

Skriv kode

11. Misbrugets varighed ☐

1. <=1 år
2. >1<3 år
3. >=3<6 år
4. >=6<10 år
5. >=10<16 år
6. >=16<21 år
7. >=21<26 år
8. >=26 år
9. uoplyst

N. Ikke Relevant

12. Sædvanlige samlivsforhold sidste måned før du påbegyndte din nuværende afsoning (ved flere den længst varende)

- Med partner og børn under 18 år ☐
- Med partner uden børn ☐
- Alene med børn under 18 år ☐
- Alene med børn under 18 år udenfor hjemmet ☐
- Med forældre ☐
- Med familie ☐
- Med venner ☐
- Alene ☐
- På Institution og lignende ☐
- Ustabile samlivsforhold ☐
- Ikke Relevant = N ☐

13. Statsborgerskab Skriv hvilket ☐

14. Indvandrer/flygtning Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst ☐ N☐

15. Første generationsindvandrer Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst ☐ N☐

16. Anden generationsindvandrer Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst ☐ N☐

ASI – Beskæftigelse, kriminalitet, familie og helbred

1 – 3: Beskæftigelse de seneste 30 dage før du påbegyndte din nuværende afsoning. Prioriter venligst, således hovedbeskæftigelse/hovedindtægt markeres med "1", og næstvigtigste med "2" og endeligt tredje vigtigste med "3" (når der er flere end én).

(1) Lønindkomst	☐
(2) S.U.	☐
(3) Arbejdsløshedsdagpenge	☐
(4) Aktivering/fået løn med tilskud	☐
(5) Sygedagpenge	☐
(6) Kontanthjælp	☐
(7) Revalideringsydelse	☐
(8) Førtidspension/pension	☐
(9) Fået penge af familie og venner indenfor de sidste 30 dage	☐
(10) Illegale aktiviteter	☐
(11) Fået penge ved prostitution indenfor de sidste 30 dage	☐
(12) Uoplyst	☐

4. Anden type beskæftigelse de sidste 30 dage før du påbegyndte din nuværende afsoning. Skriv hvilken:

_____

---

5. Hvor alvorlige synes du dine aktuelle problemer med kriminalitet er?

0 = ikke alvorlige
1 = ikke særlig alvorlige
2 = noget alvorlige
3 = særdeles alvorlige
4 = meget alvorlige
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 ☐

---

6. Hvor vigtigt er det for dig at få hjælp til ovenstående problemer med kriminalitet?

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 ☐

---

7. Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage har du haft alvorlige konflikter med din familie?

En konflikt kræver, at der har været en personlig kontakt til familien, mindst pr. telefon eller pr brev. Hvis du pga. konflikt ikke har haft kontakt til familien de sidste 30 dage, regnes dette altså ikke for "*konflikt indenfor de sidste 30 dage*". Med til konflikt hører ikke almindelig uenighed.
Med til familie regnes partner, børn, forældre, svigerforældre, onkler, tanter, fætre, kusiner mv.
Som i alle de andre spørgsmål er det de sidste 30 dage inden indskrivelse på institutionen.

Dage med konflikt med familie de sidste 30 dage [ ] skriv antal dage

---

8. Hvor besværet eller bekymret har du været de sidste 30 dage pga. familiemæssige problemer?

0 = ikke bekymret
1 = ubetydeligt bekymret
2 = moderat bekymret
3 = betydeligt bekymret
4 = meget bekymret
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

9. Hvor vigtigt er det for dig at modtage behandling eller vejledning for disse familiemæssige problemer?

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

10. Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage har du haft alvorlige konflikter med andre end din familie?

Med til andre end familie regnes venner, kollegaer, behandler og andre, som du har en mere eller mindre tæt relation til.
Som i alle de andre spørgsmål er det de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen.

Dage med konflikt med andre end familien de sidste 30 dage [ ] skriv antal dage

---

11. Hvor besværet eller bekymret har du været de sidste 30 dage pga. disse konflikter med andre end din familie?

Refererer til de i spørgsmål 10 nævnte problemer.

0 = ikke bekymret
1 = ubetydeligt bekymret
2 = moderat bekymret
3 = betydeligt bekymret
4 = meget bekymret
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

12. Hvor vigtigt er det for dig at modtage behandling eller vejledning for disse konflikter med andre end din familie?

Refererer til de i spørgsmål 10 nævnte problemer.

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

13. Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage har du haft sociale problemer generelt?

Sociale problemer forstås som ensomhed, manglende evne til at omgås andre samt utilfredshed med venner.

Dage med sociale problemer generelt de sidste 30 dage [ ] skriv antal dage

---

14. Hvor besværet eller bekymret har du været de sidste 30 dage pga. <u>sociale problemer</u> generelt?

Refererer til de i spørgsmål 13 nævnte problemer.

0 = ikke bekymret
1 = ubetydeligt bekymret
2 = moderat bekymret
3 = betydeligt bekymret
4 = meget bekymret
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

15. Hvor vigtigt er det for dig at modtage behandling eller vejledning for disse <u>sociale problemer?</u>
Refererer til de i spørgsmål 13 nævnte problemer.

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

16. Hvor mange dage har du oplevet fysiske problemer indenfor de sidste 30 dage?

Medregn ikke mere afgrænsede fysiske problemer alene grundet stof og alkoholmisbrug, og som forsvinder med det samme, du ikke tager stoffer eller alkohol (såsom tømmermænd, opkastning, mangel på søvn mv.) Hvis opkastning og mangel på søvn skyldes nogle mere vedvarende problemer, som ikke pr. automatik stopper, når misbruget stopper, regnes det for ”fysiske problemer”.
Med til fysiske problemer hører også influenza, halsbetændelse og lignende.

Dage med fysiske problemer de sidste 30 dage [ ] skriv antal dage

---

17. Hvor plaget eller besværet har du været af disse fysiske problemer de sidste 30 dage?

De problemer, der skal tages i betragtning, er dem, du svarede på i spørgsmål 16.

0 = ikke besværet
1 = ubetydeligt besværet
2 = moderat besværet
3 = betydeligt besværet
4 = meget besværet
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

18. Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive behandlet for disse fysiske problemer?

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 ☐

---

19. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet dig selv som deprimeret?

Oplevet håbløshed, skyld, tristhed, tungsindighed, manglende interesse for alt, manglende evne til at få dagligdagen til at fungere, ukontrollabel gråd og lignende.

Deprimeret ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

20. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet <u>svær angst</u>?

Oplevet anspændthed, slet ikke at kunne slappe af, dig selv som opfarende og urimelig og lignende.

Svær angst ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

21. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet <u>svære koncentrationsproblemer</u>?

Oplevet store problemer med at koncentrere dig, svære problemer med at huske og forstå informationer og lignende.

Svære koncentrationsproblemer ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

22. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt oplevet hallucinationer?

Oplevet hallucinationer ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

23. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt været voldelig/aggressiv og dermed mistet kontrollen over egen adfærd?

Oplevet at være voldelig og ikke kunne styre sine aggressioner.

Problemer med at kontrollere voldelig adfærd ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

24. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt haft selvmordstanker?

Haft seriøse overvejelser om at tage dit eget liv.

Selvmordstanker ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

25. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt forsøgt selvmord?

Inkluderer såvel mere diskrete og måske ikke så alvorligt mente selvmordsforsøg, som meget tydelige og alvorligt mente selvmordsforsøg.

Forsøgt selvmord ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

26. Hvor besværet eller bekymret har du været af disse psykiske eller følelsesmæssige problemer de sidste 30 dage?

De problemer, der skal tages i betragtning, er dem, du svarede på i ovenstående 6 spørgsmål

0 = ikke bekymret
1 = ubetydeligt bekymret
2 = moderat bekymret
3 = betydeligt bekymret
4 = meget bekymret
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 ☐

---

27. Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive behandlet for disse psykiske/følelsesmæssige problemer?

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 ☐

---

28. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt fået ordineret medicin for psykiske problemer?

Fået ordineret medicin af praktiserende læge, psykiater, læge knyttet til misbrugscentret. Kryds også ved JA, hvis du har fået ordineret medicin, men ikke taget den.

Ordineret medicin ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

Har dit forbrug af alkohol eller andre stoffer indenfor ***den sidste måned eller gentagne gange indenfor det sidste år*** haft følgende kendetegn:

	JA	NEJ
29. Jeg har haft trang til at drikke alkohol/indtage stoffer.	☐	☐
30. Jeg har haft svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen.	☐	☐
31. Jeg har haft abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse.	☐	☐
32. Jeg har haft toleransudvikling (behøvet at indtage mere og mere for at opnå virkning).	☐	☐
33. Alkoholen/stofferne har haft en dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug.	☐	☐
34. Jeg har haft et vedblivende brug trods erkendt skadevirkning.	☐	☐

Stoffer

		Alder ved før-stegangs-brug (skriv alder) Eller N	Indtagelses-hyppighed 6 måneder før nuværende afsoning (skriv kode)	Typisk indta-gelses-måde (skriv kode)
1 – 3	Metadon **ordineret**			
4 – 6	Metadon **illegalt**			
7 – 9	Heroin			
10 – 12	Temgesic/buprenorphin			
13 – 15	Morfin/Ketogan			
16 – 18	Benzodiazepiner			
19 – 21	Amfetamin			
22 – 24	Kokain			
25 – 27	Ecstasy og lignende designerdrugs			
28 – 30	Hallucinogener, lsd, meskalin, PCP			
31 – 33	Hash			
34 – 36	Opløsningsmidler			
37 – 39	Andet (skriv hvilket)			
40 – 42	Alkohol			
43 – 45	GHB (fantasy) og ketamin			
46 – 48	Doping (skriv hvilket produkt)			

Koder Hyppighed
1. <= 1 x ugtl.
2. 2-6 x ugtl.
3. Dagligt
4. Andet
5. Uoplyst
N. Ikke Relevant

Koder Indtagelsesmåde
1. Injektion
2. Rygning
3. Oralt
4. Nasalt
5. Uoplyst
6. Injektion og andre
7. Flere, **ikke** injektion
N. Ikke Relevant

CRF

EuropASI
(European Addiction Severity Index)

Det europæiske misbrugs-belastnings-index inklusiv tillæg

BASISOPLYSNINGER:

1. **Klientens fornavn:** _____
2. **Klientens efternavn:** _____
3. **Fødselsdato:** _____
4. **Sidste 4 numre i CPR:** _____

Dato: _____

Skriv kode

5. Højeste afsluttede *grund*-uddannelse

1. Går i skole
2. 7 eller færre års skolegang
3. 8-9 års skolegang
4. 10-11 års skolegang
5. student, HF, HTX, HH
6. Andet
7. Uoplyst

Skriv kode

6. Hvilken erhvervsuddannelse har du, eller er du i gang med? (kun ét kryds)

1. Ingen uddannelse
2. Specialarbejderuddannelse
3. Handelsskolens grund-uddannelse eller basisår
4. Lærlinge, EFG eller HG uddannelse
5. Anden faglig uddannelse
6. Kort videregående uddannelse, under 3 år
7. Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år
8. Lang videregående uddannelse, over 4 år
9. Uoplyst

ASI – kriminalitet, familie og helbred, og velvære

7. Hvor alvorlige synes du dine aktuelle problemer med kriminalitet er?

0 = ikke alvorlige
1 = ikke særlig alvorlige
2 = noget alvorlige
3 = særdeles alvorlige
4 = meget alvorlige
N= Ikke Relevant

Score fra 0 til 4

---

8. Hvor vigtigt er det for dig at få hjælp til ovenstående problemer med kriminalitet?

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt'
N= Ikke Relevant

Score fra 0 til 4

---

9. Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage har du haft alvorlige konflikter med din familie?

En konflikt kræver, at der har været en personlig kontakt til familien, mindst pr. telefon eller pr brev. Hvis du pga. konflikt ikke har haft kontakt til familien de sidste 30 dage, regnes dette altså ikke for "*konflikt indenfor de sidste 30 dage*". Med til konflikt hører ikke almindelig uenighed.
Med til familie regnes partner, børn, forældre, svigerforældre, onkler, tanter, fætre, kusiner mv.
Som i alle de andre spørgsmål er det de sidste 30 dage inden indskrivelse på institutionen.

