Litteraturstudie af fængselsbaseret stof- og alkoholbehandling

Rekvireret af Direktoratet for Kriminalforsorgen

29. juni 2012

Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

Torsten Kolind, Mads Uffe Pedersen, Kirsten Frederiksen, Bjarke Nielsen og Karina Holm

Indholdsfortegnelse

Indledning 4

KAPITEL 1. DET INDIVIDUELLE OG INTERPERSONELLE NIVEAU 6

1.1 Hvem søger hjælp for deres problematiske forbrug af rusmidler? 6

1.2 Ydre og indre motivation 8
Kvantitative studier 8
Kvalitative studier 11
Sociale relationer 12
Pragmatiske forhold 12
Indre motivation 13

1.3 Motivationsfaktorer for at blive i behandlingen 13
Kvalitative studier 14
Indhold i behandling 14
Form i behandling 14
Tydelige krav til indsatte 14
Flere typer af behandlingspersonale 15

1.3 Barrierer 16
Kvantitative studier 16
Strukturelle barrierer 16
Personlige barrierer 17
Stigmatisering 19
Erkendelse 19
Manglende kendskab til programmet 20

KAPITEL 2. ORGANISATORISKE KOMPETENCER 21

2.1 Det interne samarbejde og organisatoriske barrierer 21

2.2 Det eksterne samarbejde 22

2.3 Fængselsmiljøet 23

2.4 Tilgængelighed, belægning og afstand 23
Tilgængelighed 23
Belægning 24
Afstand 24

2.5 Kvinder 25

KAPITEL 3: CASES PÅ CENTRALISERING AF BEHANDLINGSAFDELINGER: SVERIGE OG ISRAEL 26

Sverige 26
Evaluering af den svenske behandling 27
Samarbejdet med andre kommuner 28

Israel 28

KAPITEL 4. SAMMENFATNING 31

Litteratur 33

Indledning

Denne rapport er et litteraturstudie af den internationale litteratur omkring udvalgte forhold vedrørende stof-og til dels alkoholbehandling i fængsler. Rapporten er udfærdiget af Center for Rusmiddelforskning efter aftale med Direktoratet for Kriminalforsorgen. I opdraget ønskes sammenhængen mellem motivation for at indgå i en given behandling og den geografiske og tidsmæssige behandlingstilgængelighed belyst. Herunder er det relevant i hvilken grad en manglende behandlingsmulighed i et givent fængsel er en barriere for den indsatte i forhold til at påbegynde behandling et andet sted.

Den eksisterende forskningslitteratur er ganske begrænset på de ovenfornævnte områder. Vi har derfor valgt at belyse problematikken omkring en eventuel oprettelse af særafdelinger/specialfængsler ved at fokusere bredere på de personlige, interpersonelle og organisatoriske forhold, der har betydning for indsattes motivation til at starte og forblive i behandling. Herudover har vi valgt at relatere disse forhold til en dansk kontekst, hvilket gøres i et konkluderende afsnit, der er udformet som en række områder, man skal have særlig opmærksomhed på i forhold til organisering af behandlingsafdelinger i danske fængsler. Rapporten består således udover denne indledning af 4 kapitler.