Dage med konflikt med familie de sidste 30 dage [ ] skriv antal dage

---

10. Hvor besværet eller bekymret har du været de sidste 30 dage pga. familiemæssige problemer?

0 = ikke bekymret
1 = ubetydeligt bekymret
2 = moderat bekymret
3 = betydeligt bekymret
4 = meget bekymret
N= Ikke Relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

11. Hvor vigtigt er det for dig at modtage behandling eller vejledning for disse familiemæssige problemer?

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt
N= Ikke Relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

12. Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage har du haft alvorlige konflikter med andre end din familie?

Med til andre end familie regnes venner, kollegaer, behandler og andre, som du har en mere eller mindre tæt relation til.
Som i alle de andre spørgsmål er det de sidste 30 dage inden indskrivning på institutionen.

Dage med konflikt med andre end familien de sidste 30 dage [ ] skriv antal dage

---

13. Hvor besværet eller bekymret har du været de sidste 30 dage pga. disse konflikter med andre end din familie?

Refererer til de i spørgsmål 12 nævnte problemer.

0 = ikke bekymret
1 = ubetydeligt bekymret
2 = moderat bekymret
3 = betydeligt bekymret
4 = meget bekymret
N= Ikke Relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

14. Hvor vigtigt er det for dig at modtage behandling eller vejledning for disse konflikter med andre end din familie?

Refererer til de i spørgsmål 12 nævnte problemer.

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt
N= Ikke Relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

15. Hvor mange dage indenfor de sidste 30 dage har du haft sociale problemer generelt?

Sociale problemer forstås som ensomhed, manglende evne til at omgås andre samt utilfredshed med venner.

Dage med sociale problemer generelt de sidste 30 dage [ ] skriv antal dage

---

16. Hvor besværet eller bekymret har du været de sidste 30 dage pga. sociale problemer generelt?

Refererer til de i spørgsmål 15 nævnte problemer.

0 = ikke bekymret
1 = ubetydeligt bekymret
2 = moderat bekymret
3 = betydeligt bekymret
4 = meget bekymret
N= Ikke Relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

17. Hvor vigtigt er det for dig at modtage behandling eller vejledning for disse sociale problemer?
Refererer til de i spørgsmål 15 nævnte problemer.

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt
N= Ikke Relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

18. Hvor mange dage har du oplevet fysiske problemer indenfor de sidste 30 dage?

Medregn ikke mere afgrænsede fysiske problemer alene grundet stof og alkoholmisbrug, og som forsvinder med det samme, du ikke tager stoffer eller alkohol (såsom tømmermænd, opkastning, mangel på søvn mv.) Hvis opkastning og mangel på søvn skyldes nogle mere vedvarende problemer, som ikke pr. automatik stopper, når misbruget stopper, regnes det for "fysiske problemer".
Med til fysiske problemer hører også influenza, halsbetændelse og lignende.

Dage med fysiske problemer de sidste 30 dage [ ] skriv antal dage

---

19. Hvor plaget eller besværet har du været af disse fysiske problemer de sidste 30 dage?

De problemer, der skal tages i betragtning, er dem, du svarede på i spørgsmål 18.

0 = ikke besværet
1 = ubetydeligt besværet
2 = moderat besværet
3 = betydeligt besværet
4 = meget besværet
N= Ikke Relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

20. Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive behandlet for disse fysiske problemer?

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt
N= Ikke Relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

21. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet dig selv som deprimeret?

Oplevet håbløshed, skyld, tristhed, tungsindighed, manglende interesse for alt, manglende evne til at få dagligdagen til at fungere, ukontrollabel gråd og lignende.

Deprimeret ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

22. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet svær angst?

Oplevet anspændthed, slet ikke at kunne slappe af, dig selv som opfarende og urimelig og lignende.

Svær angst ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

23. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet svære koncentrationsproblemer?

Oplevet store problemer med at koncentrere dig, svære problemer med at huske og forstå informationer og lignende.

Svære koncentrationsproblemer ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

24. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt oplevet hallucinationer?

Oplevet hallucinationer ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

25. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt været voldelig/aggressiv og dermed mistet kontrollen over egen adfærd?

Oplevet at være voldelig og ikke kunne styre sine aggressioner.

Problemer med at kontrollere voldelig adfærd ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

26. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt haft selvmordstanker?

Haft seriøse overvejelser om at tage dit eget liv.

Selvmordstanker ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

27. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt <u>forsøgt selvmord</u>?

Inkluderer såvel mere diskrete og måske ikke så alvorligt mente selvmordsforsøg, som meget tydelige og alvorligt mente selvmordsforsøg.

Forsøgt selvmord ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

28. Hvor besværet eller bekymret har du været af disse psykiske eller følelsesmæssige problemer de sidste 30 dage?

De problemer, der skal tages i betragtning, er dem, du svarede på i spørgsmål 21-27.

0 = ikke bekymret
1 = ubetydeligt bekymret
2 = moderat bekymret
3 = betydeligt bekymret
4 = meget bekymret
N= Ikke Relevant

Score fra 0 til 4 ☐

---

29. Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive behandlet for disse psykiske/følelsesmæssige problemer?

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt
N= Ikke Relevant

Score fra 0 til 4 ☐

---

30. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt fået <u>ordineret medicin for psykiske problemer</u>?

Fået ordineret medicin af praktiserende læge, psykiater, læge knyttet til misbrugscentret. Kryds også ved JA, hvis du har fået ordineret medicin, men ikke taget den.

Ordineret medicin ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

CRF

EuropASI
(European Addiction Severity Index)

Det europæiske misbrugs-belastnings-index inklusiv tillæg

BASISOPLYSNINGER:

1. **Klientens fornavn:** _____
2. **Klientens efternavn:** _____
3. **Fødselsdato:** _____
4. **Sidste 4 numre i CPR:** _____

Dato: _____

5. Sædvanlige **samlivsforhold** sidste måned før du påbegyndte din nuværende afsoning (ved flere – den længst varende)

- Med partner og børn under 18 år ☐
- Med partner uden børn ☐
- Alene med børn under 18 år ☐
- Alene med børn under 18 år udenfor hjemmet ☐
- Med forældre ☐
- Med familie ☐
- Med venner ☐
- Alene ☐
- På Institution og lignende ☐
- Ustabile samlivsforhold ☐

6. Er du **gravid**? Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst ☐

N ☐ = IKKE RELEVANT

7. Nogensinde **behandlet** tidligere for misbrug Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst ☐

N ☐ = IKKE RELEVANT

8. Misbrugets varighed

Skriv kode ☐

1. <=1 år
2. >1<3 år
3. >=3<6 år
4. >=6<10 år
10. >=10<16 år
11. >=16<21 år
12. >=21<26 år
13. >=26 år
14. uoplyst

9. Statsborgerskab

Skriv hvilket ☐

10. Indvandrer/flygtning Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst ☐ N ☐

11. Første generationsindvandrer Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst ☐ N ☐

12. Anden generationsindvandrer Ja ☐ Nej ☐ Uoplyst ☐ N ☐

ASI – kriminalitet, velbefindende og helbred

1. Hvor alvorlige synes du dine aktuelle problemer med kriminalitet er?

0 = ikke alvorlige
1 = ikke særlig alvorlige
2 = noget alvorlige
3 = særdeles alvorlige
4 = meget alvorlige
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

2. Hvor vigtigt er det for dig at få hjælp til ovenstående problemer med kriminalitet?

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 [ ]

---

3. Hvor mange dage har du oplevet fysiske problemer indenfor de sidste 30 dage?

Medregn ikke mere afgrænsede fysiske problemer alene grundet stof og alkoholmisbrug, og som forsvinder med det samme, du ikke tager stoffer eller alkohol (såsom tømmermænd, opkastning, mangel på søvn mv.) Hvis opkastning og mangel på søvn skyldes nogle mere vedvarende problemer, som ikke pr. automatik stopper, når misbruget stopper, regnes det for ”fysiske problemer”.
Med til fysiske problemer hører også influenza, halsbetændelse og lignende.

Dage med fysiske problemer de sidste 30 dage [ ] skriv antal dage

---

4. Hvor plaget eller besværet har du været af disse fysiske problemer de sidste 30 dage?

De problemer, der skal tages i betragtning, er dem, du svarede på i spørgsmål 3

0 = ikke besværet
1 = ubetydeligt besværet
2 = moderat besværet
3 = betydeligt besværet
4 = meget besværet
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 ☐

---

5. Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive behandlet for disse fysiske problemer?

0 = ikke vigtigt
1 = ikke særlig vigtigt
2 = noget vigtigt
3 = særdeles vigtigt
4 = meget vigtigt
N= ikke relevant

Score fra 0 til 4 ☐

---

6. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet dig selv som <u>deprimeret</u>?

Oplevet håbløshed, skyld, tristhed, tungsindighed, manglende interesse for alt, manglende evne til at få dagligdagen til at fungere, ukontrollabel gråd og lignende.

Deprimeret ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

7. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet <u>svær angst</u>?

Oplevet anspændthed, slet ikke at kunne slappe af, dig selv som opfarende og urimelig og lignende.

Svær angst ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

8. Har du indenfor de sidste 30 dage haft en tydelig periode af flere dages varighed, hvor du har oplevet svære koncentrationsproblemer?

Oplevet store problemer med at koncentrere dig, svære problemer med at huske og forstå informationer og lignende.

Svære koncentrationsproblemer ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

9. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt oplevet hallucinationer?

Oplevet hallucinationer ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

10. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt været voldelig/aggressiv og dermed mistet kontrollen over egen adfærd?

Oplevet at være voldelig og ikke kunne styre sine aggressioner.

Problemer med at kontrollere voldelig adfærd ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

11. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt haft selvmordstanker?

Haft seriøse overvejelser om at tage dit eget liv.

Selvmordstanker ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

12. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt forsøgt selvmord?

Inkluderer såvel mere diskrete og måske ikke så alvorligt mente selvmordsforsøg, som meget tydelige og alvorligt mente selvmordsforsøg.

Forsøgt selvmord ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

---

13. Har du indenfor de sidste 30 dage på noget tidspunkt fået <u>ordineret medicin for psykiske problemer</u>?

Fået ordineret medicin af praktiserende læge, psykiater, læge knyttet til misbrugscentret. Kryds også ved JA, hvis du har fået ordineret medicin, men ikke taget den.

Ordineret medicin ☐ JA ☐ NEJ ☐ UOPLYST

Har dit forbrug af alkohol eller andre stoffer indenfor ***<u>den sidste måned eller gentagne gange indenfor det sidste år</u>*** haft følgende kendetegn:

	JA	NEJ
14. Jeg har haft trang til at drikke alkohol/indtage stoffer.	☐	☐
15. Jeg har haft svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen.	☐	☐
16. For at undgå abstinenssymptomer har jeg indtaget stoffer/alkohol.	☐	☐
17. Jeg har haft toleransudvikling (behøvet at indtage mere og mere for at opnå virkning).	☐	☐
18. Alkoholen/stofferne har haft en dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug.	☐	☐
19. Jeg har haft et vedblivende brug trods erkendt skadevirkning.	☐	☐

Stoffer

		Alder ved før-stegangs-brug (skriv alder) Eller N	Indtagelses-hyppighed 6 måneder før nuværende afsoning (skriv kode)	Typisk indta-gelses-måde (skriv kode)
1 – 3	Metadon **ordineret**			
4 – 6	Metadon **illegalt**			
7 – 9	Heroin			
10 – 12	Temgesic/buprenorphin			
13 – 15	Morfin/Ketogan			
16 – 18	Benzodiazepiner			
19 – 21	Amfetamin			
22 – 24	Kokain			
25 – 27	Ecstasy og lignende designerdrugs			
28 – 30	Hallucinogener, lsd, meskalin, PCP			
31 – 33	Hash			
34 – 36	Opløsningsmidler			
37 – 39	Andet (skriv hvilket)			
40 – 42	Alkoholmisbrug			
43 – 45	GHB (fantasy) og ketamin			
46 – 48	Doping (skriv hvilket produkt)			

Koder Hyppighed
1. <= 1 x ugtl.
2. 2-6 x ugtl.
3. Dagligt
4. Andet
5. Uoplyst
N. Ikke relevant

Koder Indtagelsesmåde
1. Injektion
2. Rygning
3. Oralt
4. Nasalt
5. Uoplyst
6. Injektion og andre
7. Flere, **ikke** injektion
N. Ikke relevant

Motivationsskema

Navn:_____

Cpr.: _____

Id.: _____

		1 Meget uenig	2 Uenig	3 Usik-ker	4 Enig	5 Meget enig
1	Dit stofmisbrug vil blive et problem for dig, når du løslades	O	O	O	O	O
2	Du har behov for hjælp for at undgå, du begynder at tage stoffer	O	O	O	O	O
3	Dit forbrug af stoffer vil efter løsladelse give dig flere problemer, end det er værd	O	O	O	O	O
4	Dit stofforbrug vil give dig problemer med loven efter løsladelse	O	O	O	O	O
5	Du kan stoppe med at bruge stoffer uden hjælp	O	O	O	O	O
6	Dit liv er ikke i kontrol	O	O	O	O	O

Klientvurderingsskema behandlingafdelinger

Løbenr: _____

Hvor tilfreds er du med følgende forhold på nuværende behandlingsafdeling?
Sæt kun et kryds på hver linie.