- Kapitel 1 har fokus på de individuelle og interpersonelle forhold, der enten motiverer indsatte til at opstarte behandling i fængsler eller virker som barrierer for opstart. Her skelnes mellem indre og ydre motivation. Indre motivation er kendetegnet ved et genuint ønske om stoffrihed og/eller at skabe positive forandringer i livet. Ydre motivation kan ses som givet af den indsattes sociale relationer samt det omgivende miljø, som fx venner og families betydning, afsoningsforholdenes betydning, kendskab til behandlingsprogrammer. Specielt konkluderes det, at den indsatte ofte som udgangspunkt er overvejende ydre motiveret af en række forskellige forhold, hvilket efterhånden kan overlejres af indre motivation.– dvs. et genuint ønske om at forandre ens livssituation. Forholdet mellem ydre og indre motivation kan dog også ofte ændre sig gennem et behandlingsforløb.
- Kapitel 2 undersøger de centrale organisatoriske forhold, der peges på i litteraturen i forhold til, at stofbehandling i fængsler fungerer og fremstår relevant for den indsatte. Specielt fremhæves vigtige organisatoriske kompetencer, som fængselsinstitutioner skal besidde, herunder gode samarbejdsrelationer mellem de enkelte fængsler, forskellige faggrupper samt eksterne instanser. Vi vurderer også vigtigheden af behandlingens opbygning, fængselsmiljøets betydning, samt betydningen af belægning, tilgang og fysisk afstand til behandlingen. Specielt konkluderes det, at det interne samarbejde er af altafgørende betydning, herunder samarbejde mellem de forskellige institutioner og personalegrupper i Kriminalforsorgen i forhold til at motivere til behandling.
- Kapitel 3 præsenterer to cases. Den første er fra Sverige, hvor stofbehandlingen blev centraliseret begyndende i 2002 og i 2006 centreret på 6 udvalgte fængsler. Anden case er fra Israel, hvor man i midten af 1990'erne samlede stofbehandlingen i et fængsel. Casene er valgt, da de berører en række af de overvejelser, som Kriminalforsorgen i Danmark kan tænkes at gøre sig i den nuværende situation.
- Kapitel 4 indeholder rapportens opsamlende konklusioner, hvor erfaringerne fra den internationale litteratur vurderes i forhold til, hvad der er relevant at være opmærksom på i forbindelse med de danske forhold.

Litteraturstudiet bygger på kvantitative og kvalitative undersøgelser. I kapitel 1 er afsnittene delt op, således at erfaringerne fra de kvantitative studier først opregnes og efterfølges af erfaringer fra de kvalitative studier. I kapitel 2 omhandlende de organisatoriske forhold er forskningsmetodikken i de internationale undersøgelser mere blandet, hvilket også afspejles i vores præsentation. Vi har endvidere valgt at inddrage studier af relevante stofbehandlingsproblematikker i institutioner udenfor fængslerne (eng. *community treatment*). Dette har vi gjort dels for at supplere den på nogle områder sparsomme fængselslitteratur, og dels fordi vi vurderer, at der er en række sammenfaldende resultater mellem de to typer af institutioner.

Rapporten er udarbejdet af Mads Uffe Pedersen, Torsten Kolind, Kirsten Frederiksen, Bjarke Nielsen og Karina Holm; juni 2012.

Kapitel 1. Det individuelle og interpersonelle niveau

1.1 Hvem søger hjælp for deres problematiske forbrug af rusmidler?

Mange med stof- og alkoholproblemer modtager ikke nogen behandling. Det er en problemstilling, som ikke er afgrænset til hverken kriminalforsorgen eller stofmisbrugsbehandling, men som fx også gælder for borgere med psykiske lidelser (Sareen et al., 2007).

I det følgende gennemgår vi forskellige forhold og deres sammenhæng med hjælpsøgende adfærd og motivation. Det vises, hvem der synes at være mest motiveret for at søge hjælp for deres misbrug af rusmidler, og hvem der ofte undlader at søge hjælp.

1) *Køn*: Det er usikkert, hvorvidt der er forskelle i behandlingssøgende adfærd mellem kvinder og mænd. I en del undersøgelser finder man, at mænd oftere søger behandling end kvinder (Brienza, 2002; Oleski, 2010; Pedersen & Frederiksen, 2012a). Andre undersøgelser viser, at kvinder er mere tilbøjelige til at søge hjælp end mænd (Pelissier et al., 2006; Fitek et al., 2011). En undersøgelse viser også, at der ikke er forskel på kønnene i forhold til hjælpsøgende adfærd (Grella, 2009). Andre undersøgelser viser at der kan være mere specifikke sammenhænge mellem køn og barrierer/motiver for at søge behandling (Grant, 1997; Weisner, 1993). F.eks. synes sociale konsekvenser fra det omkringgivende samfund (familieproblemer, arbejdsrelaterede problemer) at have større betydning for mænd, der som konsekvens heraf opsøger behandling. For kvindernes vedkommende er det i højere grad barrierer til behandling, som fremhæves. F.eks. angiver kvinder oftere, at de ikke vidste, hvor de skulle opsøge behandling. Grant (1997) fremhæver dette i sammenhæng med, at kvinder i mindre grad end mænd bliver henvist til behandling af de konventionelle kanaler (egen læge, arbejdsgiver mm.).