		Slet ikke tilfreds	Lidt tilfreds	Noget tilfreds	En del tilfreds	Meget tilfreds
1	Er det klart for dig hvad behandlingen går ud på?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Hvor tilfreds er du med stemningen i motivationsgruppen?	☐	☐	☐	☐	☐
3	Hvor tilfreds er du med din relation til behandler/behandlere?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Hvor tilfreds er du med behandlernes indsats og engagement?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Hvor tilfreds er du antallet af ……. indsatser?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Hvor tilfreds er du med indholdet af ……. indsatser?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Hvor tilfreds er du med antallet af ……. indsatser?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Hvor tilfreds er du med indholdet af ……. indsatser?	☐	☐	☐	☐	☐
9	Hvor tilfreds er du med din handleplan for tiden under afsoning?	☐	☐	☐	☐	☐
10	Hvor tilfreds er du med din handleplan for tiden efter afsoning?	☐	☐	☐	☐	☐
11	Hvor tilfreds er du med din egen deltagelse i behandlingen?	☐	☐	☐	☐	☐
12	Hvor tilfreds er du med motivationen hos de andre indsatte?	☐	☐	☐	☐	☐

13 Hvor tilfreds er du med din egen personlige udvikling?	☐	☐	☐	☐	☐
14 Hvor tilfreds er du med dit ophold på behandlingsafdelingen generelt?	☐	☐	☐	☐	☐

	Meget dårligere	Dårligere	Det samme	Bedre	Meget bedre
15 Hvordan opleves behandlingsafdelingen sammenlignet med afsoning på almindelig afdeling?	☐	☐	☐	☐	☐
16 Hvordan er samværet mellem fængselsfunktionærer og indsatte sammenlignet med samværet på en almindelig afdeling?	☐	☐	☐	☐	☐
17 Hvordan er samværet mellem indsatte på behandlingsafdelingen sammenlignet med samværet på en almindelig afdeling?	☐	☐	☐	☐	☐

18 **Hvilke 2 indsatser vurderer du som vigtigst i forhold til dit eget behandlingsforløb (tænk på ugeskemaet)?:**

1: _____

2: _____

Klientvurderingsskema motivationsprogrammer

Løbenr: _____

Hvor tilfreds er du med følgende?
Sæt kun et kryds på hver linie.

		Slet ikke tilfreds	Lidt tilfreds	Noget tilfreds	En del tilfreds	Meget tilfreds
1	Er det klart for dig, hvad behandlingen går ud på?	☐	☐	☐	☐	☐
2	Hvor tilfreds er du med stemningen i motivationsgruppen?	☐	☐	☐	☐	☐
3	Hvor tilfreds er du med din relation til behandler/behandlere?	☐	☐	☐	☐	☐
4	Hvor tilfreds er du med behandlernes indsats og engagement?	☐	☐	☐	☐	☐
5	Hvor tilfreds er du antallet af ……. indsatser?	☐	☐	☐	☐	☐
6	Hvor tilfreds er du med indholdet af ……. indsatser?	☐	☐	☐	☐	☐
7	Hvor tilfreds er du med antallet af ……. indsatser?	☐	☐	☐	☐	☐
8	Hvor tilfreds er du med indholdet af ……. indsatser?	☐	☐	☐	☐	☐
9	Hvor tilfreds er du med din egen deltagelse i behandlingen?	☐	☐	☐	☐	☐
10	Hvor tilfreds er du med motivationen hos de andre indsatte?	☐	☐	☐	☐	☐
11	Hvor tilfreds er du med din egen personlige udvikling?	☐	☐	☐	☐	☐

Appendix 3

Selvevalueringsmodel til behandlingsafsnit i fængsler

Selvevalueringsskema til behandlingsafsnit i fængsler

Stamoplysninger

Fængsel:
Adresse:
Postnr. By:
Tlf.:

Behandlingsinstitution:

Adresse:
Postnr. By:
Tlf.:

Behandlingsafdeling:

Afdelingsleder/Souschef :
Behandlingsleder:
Socialrådgiver:

Selvevalueringsteam:

Angiv navn, stilling, institution:

1.Målgruppe

1.A. Beskrivelse af målgruppe

Beskriv programmets målgruppe:
Beskriv hvem programmet ikke henvender sig til:
Beskriv visitationsprocedure:
Beskriv udskrivningsprocedure:

1.B. Dokumentation af målgruppe

1. Indskrevne klienter siden sidste selvevaluering (fx 12 måneder eller forsøgsperioden):
Dokumentationsværktøj:
Resultater:
2. Grunde til udskrivning af klienter i behandling:
Dokumentationsværktøj:
Resultater:

1.C. Refleksion over målgruppe:

2. Behandlingsmål

2.A. Beskrivelse af behandlingsmål

Beskriv programmets langsigtede mål:
Beskriv programmets kortsigtede mål:

Beskriv kriterier for, at en klient har gennemført behandlingsprogrammet:

2.B. Dokumentation af behandlingsmål

Behandlingsmål 1:
Dokumentationsværktøj:
Resultater:
Behandlingsmål 2:
Dokumentationsværktøj:
Resultater:
Behandlingsmål 3:
Dokumentationsværktøj:
Resultater:
Behandlingsmål 4:
Dokumentationsværktøj:
Resultater:

2.C. Refleksion over behandlingsmål

3. Indsatser

3.A. Beskrivelse af indsatser

Beskriv og begrund programmets indsatser. Prioriter dem i forhold til, hvilke indsatser I mener betyder mest i behandlingen.

Indsats:
Beskrivelse af indsats:
Begrundelse for indsats:
Hvem står for indsatsen:
Indsats:
Beskrivelse af indsats:
Begrundelse for indsats:
Hvem står for indsatsen:

3.B. Dokumentation af indsatser

Indsats:
Dokumentationsværktøj:
Resultater:
Indsats:
Dokumentationsværktøj:
Resultater:

3.C. Refleksion over indsatser

4. Metode

4.A. Beskrivelse af metoder

Beskriv den/de metoder behandlingsprogrammet bygger på og hvordan de eventuelt er tilpasset fængslet:

Begrund valget af metoder i forhold til målgruppens problemfelter:

4.B. Dokumentation af metoder

Personale 1
Ansat antal timer:
Uddannelse:
Anciennitet:
Efteruddannelse:
Erfaringsmæssig baggrund:
Personale 2
Ansat antal timer:
Uddannelse:
Anciennitet:
Efteruddannelse:
Erfaringsmæssig baggrund:

4.C. Refleksion over metoder

5. Motivation

5.A. Beskrivelse af motivation

Beskriv hvilken definition eller hvilke definitioner I arbejder ud fra i forhold til klienters motivation:

Beskriv hvad motivation betyder for behandling:

Beskriv hvordan programmet søger at sikre klienternes motivation for og aktive deltagelse i programmet:

5.B. Dokumentation af motivation

Dokumentationsværktøj:
Resultater:
Dokumentationsværktøj:
Resultater:

5.C. Refleksion over motivation

6. Individuel planlægning og koordinering

6.A. Beskrivelse af individuel planlægning og koordinering

Beskriv retningslinierne for udarbejdelse af og opfølgning på handleplaner:

Beskriv retningslinierne for udarbejde af behandlingsplan for behandlingsprogrammet:

6.B. Dokumentation af individuel planlægning og koordinering

Dokumentationsværktøj:

Resultater:

Dokumentationsværktøj:

Resultater:

Hvor mange procent af de indskrevne klienter har fået lavet en behandlingsplan:

Dokumentationsværktøj:

Resultater:

6.C. Refleksion over individuel planlægning og koordinering

7. Internt samarbejde

7.A. Beskrivelse

Beskriv retningslinier for internt samarbejde:

Beskriv rolle-, ansvars- og kompetencefordeling mellem behandlere og fængselspersonale:

Beskriv procedurer for konflikthåndtering:

7.B. Godtgørelse

Hvilke møder med deltagelse af hvem er afholdt på hvilke tidspunkter:

Dokumentationsværktøj:

Resultater:

7.C. Refleksion

Appendix 4

Selvevaluering i behandlingsafsnit i fængsler og motivationsprogrammer i arresthuse

Delrapport september 2005

Selvevaluering i behandlingsafsnit i fængsler og motivationsprogrammer i arresthuse

Kapitel 1: Introduktion

Denne rapport er en delrapport og er afslutningen på den første del af den selvevalueringsmodel til behandlingsafsnit i fængsler og motivationsprogrammer i arresthuse, som Center for Rusmiddelforskning (CRF) udvikler for Kriminalforsorgen. Den første del har bestået i at udvikle en komplet model for selvevaluering og vejledning til brug af denne. Selvevalueringsmodellen er udformet i to udgaver: én til behandlingsafsnit i fængsler og én til motivationsprogrammer i arresthuse.

Den udviklede selvevalueringsmodel er inspireret af både de akkrediteringskriterier, som langt størstedelen af behandlingsprojekter i fængsler og motivationsprogrammer i arresthuse i løbet af de kommende år vil skulle akkrediteres efter, og af den dagligdag, der kendertegner behandlingsafsnit og motivationsprogrammer, og som vi har set på besøg i de syv deltagende projekter og hørt om i interviews med ansatte i projekterne. De projekter, der har deltaget i første fase af selvevalueringen, er tre arresthuse (Odense, Slagelse og Århus Arrest) og fire behandlingsafsnit i fængsler (Horsens, Nyborg, Sdr. Omme og Vridsløse). I selvevalueringens anden fase vil yderligere to arresthusprojekter i henholdsvis Esbjerg og Nordjylland deltage.

De motivationsprogrammer, der foregår i arresthusene, er forbehandling. I tre af fængslerne foregår der behandling, men målgruppen er forskellig (hhv. hash og centralstimulerende stoffer i Nyborg, unge mellem 18 – 35 år i Sdr. Omme, og stofmisbrugere generelt i Horsens), dog er målgruppen i alle projekter kun mænd. I Vridsløse er det et efterbehandlingsprogram, hvor målgruppen er mandlige stofmisbrugere, der tidligere har fuldført et behandlingsforløb i et fængsel.

Vi har besøgt de syv projekter to gange. Første gang var et indledende besøg, hvor projekterne blev introduceret til, hvad de skulle deltage i, og hvor CRF samtidig fik en kort introduktion til det enkelte behandlingsprogram, herunder eventuelle projektbeskrivelser. Det næste besøg blev kombineret med interview. I behandlingsafsnittene i fængslerne interviewede vi behandlingsleder, afdelingsleder og socialrådgiver. I arresthusene interviewede vi én eller flere behandlere, en fængselspersonale (fx overvagtmester) og socialrådgiver. Vores besøg i de syv projekter og interview med ansatte har været vigtige for at udvikle en selvevalueringsmodel, der kan vinde genklang i de involverede projekter. Derudover har det været vigtigt for os at danne et indtryk af, hvordan projekterne fungerer, herunder deres evalueringskapacitet.

I forhold til akkrediteringskriterierne er det vigtigt at understrege, at selvevalueringen ikke er det samme som en akkreditering. Vi har brugt akkrediteringskriterierne som inspiration til, hvordan selvevalueringsmodellen skulle se ud, dvs. indkredset de områder, som det er vigtigt at dokumentere og reflektere over. Selvevalueringen er derfor et redskab i sig selv til udvikling og forandring af behandlingsindsatsen såvel som til dokumentation og vurdering af denne indsats. Hertil kommer så, at dét at opbygge en rutine for dokumentation af programaktiviteter samt at sikre refleksion over resultaterne er en vigtig del af det akkrediteringskriterium, der omhandler kvalitetssikring og dokumentation.

Denne rapport er opbygget således, at kapitel 2 ridser op, hvad der skal til for at lave en evaluering mere generelt, og hvor selvevalueringer kan placeres i dette landskab. I kapitel 3 definerer vi seks områder, som kendetegner en organisations evalueringskapacitet. I kapitel 4 vurderer vi de syv projekter i forhold til evalueringskapacitetens seks områder. Kapitel 5 beskriver og diskuterer nogle af vilkårene for at bedrive behandling i fængsler og arresthuse. Vi diskuterer det nødvendige samarbejde mellem fængselsfunktionærer og behandlere og ser på nogle af de vilkår, som behandling i fængsler og arresthuse er underlagt. Vi skal her understrege, at vi bruger ”behandler” som samlebetegnelse for ansatte, der kommer fra en behandlingsinstitution og foretager behandlingen i fængsler og arresthuse. ”Behandlerne” kan have vidt forskellig baggrund og vidt forskellige opgaver i projekterne. Endelig er kapitel 6 konklusionen.

Kapitel 2: Selvevaluering – som koncept og konkret model

Evaluering betyder at foretage en værdisætning. Det er en specifik form for undersøgelse, der i stigende grad i de senere år er blevet anvendt som en måde at vurdere offentlig service på. Endvidere er evaluering blevet et af de redskaber, som bruges til kvalitetssikring af offentlig service. Sagt med andre ord: en evaluering har ofte flere formål: at dokumentere processer, indsatser og resultater; at dokumentere at de penge, et projekt koster, giver udbytte; og at sikre og udvikle kvaliteten af indsatsen.

Evalueringer opstod i 1960erne og har siden spredt sig til ganske mange områder i de offentlige systemer. Opkomsten af denne undersøgelsespraksis er knyttet til udviklingen af den moderne velfærdsstat og de problemer, som er opstået i bestræbelserne på både at opbygge, konsolidere og ændre den moderne velfærdsstat. Hele den vækst, der kom i gang i den periode, stillede forskellige krav til det offentlige. Man manglede viden om, hvad der egentlig forgik, for at kunne implementere, udvikle og udvide velfærdsstatens ydelser. I den første evalueringsbølge i 1960erne fokuserede man da også især på at vurdere og forbedre det faglige indhold af ydelser og initiativer. Den anden evalueringsbølge (man taler ofte om tre evalueringsbølger, med hvert deres fokus) fra slutningen af 1970erne fokuserede især på at dokumentere og retfærdiggøre eksisterende projekter. Med de mange velfærdsstatslige ydelser opstod der et krav om, at det offentlige blev stillet til regnskab for, hvad skattekronerne blev brugt til. Man søgte dokumentation for, om målene blev opfyldt, om indsatserne havde nogen effekt, og om der kunne prioriteres anderledes. Den underliggende ide i den anden evalueringsbølge var således at skabe viden til politiske prioriteringer og dermed rettet mod legitimitet og retfærdiggørelse af offentlige ydelser (Vind 2005:264). De to evalueringsbølger er forskellige i forhold til, hvad de lægger vægt på skal vurderes og hvorfor, men der er elementer af den ene i den anden og vice versa. Den tredje bølge opstår i slutningen af 1990erne og rummer elementer af begge de to tidligere bølger. Denne bølge er dog væsensforskellig, idet den fokuserer mere på at opbygge evalueringskapacitet i de enkelte organisationer, snarere end at foretage deciderede evalueringer. Ideen bag denne tredje evalueringsbølge er, at den viden, som en evaluering tilfører en organisation, skal forblive i organisationen og indarbejdes i dagligdagen. Evalueringer skal bruges som refleksionsværktøj til både at forbedre den faglige kvalitet, udvikle efter behov og effektivisere praksisser i hverdagen, så vel som til at vurdere om der kan eller skal prioriteres anderledes end hidtil. Som sådan er den selvevaluering, som Kriminalforsorgen vil implementere i fængsler og arresthuse til vurdering af behand-

lingsafsnit og motivationsprogrammer, en del af denne tredje evalueringsbølge. Selvevalueringen skal bruges til at dokumentere og indsamle viden af faglig art til intern udvikling og forbedring af indsatsen, til legitimering af programmet over for en tredje part, og til at kunne træffe politiske beslutninger ud fra (skal behandlingstilbudene i fængslerne udbygges, begrænses, ensrettes, skal de gøres permanente, etc.).

Evalueringsforskere har fremhævet især fire områder, som evalueringer består af (fx Dahler-Larsen & Krogstrup, 2001). Den første er, at der selvfølgelig skal være en evaluand; det vil sige noget, der er genstand for evalueringen. Evaluanden i det offentlige er de mange forskellige indsatser, tilbud og ydelser, som velfærdsstaten består af. I dette tilfælde er det behandlingsafsnit i fængsler og motivationsprogrammer i arresthuse. Det andet er, at evalueringer er andet end blot nogle synspunkter. Evalueringer er bygget op på systematisk, skriftlig dokumentation, der kan produceres ved hjælp af flere forskellige metoder. Systematisk betyder, at man gør det samme hver gang, og at det sker løbende. Den systematiske, skriftlige dokumentation er med til at skabe viden om det område, man gerne vil have evalueret, samt at skabe et overblik over det, man i det hele taget vil evaluere på. Det tredje er, at evalueringer også er vurderinger. Man vil gerne vide, om noget virker eller ej, om noget er rentabelt eller ej, eller om noget har en effekt eller ej. Og for at kunne vurdere dette er forudsætningen, at man arbejder ud fra et sæt af værdier, der kan være meget forskellige afhængig af, om evalueringen foretages for at fremme udvikling og refleksion i en organisation eller for at rationalisere og få en bedre økonomi i en organisation. I denne selvevaluering kan man sige, at kvalitetssikring og kvalitetsudvikling er de vigtigste værdier, som selvevalueringen baseres på. Det fjerde og sidste, som en evaluering indeholder, er en tilsigtet anvendelse. Dvs. at udfaldet af en evaluering kan få følger for politiske beslutninger, for ændringer af bestemte tiltag, for udvikling og forandring, eller for en fortsættelse eller lukning af et projekt.

Den selvevalueringsmodel, som Center for Rusmiddelforskning har udviklet til behandlingsafsnit i fængsler og motivationsprogrammer i arresthuse, er bygget op omkring syv områder, der har med behandling (hvad enten det er forbehandling, behandling eller efterbehandling) i hhv. fængsel eller arresthus at gøre. Disse syv områder er:

- Målgruppe
- Mål for behandling
- Indsatser
- Metoder

- Motivation
- Individuel planlægning og koordinering
- Internt samarbejde

Til modellen er udarbejdet en manual, som forklarer, hvordan evalueringen af hvert enkelt område skal udføres. Der er to forskellige selvevalueringsmodeller med tilhørende manual til hhv. behandlingsafsnit i fængsler og motivationsprogrammer i arresthuse. Hvert af de syv områder i selvevalueringen skal belyses fra tre forskellige vinkler: de skal *beskrives, godtgøres* (dvs. indsatsen skal dokumenteres) og *reflekteres* over. I manualen er udførligt beskrevet, hvordan hver af de tre vinkler på de syv områder skal behandles. Overordnet kan siges, at *beskrivelsen* af et område skal indeholde det, som behandlings- eller motivationsprogrammet ønsker at gøre og opnå, dvs. det grundlag som behandlingen er bygget op omkring. *Godtgørelsen* handler om dokumentation af behandlingsindsatsen, dvs. systematisk indsamlet, skriftlige data på både klienter og behandlingsprogram (fx indsatser, gennemførelse, etc.). I manualerne introduceres forslag til forskellige dokumentationsværktøjer, f.eks. moduler i Klientsystemet. Disse værktøjer er også tilgængelige til brug i selvevalueringen og vedlægges som bilag til manualerne. *Refleksionen* over de enkelte områder kan indeholde overvejelser over forholdet mellem beskrivelsen af behandlingen (mål) og dokumentationen af behandlingen (resultater). Refleksionsdelen giver også plads til at diskutere aspekter ved behandlingen, som ikke kan måles og vejes, men som anses som væsentlige. De tre vinkler svarer således til spørgsmålene ”hvad vil vi gøre/opnå?” – ”Hvad gør vi/opnår vi?” – ”Hvad mener vi om det, vi gør/opnår i forhold til det vi gerne vil gøre/opnå?”

Det er vigtigt, at den involverede organisation ser udarbejdelsen af en selvevaluering som en mulighed for udvikling og forandring og ikke blot som en måde at vurdere eller kontrollere organisationens virke på, og efterfølgende træffe beslutninger om hvilke forandringer, der evt. skal ske for organisationen. Den systematiske viden, der produceres som en del af en selvevaluering, kan ikke undgå at give et forsimplet billede af alle de nuancer, dilemmaer, overvejelser mv., der opleves i dagligdagen, og det er ofte dette forsimplede billede, der ligger til grund for vurderinger af organisationen. Det at vurdere en organisation opleves ofte som kontrollerende, og dermed kan den viden, der produceres i selvevalueringen, og som bruges til at vurdere organisationen med, også opleves som kontrollerende. Eftersom organisationen selv skal producere denne viden, er det derfor vigtigt, at den kan bruges til mere end blot at få et overblik over effekten af et projekt. Den viden, der produceres, skal også kunne bruges til intern refleksion over

de tiltag og forandringer, der naturligt sker i en organisation, og viden skal bruges til at udvikle en systematik i behandlingsindsatsen. Det, at en selvevaluering skaber viden om organisationen, åbner for muligheder for udvikling og forandring, og er det aspekt, som organisationen selv – viser erfaringerne – ser som gevinsten ved en selvevaluering. Derfor har vi også i selvevalueringsmodellen især lagt vægt på programmernes refleksion over den viden, der produceres, og over de data, der ligger til grund for evalueringen.

Kapitel 3: Evalueringskapacitet – hvad er det?

Det at lave en selvevaluering kræver bestemte kompetencer og forhold i organisationen, som i evalueringslitteraturen kaldes for *evalueringskapacitet* (Boyle 1999, Dahler-Larsen 2000, Vind 2005). I dette afsnit vil vi beskrive de generelle forudsætninger, som skal være tilstede for at lave en selvevaluering. Dvs. forudsætninger for at selvevaluering både kan bruges til at udvikle og forbedre programpraksis og til at vurdere programpraksis på, fx af Kriminalforsorgen. Fokus er således i dette afsnit ikke på indholdet i selvevalueringen, eller hvordan selvevalueringen bliver brugt, men på de rammer og forudsætninger, der skal være tilstede for overhovedet at kunne lave en selvevaluering. Der er seks forhold, som skal være tilstede i en organisation, for at en selvevaluering er mulig. Disse er:

- Dokumentationspraksis
- Teknologi
- Adgang til relevante data
- Evalueringsteam
- Evalueringskompetence
- Tid

I det følgende vil vi kort beskrive, hvad hvert af de seks forhold indebærer.

Dokumentationspraksis

Enhver form for evaluering skal bygge på systematisk, skriftlig dokumentation af den praksis, som skal evalueres. For at kunne gennemføre en selvevaluering skal en sådan praksis være til stede i organisationen. I dette tilfælde skal der være systematisk, skriftlig dokumentation, der både følger den enkelte klient og programmets indsatser. Dokumentationen skal kunne skabe viden og overblik over den enkelte klients behandlingsforløb, over gruppen af klienter, og over udviklingen i programmets indsatser. Hvis en sådan praksis ikke allerede er til stede, må en selvevaluering altså starte med at opbygge den – af den enkle grund at det er vanskeligt at reflektere over et programs indhold og virkning, hvis man ikke har fakta og viden, der fortæller herom.

Teknologi

Indsamling, opbevaring og behandling af skriftlig dokumentation kræver forskellige former for teknologi. Det er nødvendigt, at der er uproblematisk adgang til computere og relevant software og programmer til behandling af det indsamlede datamateriale.

Adgang til relevante data

Behandlerne skal have adgang til de data, som indsamles via den systematiske, skriftlige dokumentation. Dette er vigtigt, for at den viden, der produceres, også kan bruges i behandlingsarbejdet og til intern udvikling og forandring af programmet.

Evalueringsteam

Organisationen skal nedsætte et evalueringsteam, der har ansvaret for, at selvevalueringen gennemføres. Det er vigtigt, at dette team består af personer, der repræsenterer de forskellige grupper, der er involveret i selvevalueringen i organisationen, og det er vigtigt, at dette team har fuld ledelsesopbakning til at udføre deres arbejde.

Evalueringskompetence

To typer kompetencer skal være tilstede i organisationen for at kunne lave en selvevaluering. Den ene er de konkrete kompetencer, der kræves af medarbejderne for at udføre den skriftlige, systematiske dokumentation. Herunder at der er kompetence i organisationen til at behandle de indsamlede data og få et overblik over dem. Den anden er evnen til refleksion over egne arbejdsgange. Denne kompetence er vigtig for at kunne udvikle og forandre praksis i forhold til de data, selvevalueringen giver.

Tid

Det sidste forhold, som skal være til stede for at lave selvevalueringer i en organisation, er tid. Som vi beskrev i det foregående afsnit, er ideen om selvevalueringer temmelig ny. Man kan således ikke regne med, at de nævnte forudsætninger er til stede i en organisation. Tid skal således bruges til at opbygge evalueringskapacitet. Det kan kræve en omstrukturering af allerede eksisterende eller implementering af nye arbejdsgange, som ikke lader sig gøre på kort tid, ligesom der løbende skal afsættes tid til refleksion og samarbejde.

I det følgende afsnit vil vi beskrive og diskutere evalueringskapaciteten i behandlingsafsnittene i de fire fængsler og i motivationsprogrammerne i de tre i arresthuse.

Kapitel 4: Evalueringskapacitet i behandlingsafsnittene i de fire fængsler og i motivationsprogrammerne i de tre arresthuse

Dokumentationspraksis

I både fængsler og arresthuse bruges Kriminalforsorgens Elektroniske Klientsystem. Denne dokumentationspraksis er velfungerende i alle syv deltagende projekter. Data herfra kommer især til at skulle bruges i forhold til det område i selvevalueringen, der hedder individuel planlægning og koordinering, idet handleplaner forestås af en af Kriminalforsorgen ansat socialrådgiver. Data omkring koordinering af klientens videre forløb registreres ligeledes i dette dokumentationssystem. Denne form for dokumentationspraksis går på den enkelte klient, men bør kunne samles og give et overblik over gruppen af klienter.

Dokumentationssystemer i forhold til selve behandlings- eller motivationsprogram findes i to af projekterne i form af elektroniske klientjournaler. I de fem andre projekter er der enten en sporadisk eller slet ingen dokumentationspraksis. Det fordelagtige ved elektroniske klientjournalsystemer er, at disse kan åbnes fra flere forskellige computere, blot brugeren har adgang til systemet. Dette betyder, at misbrugsbehandlerne kan opdatere journalen fra deres egen arbejdscomputer, og disse opdateringer umiddelbart er tilgængelige for de andre behandlere (elektroniske klientjournalsystemer er dog ikke nødvendige for at opbygge en dokumentationspraksis). De eksisterende elektroniske klientjournaler går på klienternes forløb, ikke programmets indsatser. Ingen af de syv projekter dokumenterer systematisk programmets indsatser, ligesom de færreste projekter bruger systematiske værktøjer til visitering og udskrivning af klienter.

Der er således to spændingsfelter i forhold til dokumentationspraksis, som vi her vil fremhæve. Det første felt er, at den viden, der eksisterer i programmerne, primært er viden om den enkelte klient. Denne viden er væsentlig for den enkelte klients behandlingsforløb. Den type viden, som selvevalueringen i højere grad efterspørger, er viden om gruppen af programdeltagere og viden om programmets indsatser som helhed. Denne viden er vigtig for at skabe overblik over samt se effekt af indsatsen, hvilket kan bruges som grundlag for udvikling og forandring af indsatsen og til vurdering af programmets samlede indsats.

Det andet spændingsfelt er, at den viden og erfaring, der ligger i behandlings- og motivationsprogrammerne, flere steder formidles mundtligt og ikke skriftligt, fx på møder, klientkonferencer, etc.. Den viden, som skal dokumentere behandlingspraksis i selvevalueringen, skal være systematiseret, skriftlig viden. Sat på spidsen kan man sige, at det er grundelementet i

selvevalueringen at systematisere og skriftliggøre eksisterende viden og gøre den tilgængelig i faste sammenlignelige kategorier. Det er vores indtryk, at alle institutionerne har et blik for disse spændingsfelter og har lyst at tage udfordringen op. Dog skal man være klar over, at dette ingenlunde er en lille udfordring.

Vi må på dette område konkludere, at alle syv projekter i større eller mindre omfang skal udvikle evalueringskapacitet i forhold til dokumentationspraksis. Dette er en væsentlig begrundelse for, at CRF vedlægger dokumentationsværktøjer, dvs. værktøjer som kan bruges til at dokumentere både klientforløb og indsatser med, som projekterne kan vælge at bruge til opbygning af en god dokumentationspraksis, både på klientforløb og i forhold til dokumentation af programmets indsatser.

Teknologi

I to af de syv projekter har behandlerne enten ingen eller kun begrænset adgang til computere. De dokumentationsværktøjer, som CRF vedlægger selvevalueringsmodellen, og som kan bruges til dokumentation af både klient- og programforløb, kræver kun enkle og almindelige software programmer, og kræver ingen stor computer kapacitet. Det er altafgørende, at der i de projekter, hvor behandlerne mangler adgang til computere, i allernærmeste fremtid stilles en computer til rådighed.

Hvorvidt behandlerne er erfarne i brugen af forskellige typer software og programmer til bearbejdning af datamaterialet har det været svært at få et overblik over. Såfremt denne kompetence mangler i projekterne, anbefaler vi, at evalueringsteamet (se nedenfor) diskuterer, hvordan dette problem kan løses (fx via kurser, eller at en person med disse kompetencer udpeges til at være ansvarlig).

Adgang til relevante data

Det er vigtigt, at de ansatte, der deltager i selvevalueringen, har adgang til relevante data. Evalueringsforskere påpeger, at denne åbenhed omkring data både er en forudsætning for en konstruktiv refleksion over egen praksis, ligesom det er med til at sikre, at de ansatte, der er med til at producere data til selvevalueringen, ikke udelukkende oplever, at materialet bruges til vurdering og kontrol af programindsatsen.

Behandlere i både behandlingsafsnit i fængsler og motivationsprogrammer i arresthuse har ikke adgang til Kriminalforsorgens Elektroniske Klientjournal. Dette er for indeværende et vilkår for behandlingsafsnittene og motivationsprogrammerne. Vi har i flere af projekterne hørt ønsker fremsat om, at behandlerne kunne få adgang til i alt fald dele af Kriminalforsorgens Elektroniske Klientjournal. Dette gælder fx omkring handleplaner. Ofte samarbejder Kriminalforsorgens socialrådgiver med behandlerne

om udfærdigelsen af handleplanerne. Skal behandlerne samstemme fx en behandlingsplan med aftalerne i handleplanen, skal de have fat på socialrådgiveren for at få adgang handleplanen. Kriminalforsorgen kunne overveje, om dele af Kriminalforsorgens Elektroniske Klientjournal kunne gøres tilgængelig for behandlingspersonalet.

Evalueringsteam

Eftersom de syv projekter endnu ikke er gået i gang med selvevalueringen, er der ikke nedsat evalueringsteams. Vi foreslår, at sådanne teams etableres. Teamet bør består af personer, der repræsenterer de forskellige grupper, der arbejder på de afdelinger, hvor selvevalueringen skal foregå. Det er vigtigt, at dette team har fuld ledelsesopbakning til at udføre deres arbejde. I det følgende vil vi skitsere vores forslag til, hvordan evalueringsteam kan se ud i hhv. behandlingsafsnit i fængsler og i motivationsprogrammer i arresthuse, og sidst vil vi foreslå, hvordan disse evalueringsteam kan tage fat på deres arbejdsopgaver.

For behandlingsafsnit i fængsler foreslår vi, at evalueringsteamet består af behandlingsleder, afdelingsleder/daglig leder, evt. socialrådgiver, en overordnet leder fra fængselsvæsenet (og/eller behandlingskonsulent) og en overordnet leder fra behandlingsinstitutionen. For motivationsprogrammer i arresthuse foreslår vi, at evalueringsteamet består af én udvalgt behandler, én udvalgt fængselsfunktionær, en overordnet leder fra behandlingsinstitutionen, en overordnet leder fra arresthuset og en socialrådgiver fra KiF. Det er vigtigt, at både daglige medarbejdere og deres ledere deltager i evalueringsteamet. Den førstnævnte gruppe kender dagligdagen, ved hvad der er realistisk (fx med hensyn til implementering af dokumentationsværktøjer), hvad der skal evalueres på (fx hvilke indsatser, der skal med i selvevalueringen), og de kender de forskellige arbejdsgange og kan komme med forslag til, hvordan de nye arbejdsområder, som formodentlig kommer med selvevalueringen, kan indarbejdes. Men det er også vigtigt, at deres ledere deltager og bakker op om selvevalueringen. Eftersom der er flere forskellige ledelseshierarkier, når man henter behandlingsinstitutioner ind i fængselsvæsnet, er det vigtigt, at det er ledelsen fra både behandlingsinstitutionen og fængslet/arresthuset, der bakker op om evalueringen. Opbakningen skal både ske i forhold til indføring af selvevalueringsmodellen, til udvikling af evalueringskapacitet, så vel som opbakning til at integrere den nye viden som selvevalueringen vil frembringe, både i form af behandlingstiltag og samarbejdsgange. Hvor dette ledelsesansvar nøjagtigt skal placeres i de forskellige programmer, er ikke op til os at vurdere. Og med ansvar hentyder vi ikke til den konkrete registrering i hverdagen, men ansvaret for at dette sker, ansvaret for at den nødvendige refleksion over disse data finder

sted, enten ved selv at stå for herfor eller facilitere den, og selvfølgelig at selvevalueringsmodellen udfyldes.

I denne sammenhæng ønsker vi at pege på et forhold, det er vigtigt, at ledelsen er opmærksom på. Det drejer sig om, hvilke konsekvenser evalueringsarbejdet har for de evaluerings-involveredes arbejde, eller hvilke konsekvenser de tror, det vil få. Hvis man fx som behandlingsansvarlig alvorligt bekymrer sig for konsekvenserne af evalueringens resultater, hvis man fx er urolig for, om programmet vil blive nedlagt eller omstruktureret væsentligt, kan det hæmme eller direkte skade selvevalueringens kvalitet og gyldighed. Ledelsen bør derfor være tydelig overfor de involverede parter i forhold til konsekvenserne af selvevalueringen, ligesom det er vigtigt at gøre klart, hvem der skal bruge hvilke af de indsamlede data. Kort sagt udstikke nogle retningsliner for grænsen mellem evaluering som kontrol og som kvalitetsudviklende.

Det ligger uden for vores område at vurdere denne problematik nærmere. Dog var det tydeligt ved interviewrunden, at de forskellige programmer (både fængselspersonalet og behandlings/motivationspersonalet) også opfattede selvevalueringen som en måde at sammenligne og vurdere programmerne i forhold til hinanden.

Evalueringskompetence

To typer kompetencer skal være til stede i organisationen for at kunne lave en selvevaluering. Den ene er de kompetencer, der kræves af medarbejderne for at udføre den skriftlige, systematiske dokumentation. Herunder at der er kompetence i organisationen til at behandle de indsamlede data og få et overblik over dem. Den anden er evnen til refleksion over egne arbejdsgange. Denne kompetence er vigtig for at kunne udvikle og forandre praksis i forhold til de forandringer, der naturligt opstår i en organisation.

Medarbejderkompetencer:

Når man indfører selvevaluering i institutioner, præsenteres de ansatte ofte også for ny software, som de i en eller anden grad skal lære at beherske for at udføre dokumentationspraksis. Medarbejdere skal derfor lære at bruge de værktøjer, som indføres som dokumentationspraksis, og derudover skal der i organisationen være det, som evalueringsforskere kalder for ”statistisk formåen”. Dette betyder at kunne skabe oversigter fra de data, der er etableret på de enkelte klienter, for dermed at få overblik over gruppen af klienter. Denne proces kræver, at man har lagret data på de enkelte klienter elektronisk, og at der er én eller flere, der kan skabe overblik over disse data. Vores indledende interviewrunde med de forskellige projekter har ikke afdækket dette aspekt fyldestgørende, dog er det vores indtryk, at man kun i ganske begrænset omfang benytter software til at skabe statistisk overblik.

De dokumentationsværktøjer, som CRF vedlægger selvevalueringen, er enkle og kræver kun et minimum af kompetencer på dette område.

Evnen til refleksion over egne arbejdsgange:

Det andet aspekt er evnen til at reflektere over egen praksis. Som vi beskrev i forrige afsnit, indebærer en selvevaluering, at man som institution eller programvirksomhed er i stand til i en refleksiv proces at integrere og vurdere selvevalueringens generelle data med eksisterende behandlingspraksis for at udvikle, forbedre og præcisere denne. Det generelle billede, som man får af behandlingen via dokumentationen, kan nogle gange stemme overens med behandlernes og personalets egne billeder af, hvad der foregår i behandlingen. Men dokumentationen kan også overraske og vise både mere positive, mere negative eller simpelthen bare anderledes resultater end de billeder, som de involverede medarbejdere og behandlere hver især har af behandlingsindsatsen. Refleksion handler således om at sætte sig ud over det enkelte tilfælde og se på de generelle resultater, som behandlingen har nået.

Refleksionsevne er svær at indfange og beskrive, men den kan konkretiseres ved: 1) evalueringsrelevant uddannelse og erfaring, og 2) kompetence i forhold til at stille relevante spørgsmål til egen praksis. Eller mere præcist: er man i stand til at arbejde med forskellen på et nuværende praksisniveau og et mere ideelt mål for behandling, som man vil rette praksis ind efter. Selvevalueringsmodellen er bygget op omkring, at de enkelte projekter skal beskrive nuværende praksis, dernæst dokumentere den og endelig reflektere over indkomne data. Det er i det sidste niveau, at projekternes evne til refleksion kommer til udtryk.

Man skal være opmærksom på, at det er vigtigt, at refleksionskompetencen indbygges i organisationen og på den måde gøres uafhængig af den enkelte behandler/ansatte. Dvs. at der i selve arbejdsgangen ligger systematiske registreringer og dokumentation, og at evalueringsteamet med faste intervaller samler op på den viden, der produceres, og skaber mulighed for, at denne viden på en relevant måde kan bringes tilbage til behandlingshverdagen (fx i form af diskussion af nye mål eller diskussion af hvordan man opretholder eksisterende resultater).

Hvorvidt det lader sig gøre i dagligdagen, og hvorvidt det allerede er en del af dagligdagen i de enkelte projekter, vil vise sig i løbet af selvevalueringsprocessen. Vi ønsker her blot at påpege, at det er en afgørende faktor. Hvad angår projekternes evalueringsrelevante uddannelse og erfaring, afhænger det af sammensætningen af de forskellige evalueringsteams, der nedsættes i implementeringsperioden.

Det forventes ikke, at projekterne kan det hele fra første færd, men at de

går aktivt ind i en proces, hvor de tilegner sig de forskellige kompetencer, der skal til for at lave en selvevaluering (fx aktiv dokumentationspraksis, refleksionsevne, statistisk kunnen).

Tid

Der skal bruges tid til at opbygge evalueringskapacitet. Som vi har set af de foregående områder, kan det kræve både en omstrukturering og en implementering af nye arbejdsgange. Både i forhold til dokumentationspraksis og i forhold til at afsætte tid og rum til refleksion og samarbejde. Dette lader sig sjældent gøre på kort tid (se fx Asmussen & Kolind 2005, Bømler 1996). Specielt i opstartsfasen vil selvevalueringen være tidskrævende for de involverede parter, og det er nødvendigt at afsætte tid til:

- At sætte sig ind i selvevalueringsmodellen samt de dokumentationsværktøjer, der medfølger
- At udfylde de forskellige dokumentationsværktøjer systematisk og regelmæssigt
- Systematisk og i klart definerede tidsrum at bearbejde samt reflektere over de resultater, som selvevalueringen frembringer

Vi foreslår, at alle behandlere i motivationsprogrammer og behandlingsafsnit samt en stor del af fængselspersonalet i behandlingsafsnittene og involveret fængselspersonale i arresthuse og KiF introduceres til selvevalueringsmodellen. Det er dog primært behandlingspersonalet, der skal stå for dokumentation af behandlingsindsatsen, og det er derfor også primært dem, der skal indarbejde nye arbejdsgange i forhold til at dokumentere. På de behandlingsafsnit i fængsler og motivationsprogrammer i arresthuse, der endnu ikke har en dokumentationspraksis, har vi mødt en interesse i at blive introduceret for arbejdsredskaber til mere systematisk at kunne dokumentere programmerne. Men det kræver en tidsmæssig investering at sætte sig grundigt ind i selvevalueringen, at implementere en dokumentationspraksis, og endelig at forstå og benytte den evalueringstankegang, der følger med. Alle projekter skal som beskrevet overveje nye dokumentationspraksisser, idet den dokumentationspraksis, der eksisterer i dag, udelukkende er på enkelte klientforløb, hvilket betyder, at der mangler dokumentation om programmets indsatser som helhed samt om gruppen af klienter.

I alle behandlingsafsnit i fængslerne eksisterer der allerede nogen mødevirksomhed, hvor både behandlere og fængselspersonale deltager (afdelingsrådsmøder, personalemøder, supervision). Nogle af selvevalueringens resultater vil løbende kunne diskuteres her. Men for at sikre en reel og kon-

struktiv refleksion af selvevalueringen, hvor også eventuelle forandringer og omlægninger diskuteres, vil det være nødvendigt at etablere et eller flere fora, hvor refleksionsevnen i organisationen kan udvikle og udspille sig. Det kunne være et forum, der mødes hver 3. – 4. måned med deltagelse af både fængselspersonale og behandlere. Der kunne etableres et 1 – 2 dages seminar årligt, der fokuserede på dette emne, og der kunne derudover etableres et forum, hvor behandlere sammen med deres bagland (behandlingsinstitution) reflekterer over behandlingspraksis.

Mødevirksomhed ser anderledes ud i motivationsprogrammerne. Her er der fx nedsat en følgegruppe og et dagligt udvalg. I det daglige udvalg sidder både fængselspersonale, socialrådgivere og behandlere. Dette forum kunne bruges til (og bruges allerede til) udveksling af erfaringer og ideer til udvikling af programmet. Eftersom behandlingsinstitutionerne ikke er i arresthusene, som i fængslerne, har det vist sig meget vigtigt, at der er mulighed for direkte og uformel kontakt (fx telefonisk) mellem behandlingsinstitution og arresthus for at løse mere akutte problematikker eller dilemmaer (se nedenfor).

Opsamlende vurderes, at selvevalueringen ikke kan integreres i programmernes eksisterende praksis, uden at det tidsmæssigt vil influere på programaktiviteter og fokus. Vi anbefaler derfor, at projekterne, der deltager i forsøgsperioden med Selvevalueringsmodellen, får tildelt øgede resurser. Dette vil støtte, motivere og tidsmæssigt afkorte implementeringen og udviklingen af selvevalueringskapaciteten i projekterne.

Opsamling

En succesfuld selvevaluering er således baseret på og kræver:

- Systematisk, skriftlig dokumentationspraksis på både klienter og programindsatser.
- Adgang til relevant teknologi
- Adgang til relevante data
- En vis grad af statistisk kunnen
- Evalueringsrelevant erfaring
- Kompetence til systematisk, skriftlig refleksion over egen praksis
- Ledelsesmæssig opbakning
- At der internt i organisationen kan ses en fordel ved selvevalueringen
- Tid til at implementere dokumentationspraksis
- Tid til at etablere den refleksionspraksis som selvevaluering kræver

Hvad kan man så forvente bliver resultaterne af en succesfuld selvevaluering? Vi vil her fremhæve fem aspekter, som kunne være mulige gevinster:

- En større viden om og refleksivitet omkring mål, metoder, indsatser, målgruppe, etc.
- Implementering af dokumentationspraksis
- En systematisering af arbejdsgange og en større bevidsthed om egen praksis
- En institutionalisering af selvevalueringspraksis, så resultaterne og refleksionerne løbende indarbejdes i dagligdagen.
- Mulighed for at undersøge effekten af behandling

Som det fremgår af dette afsnit, kræver udarbejdelsen af en selvevaluering de fleste steder i de syv projekter nye arbejdsgange samt etablering af nye fora og arbejdsteams, og det kræver ikke mindst åbenhed overfor at arbejde med de resultater, som fremkommer. Selvevalueringen vil derfor forandre de impliceredes hverdag i forhold til dokumentation og i forhold til refleksion over denne dokumentation, men vi forestiller os, at disse nye arbejdsmetoder i løbet af et års tid vil blive opfattet som en integreret del af hverdagen.

Kapitel 5: Behandling og straf under samme tag

I dette afsnit vil vi redegøre for nogle af de forhold, der gør sig gældende, når man forener straf og behandling under sammen tag, og som direkte eller indirekte vil kunne tænkes at spille ind på selvevalueringens forløb. Spændingen mellem behandling og straf i fængselsvæsenet er ikke af ny dato. Siden fængslets opkomst har spændet mellem kontrol/straf på den ene side og forbedring/opdragelse på den anden været gennemgående. Dette dilemma har haft forskellige ansigter. At afsoningen har denne dobbelthed knyttet til sig ses fx afspejlet i Kriminalforsorgens Principprogram (1993), hvor institutionens formål på en og samme tid er straffuldbyrdelse og normalisering. Den dobbelte opgave med både straf og behandling i behandlings- og motivationsafdelingerne er således ikke ny. Men udfordringen her er ekstra tydelig og udtalt, fordi man inddrager udefrakommende behandlingsinstitutioner i fængslets arbejde. Dette er også hvad evalueringer af behandlings- og kontraktafdelinger i fængsler i Danmark har påvist (Storgård 1998, 1999, 2003, Kolind 1995).

Vi vil nedenfor skildre to overordnede aspekter af dette spændingsfelt, som vi vurderer eksisterer i behandlings- og motivationsafdelingerne. Det drejer sig om det nødvendige samarbejde mellem behandlere og fængselsansatte og om vilkår for at drive behandling i fængsler. Vi beskriver disse områder for at pege på, at behandling i fængselsregi er underlagt krav, som ikke eksisterer, når man driver behandling udenfor. Stofmisbrugsbehandling i fængsler er en speciel form for stofmisbrugsbehandling, der kan sammenlignes med behandling udenfor, men ikke ligestilles hermed.

Det nødvendige samarbejde

På behandlingsafdelingerne og i motivationsprogrammerne mødes to verdner i én: behandlingsverdenen og fængselsverdenen, der bygger på hver deres tradition eller kultur, og som overordnet har hvert deres formål. Formelt set er arbejdsdelingen i fængsler og arresthuse mellem fængselsansatte og behandlere da også meget klar. Behandlerne står for det behandlingsmæssige, og fængselspersonalet står for det kontrol- og sikkerhedsmæssige (men dog samtidig også for støtten til rehabiliterende aktiviteter). Det er også, hvad afdelingsleder/arrestforvarere og behandlingsledere/motivationsarbejdere fortæller i interviews med CRF. Men når man ser på den konkrete hverdag i behandlings- og motivationsafdelingerne, er virkeligheden anderledes. Her griber de forskellige personalegruppers arbejde på visse områder ind over hinanden. Både fængselspersonale og behandlere er bevidste omkring den formelle arbejdsdeling, men er også klar over, at uden et vist uformelt samarbejde og overlap mellem arbejdsopgaver, ville

afdelingerne og programmerne ikke kunne fungere optimalt. Begge parter fortæller samstemmende, at et sådant virksomt samarbejde har taget tid at opbygge. Ligesom det har taget tid at opbygge en forståelse og ikke mindst respekt for hinandens arbejdsområder og forskellige traditioner eller kulturer.

De syv projekter har ikke skriftlige samarbejdsaftaler, udover hvad der måtte stå i projektbeskrivelserne til behandlingsindsatsen. Som en del af selvevalueringen skal projekterne diskutere og udforme skriftlige retningslinier for rolle-, kompetence-, og arbejdsfordelinger. Disse retningslinier kan tage udgangspunkt i både det formelle og uformelle samarbejde. Men man skal være opmærksom på, at det altid vil kunne fortolkes forskelligt, og at nye problemer eller dilemmaer kan opstå, som retningslinierne ikke har taget højde for. Derfor er det vigtigt, at samarbejdet løbende diskuteres i projekterne, og at der er en vis fleksibel indstilling fra alle parter i projekterne. Selvevalueringens skriftlighed på dette område udgør således kun den ene del i forhold til at skabe et velfungerende program; den anden del vil være at få det nødvendige samarbejde til at fungere i praksis. Lad os give nogle eksempler på, hvor et uformelt samarbejde øger kvaliteten i projekterne. Nogle af eksemplerne gælder både arresthuse og fængsler, andre kun enten den ene eller den anden.

Visitering

Visiteringen til behandlingsafdelingerne eller motivationsprogrammerne foregår formelt set af fængslet eller arresthuset. I arresthusene er det formelt set overvagtmester eller arrestforvarer, der beslutter hvem der skal i motivationsprogram. I fængslerne er det socialrådgiver og afdelingsleder. I flere fængsler og arresthuse foregår visiteringen dog i et samarbejde mellem behandlere og de ansvarlige i fængslet eller arresthuset. En afdelingsleder i et fængsel fortæller, at det er vigtigt at få en behandlingsfaglig vurdering og derfor er behandlerne inviteret med i visiteringsprocessen. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at fængselspersonalet kan være presset af at skulle præstere fuld belægning og at dette kriterium kan indgå i bedømmelsen af om en potentiel klient er egnet til behandlingsprogrammet. Ligesom forespørgsler om at afhjælpe akutte problemer med indsatte på fængslets andre afdelinger kan påvirker visiteringen. Behandlerne, derimod, kan være mere rettede mod udelukkende at visitere den målgruppe, som behandlingsprogrammet er rettet imod eller søge bestemte klienter, som ville matche resten af gruppen i behandlingsafsnittet. Flere steder berettes der, at den dynamik, som de forskellige faggruppers syn giver på visiteringen, er vigtig for visiteringsprocessen. I arresterne er behandlerne afhængige af – eftersom de kun tilbringer forholdsvis få timer om ugen i

arresterne – om overvagtmester eller arrestforvarer har blik for, hvem der kunne indgå i programmet. I arresterne har fængselspersonalet og behandlerne arbejdet på at få dette samarbejde til at fungere. Især den uformelle kontakt, som beskrevet ovenfor, har været en vigtig måde at få samarbejdet til at køre på.

Visiteringen til både behandlingsafsnit og motivationsprogrammer er således afhængig af et uformelt samarbejde mellem fængselspersonale og behandlere. Vi vil anbefale, at det uformelle samarbejde, der forgår på dette område, gøres mere synligt og fx formuleres i de retningslinier for kompetence-, rolle- og ansvarsfordeling, som projekterne skal udforme som en del af selvevalueringen.

Fængselspersonalets rolle

Et andet eksempel handler om fængselspersonalets indstilling til behandlings- og motivationsprogrammerne. Umiddelbart kunne man mene, at eftersom fængselspersonalet ikke skal levere en behandlingsmæssig indsats, skal de blot passe deres arbejde som vanligt. Men personalet i både fængsler og arresthuse er interesseret i at gøre noget mere. Fængsler først. Afdelingslederne fortæller, at behandlingsafsnittene i fængslerne fungerer meget anderledes end andre afdelinger, især i de lukkede fængsler. Vi har fx hørt, at fængselspersonalet i større grad end på andre afdelinger har kontakt med de indsatte gennem samtaler, fællesspisning, etc. Andre afdelinger er i langt større grad præget af afstand mellem indsatte og ansatte. Forventningerne til især fængselsfunktionærrollen er, at man ikke omgås socialt med de indsatte, og denne forventning ligger både hos de indsatte og det øvrige fængselspersonale. En afdelingsleder fortæller fx, at hvis en indsat kontakter ham i behandlingsafsnittet til en personlig samtale, skaber det ikke det store postyr blandt resten af de indsatte. Var det foregået på en anden afdeling, ville det blive opfattet som stikkeri af de indsatte. Fængselsfunktionærernes rolle er således anderledes i behandlingsafsnittene end på almindelige afsoningsafdelinger. Og vores interviewpersoner beretter samstemmende, at dette kræver noget mere af funktionærerne. Både behandlingsledere og afdelingsledere er dog enige om, at behandlingen er afhængig af, at fængselspersonalet har en mere personlig og deltagende omgangsform med de indsatte, end de har været vant til på andre afdelinger. Begge parter beretter også om, hvor vigtigt social træning og opdragelse er i arbejdet med de indsatte. Her eksisterer således også et ikke klart defineret område, der ikke desto mindre kan have stor betydning for forskellige af programindsatsernes succes.

Flere tiltag er blevet gjort for at afhjælpe den omvæltning funktionærerne kan føle ved at komme på en behandlingsafdeling. Flere steder har man

fx forsøgt at tilknytte de fængselsfunktionærer, der har haft lyst til arbejde på en behandlingsafdeling. Nogle steder har fængselsfunktionærer deltaget i kurser, hvor de er blevet indført i stofmisbrugsproblematikker. Men flere steder beretter de også, at fængselsfunktionærerne mangler redskaber til mere professionelt at kunne indgå i de nye typer af personlige kontakter til de indsatte som etableres på behandlingsafdelingerne. Andre steder efterspørger behandlerne at fængselsfunktionærer formidles et basalt kendskab til stofmisbrugsproblematikker. Når nye fængselsfunktionærer kommer til et behandlingsafsnit, er det således vigtigt, at de grundigt introduceres til den mere tætte og personlige omgangsform, der er mellem fængselspersonale og indsatte, altså hvad de kan forvente sig af at arbejde på afdelingen og hvilke forventninger der eksisterer til dem. Man kunne endvidere forestille sig, at projekterne kunne profitere af, at fængselsfunktionærerne i større grad end det er tilfældet nu rustes til dette gennem uddannelsen eller kurser.

I arresthusene ser det anderledes ud eftersom behandlingen kun foregår fx to x fire timer om ugen, og samtaler mellem behandler og indsat foregår i enerum. Behandlerne kommer som "gæster" i arresthusene og har ikke et sted – ud over undervisnings-/terapilokalet – hvor de kan være. Der etableres således ikke en bestemt omgangsform eller kultur i arresthuset pga. motivationsprogrammet, som der gør i behandlingsafsnittene i fængslerne. Uanset fortæller begge parter dog, at det har været en vigtig del af projektet at vænne sig til og respektere hinandens arbejde. Og det er af stor betydning, at der i arresthuset er en eller flere, der indgår i et tæt samarbejde med behandlingsinstitutionen og bakker op om motivationsprogrammet.

Handleplaner i fængsler

Et tredje uformelt samarbejde foregår i forhold til udarbejdelse af handleplaner. Dette har vi været inde på ovenfor. Lad os derfor blot slå fast, at både programpersonale og socialrådgivere i flere af fængslerne finder det naturligt og givtigt at samarbejde omkring udarbejdelsen af handleplaner, til trods for, at det for det første er socialrådgivers ansvar, og for det andet at behandler ikke har adgang til at se disse handleplaner. I forbindelse med at behandlerne i selvevalueringen i stigende grad skal lave behandleplaner, kunne man styrke det uformelle samarbejde og hermed kvaliteten af både handle- og behandleplaner ved at behandlerne fik adgang til Den elektroniske Klientjournal, eller dele af den.

Når motivationsprogrammet ender – hvad så?

I arresthuse kræver klientens afsoning efter endt motivationsprogram og afsagt dom koordinering og samarbejde mellem arresten og behandlerne. Når behandlerne og socialrådgiverne laver en profil på klienten og matcher

vedkommende med en bestemt behandlingsinstitution (til § 78 afsoning) eller behandlingsafsnit i fængsel, er det vigtigt, at de kender klientens dom, ved hvilke betingelser han/hun skal afsone under, etc. Afsoning i åbent fængsel giver andre muligheder end afsoning i lukket fængsel. Ligesom mulighed for behandlingsdom i stedet for afsoning åbner endnu andre muligheder. Koordinering og samarbejde er vigtigt for at klienten ikke sidder alt for lang tid i arresthuset efter endt deltagelse i motivationsprogrammet, men kan komme videre i systemet. Ligesom klienten også selv kan inddrages, hvis samarbejdet og koordineringen er optimal. Eftersom klienter kan deltage i og færdiggøre et motivationsprogram før deres dom er afsagt kan det være vanskeligt for behandlerne at følge op på klientens videre færd i systemet.

Behandlernes kontrolopgaver

Vi vil pege på et sidste område, hvor der på visse af behandlingsafdelingerne i fængslerne eksisterer et uformelt samarbejde mellem fængselspersonale og behandlerne. Det drejer sig om behandlernes aktive deltagelse i afdelingsrådsmøder, hvor bl.a. indsattes ansøgning om udgang behandles. Formelt er det fængselspersonalet og socialrådgiverne, der træffer beslutninger på dette område, men pga. behandlernes relation til de indsatte, herunder et eventuelt mere indgående kendskab til personlige og familiære forhold, inddrages behandlerne i vurderingen af tildeling af udgang (herunder ledsaget og uledsaget). Fængselspersonale fortæller, at det er vigtigt at inddrage en behandlingsmæssig vinkel på disse sager, ligesom behandlere mener, at behandlingen styrkes af, at den rette type udgang tildeles. Som behandler er det her vigtigt at være opmærksom på, at en eventuelt eksisterende behandlingsalliance kan påvirkes af, at behandlerne således inddrages konkret i fængslets kontrollerende opgaver.

Vilkår for behandling i fængsler og arresthuse og dilemmaer der udspringer heraf

Det nødvendige samarbejde mellem fængselsfunktionærer og behandlere er grundlag for behandling i både fængsler og arresthuse. Dette nødvendige samarbejde udspringer af, at én institution (behandlingsenheden) inviteres ind i en anden institution (fængsel eller arresthus). Begge institutioner må således forholde sig til hinandens arbejdsområder og forandre og ændre rutiner og arbejdsgange, hvor det er muligt. Der er dog visse vilkår for det at bedrive behandling i fængsel eller arresthuse, som enten ikke eller kun vanskeligt lader sig forandre. Det er nogle af disse vilkår vi vil beskrive i det følgende. Nogle vilkår gælder kun for fængsler andre kun for arresthuse og andre igen for begge. Dette fremgår af teksten.

Afsoning før behandling

Et helt grundlæggende vilkår for behandling i fængsler og arresthuse er, at den indsatte først og fremmest afsoner og dernæst er i behandling. De indsatte skal således først og fremmest indgå i de reglementer for afsoning, som findes i fængsler og arresthuse. Flere behandlere fortæller, at de har brugt tid på at vænne sig til disse regler og anordninger, og ikke mindst brugt tid på at vænne sig til, at dette er præmissen for behandling i et fængsel eller et arresthus. Der er områder, hvor fængselsvæsnets reglementer kan komme op imod behandlingskoncepter og som således må diskuteres. Hvad gør man fx hvis en klient har taget stoffer under udgang? Hvordan kan man hensigtsmæssigt integrere fængslets krav om orden og opførsel i behandlingsprogrammet? Ligesom fængselspersonalet kommer ind i en anden rolle på behandlingsafsnittene, får behandlerne andre rammer at arbejde under, som oftest er uvanlige, eller måske ligefrem uforståelige, for dem. Dette gælder også for behandlerne i arresthusene. De beretter ligeledes om det at vænne sig til fængselsvæsnet og de reglementer, der gælder her. En løbende dialog omkring reglementer og behandlingskoncept er således nødvendig i behandlingsafsnittene så vel som i arresthusene. Dette er en af de væsentligste grunde til, at vi anbefaler, at både fængselspersonale og behandlere inddrages i selvevalueringen og deltager i refleksioner over, hvordan behandlingen forløber på afdelingen. En sådan dialog kan skabe en forståelse for hvilke rammer der arbejdes under og hvad der kan lade sig gøre i praksis.

Retslige forhold i fængsel

Et andet væsentligt vilkår er den enkelte indsattes dom. Har den indsatte fx endnu ikke fået bevilget udgang, kan han ikke deltage i kulturelle aktiviteter, NA-møder[2], eller andre aktiviteter uden for fængslet. Aktiviteter som kan udgøre væsentlige dele af behandlingen. Et andet eksempel er indsatte med en lang fængselsdom. Her kan det være svært at lave en seriøs handleplan på den indsatte, idet mulighederne begrænser sig til, hvad der tilbydes i fængslet. Et sidste eksempel på hvordan afsoningslængden er et vilkår i behandlingen, drejer sig om hvor lang tid man har tilbage af sin afsoning, når man deltager i et behandlingsprogram. Varer behandlingen fx ved til løsladelse nærmer sig, kan klientens fokus på behandling være vanskelig at fastholde, idet fokus i højere grad for den indsatte kan blive, hvad der skal ske når han kommer ud.

[2] NA står for Narcotics Anonymous (Anonyme Narkomaner), der har selvhjælpsgrupper til clean stofbrugere.

Retslige forhold i arresthus

Den indsatte eller varetægtsfængsledes retslige forhold influerer også på motivationsprogrammerne i arresthusene. I arresthuse kan det fx være vanskeligt for indsatte, der er isolerede, at få tilladelse til at deltage i motivationsprogrammerne, til trods for at de passer til målgruppen. Et andet eksempel er, at personalet i motivationsprogrammer i arresthuse har oplevet det som problematisk, at klienter uden varsel er blevet flyttet til andet arresthus af politiet og hermed udskrevet af motivationsforløbet. Motivationsprogrammet, der er bygget op over 8 uger, bør af behandlingsmæssige og ikke mindst etiske årsager gennemføres af den indsatte. Behandlerne i arresterne fortæller samstemmende, at det, ikke kun for den implicerede part men også for andre programdeltagere, er demoraliserende at se, at man uden varsel kan risikere at blive flyttet fra et forløb, hvor det faktisk forventes at man investerer både energi og engagement. Disse forhold for arresthusene kræver netop det nødvendige samarbejde, som beskrevet ovenfor, ikke blot mellem fængselspersonale og behandlere, men også med politiet, idet det er politiet, der overflytter indsatte fra et arresthus til et andet eller til et fængsel. Det er vores indtryk at samarbejde med politiet med fordel kunne styrkes i alle tre arrester.

Beskæftigelse

Flere af behandlingsafsnittene arbejder ud fra ideen om normalisering (dette eksisterer også i Kriminalforsorgens Principprogram), en normalisering der som væsentligt indhold har at tilbyde klienten meningsfuld beskæftigelse. Økonomiske, sikkerhedsmæssige samt andre rammer gør dog, at det ofte kan være svært at oprette arbejdspladser i fængslet, der indholdsmæssigt blot til dels kan minde om normale arbejdspladser og dermed indgå i et professionelt behandlingskoncept. Hvis tilbudet om meningsfuld beskæftigelse indgår som centralt element i et behandlingstilbud, bør man overveje fra fængslets side, hvordan dette kan lade sig gøre.

Motivation

Motivationen for at søge behandling eller motivationsprogram i fængsler og arresthuse kan være meget forskellig blandt de indsatte. Motivation er tit en sort boks, som man kan forklare megen adfærd med, enten pga. motivation eller pga. manglende motivation. Motivationen for at deltage i behandling mens man er indsat kan være styret af forhold, der udelukkende giver mening i en fængselskontekst, og ikke udelukkende motivation til et stoffrit liv. Det kan fx være ønsket om bedre afsoningsforhold (fx bedre forplejning, bedre plads, færre indsatte på en afdeling, etc.), ønsket om at komme væk fra en afdeling hvor man udsættes for trusler, ønsket om at afsone stof-

frit men ikke om at være i behandling, ønsket om at afsone under mere ”normale” forhold, etc.. Forhold som behandlerne fortæller de efterhånden tager med i deres betragtninger, men som alligevel vedbliver med at udgøre et behandlingsmæssigt dilemma. Som en del af selvevalueringen opfordrer vi til at bruge mere standardiserede redskaber til måling af motivation. Vi vil dog anbefale, at den fængselsmæssige kontekst for de indsattes motivation bliver ved med at blive taget i betragtning.

Forrykkelse af målsætning

Når man driver stofmisbrugsbehandling i fængselsregi kan der også ske det, at den egentlige målsætning forskydes. Behandlere fortæller at en del af deres behandlingsarbejde er blevet rettet mod at aflære de indsatte flere af de vaner og sociale omgangsformer, der er tillært på andre afdelinger, eller som i hvert fald kan være effektive på andre afdelinger. Det kan fx dreje sig om truende eller voldelig adfærd, om en hård facade i forsøget på at beskytte sig selv, om udpræget mistillid til systemrepræsentanter, om modvilje mod at indgå i tætte eller forpligtende sociale relationer, osv. Sat på spidsen bliver en del af behandlingen – som en behandler udtrykker det – at mindske klientens skadevirkninger af at være i fængsel. Behandlingen er således ikke kun rettet mod stofmisbrug, men også mod de negative konsekvenser af fængselsopholdet. Opgaven på behandlingsafdelingen kan således – specielt i starten – blive at lære den indsatte at afsone på en ny måde, med omgangsformer, der muliggør den egentlige stofmisbrugsbehandling.

Belæg på fængselsafdelinger

Et sidste vilkår for behandlingsafsnittene er det øgede krav om fuld belægning på alle afdelinger i fængslerne. Især på en behandlingsafdeling kan være svær at have konstant fuld belægning. For det første skal der være afsonere nok, der matcher målgruppen. For det andet kan antallet af deltagere pludselig reduceres med op til flere på en gang ved enten endt behandling eller udsmidning af behandling pga. stoffer på afdelingen, og det kan være svært hurtigt at finde 3 – 4 nye klienter og dermed få fuldt belæg. Flere behandlingsafsnit er relativt nyetablerede og fuldt belæg kræver, at ikke blot fængslet selv men også arresthuse og andre fængsler rundt omkring i landet er opmærksomme på behandlingens eksistens. Flere både afdelingsledere og behandlingsledere er bekymrede for, hvordan man kan drive behandling på en afdeling, hvis flere af de indsatte faktisk ikke deltager i behandlingen eller hvis indsatte visiteres til behandlingen som ikke matcher behandlingens målgruppe, blot for at opfylde kravet om fuldt belæg. Det kan være demotiverende for deltagere i behandlingen at andre indsatte ikke skal gøre det samme som de skal (madordninger, oprydning, terapi, gruppemøder,

etc.), det kan være svært at opretholde den anderledes omgangsform, som fængselspersonale og behandlere prøver at etablere på et behandlingsafsnit, der kan komme uhensigtsmæssige hierarkier de indsatte imellem, behandlingen kan blive for bred, hvis målgruppen ikke matcher behandlingskonceptet, etc. Vi kan kun anbefale, at behandlingsafsnittene i fængslerne ikke underlægges krav om fuldt belæg.

Kapitel 6: Konklusion

Denne første afrapportering fra CRF i forbindelse med udarbejdelse af Selvevalueringsmodel til brug for behandlings- og motivationsprogrammer i fængsler og arresthuse har bevæget sig på tre niveauer. Fra det generelle til det konkrete. Ønsket har været at sætte den kommende selvevaluering ind i forskellige rammer for hermed dels at gøre opmærksom på nogle af de centrale udfordringer og dilemmaer der kan opstå, samt pege på mulige løsninger.

Det første niveau var generelt. Vi beskrev her, hvordan størrelser som selvevalueringer, kvalitetssikring og krav om refleksion alle er en del af tidsånden. I takt med at den offentlige sektor er vokset, er ønsket om at effektivisere og kontrollere denne sektor også vokset. Selvevalueringsmodellen er et eksempel herpå. Man skal dog være klar over, at selv om selvevalueringer passer til tidens trend, er det ikke uproblematisk. Det er hverken omkostningsfrit eller ligetil at skulle evaluere sig selv. Det kræver tilstedeværelsen af visse rammebetingelser og det kræver kompetencer af de involverede, der ikke automatisk ligger i den faglighed, de besidder. Og det kræver en indstilling der er nysgerrig og åben for udvikling og selvkritik. Dette leder hen til rapportens andet niveau.

Vi skitserede her mere konkret nogle af de betingelser, der skal være til stede i en institution, hvis den skal forestå en evaluering af egne aktiviteter. Dette kaldes også evalueringskapacitet. Vi gennemgik 6 punkter og vurderede de involverede projekter herop imod. Den overordnede konklusion er, at der skal ske visse vigtige tiltag og ændringer i de involverede projekter, hvis selvevalueringen skal skabe gyldige former for viden, der samtidig kan danne grundlag for refleksion og forandring i de enkelte programmer.

I rapportens sidste afsnit beskrev vi helt håndgribeligt nogle af de dilemmaer og vilkår, der eksisterer når man driver behandling eller motivationsarbejde i hhv. fængsler og arresthuse. Disse vilkår og dilemmaer berører ikke selvevalueringen direkte, men indirekte ved at påvirke hvad der kan og ikke kan lade sig gøre i behandlingsøjemed i sammenligning med behandling uden for fængslets mure. Disse dilemmaer og vilkår er vigtige at være klar over, da selve produktet (behandlingskvaliteten) som selvevalueringen skal forholde sig til og lave en vurdering af, påvirkes heraf.

Igennem rapporten har vi haft forskellige anbefalinger i forhold til at sikre de bedste betingelser for selvevalueringen i fængsler og arresthuse. Vi vil her fremhæve fire af disse:

- Det er helt centralt, at der etableres evalueringsteams med ansvar både for at data indsamles og at løbende refleksion sikres.

- Det eksisterende formelle og uformelle samarbejde mellem de forskellige faggrupper er af stor betydning og er mange steder velfungerende. Dette skal opretholdes og i visse tilfælde styrkes. For arresthusenes tilfælde tænkes her også på samarbejde med politi.
- Det er vigtigt, at specielt behandlingsinstitutionen er klar over, at den kommende selvevaluering vil kræve både en tidsmæssig investering, samt en omstrukturering af behandlingsarbejdet for at kunne indarbejde de nye arbejdsstrukturer; især dokumentationspraksis.
- Kriminalforsorgen bør ikke underlægge behandlingsafdelinger krav om fuldt belæg.

Næste trin i CRFs arbejde er implementeringen af Selvevalueringsmodellen. På baggrund af de erfaringer institutionerne gør sig i denne proces samt de resultater de fremkommer med, vil CRF udarbejde en endelig rapport.

Litteratur

Asmussen, V. & T. Kolind (2005). *Udvidet psykosocial indsats i metadonbehandling. Resultater fra en kvalitativ evaluering af fire metadonforsøgsprojekter*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Asmussen, V., T. Kolind & B. Nielsen. (2005). *Selvevaluering i behandlingsafsnit i fængsler og motivationsprogrammer i arresthuse.* Århus: Center for Rusmiddelforskning.

Boyle, R. (1999). Professionalizing the Evaluation Function – Human Ressource Development and the Building of Evaluation Capacity. In: Boyle, R. & D. Lemaire (Eds.) *Building Effective Evaluation Capacity. Lessons from Practice*, New Brunswick: Transaction Publishers, s. 135-152.

Boyle, R. & D. Lemaire. (1999). *Building Effective Evaluation Capacity. Lessons from Practice*. New Jersey: Transaction Publishers.

Bømler, T. U. (1996). *De professionelle, de frivillige og de udstødte*. København: SUS; Socialt Udviklingscenter.

Dahler-Larsen, P. (2000). *Den Rituelle Reflektion – om evaluering i organisationer*. Odense: Odense Universitetsforlag.

Dahler-Larsen, P. & H. K. Krogstrup (red.) (2001). *Tendenser i evaluering*. Odense: Odense Universitetsforlag.

Hasenfeld, Y. (2003) [1983]. *Mennesket som råstof. Borgerservicerende organisationer i moderne samfund*. Århus: Klim.

Kolind, T. (1995). 12 dage i november. Indsattes oplevelse af deres afsoning, specielt i forhold til Kontrakten på Ringe Statsfængsel. I: *Det første møde med de vilde: Artikelsamling fra en metodeøvelse*. J. Bjønness, S. Franzen, T. Kolind og J. Esbjørn. Århus: Etnografisk Arbejdspapir, Afdeling for Etnografi og Socialantropologi, Aarhus Universitet. 92-110.

Kriminalforsorgens Principprogram (1993)

Storgaard, A. (1998). *Kontrakten i Ringe Statsfængsel*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Storgaard, A. (1999). *Behandling i stedet for fængselsstraf til nogle kriminelle stofmisbrugere*. Århus: Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Storgaard, A. (2003). *Importmodellen i Vridsløselille. Straf og misbrugsbehandling under samme tag*. København: Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen.

Vind, L. (2005). *Indføring af monitorering og selvevaluering i døgnbehandling for stofmisbrugere - institutionelt belyst*. Ph.d. afhandling. Institut for Sociale Forhold og Organisation, Aalborg Universitet, 332 sider.