2) *Alder*: Generelt ses det, at yngre personer er mindre motiverede for at søge hjælp og ligeledes mindre motiverede for at forandre deres livssituation (Freyer et al., 2005; Hiller et al., 2009; Pedersen & Frederiksen, 2012a).

3) *Samlivsforhold*: Sammenhængene mellem samlivsforhold og hjælpsøgende adfærd er ikke entydige. Hiller et al. (2009) finder, at indsatte, der aldrig har været gift eller er enlig, har et lavere niveau af problemerkendelse, mens vi i den danske kommune-survey finder, at personer, der bor sammen med familie og evt. børn, er mindre tilbøjelige til at søge hjælp (Pedersen & Frederiksen, 2012a). Dette afhænger antageligt af målemetoder. Hos Hiller et al. (2006) blev de indsatte interviewet, og herigennem blev deres erkendelse af deres rusmiddelproblemer bestemt. I den danske undersøgelse blev gruppen af borgere med et interventionskrævende misbrug identificeret og ud af denne gruppe, blev det undersøgt, hvem der reelt havde modtaget hjælp for deres misbrug. Konflikter og problemer med familien er set som en ekstern motivator for at søge hjælp (Stewart, 2009; Hiller et al., 2009).

4) *Uddannelse*: Jo højere uddannelse desto mindre er tilbøjeligheden for at søge hjælp (Oleski et al., 2010; Pedersen & Skovsgaard 2012). Der ses dog undtagelser for dette blandt etniske minoritetsgrupper, hvor det er de bedst uddannede, der søger hjælp (Longshore, 2007).

5) *Rusmidler*: Generelt ses det, at jo flere problemer rusmidlet giver, desto større er tilbøjeligheden for at søge hjælp (Varney et al., 1995; Melnick et al., 2001; Freyer et al., 2005; Gossop et al., 2006). Det ses dog også, at brug af illegale stoffer som heroin, kokain og amfetaminer hurtigere producerer en hjælpsøgende

adfærd end et storforbrug af alkohol og hash (Pedersen & Frederiksen 2012b). Dette kunne være indikationer på, at de ”hårde” illegale stoffer hurtigere skaber negative konsekvenser for brugerne end et storforbrug af alkohol og hash.

6) *Psykiske problemer*: Cahill et al. (2003) fandt en signifikant sammenhæng mellem dels depression og angst og dels motivation samt hjælpsøgende adfærd. Det samme fandt Stewart (2009) blandt 1.457 nyligt indsatte i britiske fængsler (se også Hiller et al., 2009). Det er almindeligt anerkendt, at depression kan fremme en hjælpsøgende adfærd og til tider endog forstærke et positivt udkomme af behandlingen efter dennes afslutning (Pedersen & Frederiksen, 2012b). Modsat finder flere undersøgelser en signifikant sammenhæng mellem modstand mod behandling og høj score på forskellige psykopati index (Kinlen, 2005; Fitek, 2011). Endelig finder man i en belgisk undersøgelse blandt 116 indsatte, at personer med høj intellektuel kapacitet er mindre motiverede for behandling end personer med lav til moderat intellektuel kapacitet (Vandevelde et al., 2005).

7) *Fysiske problemer*: Ifølge nogle undersøgelser er der en signifikant sammenhæng mellem fysiske problemer og hjælpsøgende adfærd (Hiller et al., 2006).

8) *Sociale problemer*: Arbejdsløshed kan ses som en ekstern motivator for at søge behandling blandt indsatte (Freyer et al., 2005; Stewart, 2009; Hiller et al., 2009).

9) *Problem-tyngden*: Falck et al. (2007) fandt, at personer med en høj ASI score (Addiction Severity Index) på faktorerne familie/sociale konflikter og kriminalitetsproblemer var mere tilbøjelige til at opleve et behov for behandling, mens etnisk hvide, der var mindre belastet af fysiske eller psykiske problemer, ikke var så tilbøjelige til at søge behandling.

10) *Tidligere behandlingserfaring*: Personer, der tidligere har modtaget misbrugsbehandling, er mere åbne end andre overfor at modtage behandling for deres misbrug af rusmidler (Rosen et al., 2004; Falck et al., 2007; Stewart 2009.

11) *Kriminelle*: Endelig skal det nævnes, at DeLeon et al. (2005) på baggrund af et litteraturstudie konkluderede, at personer under afsoning var mindre motiverede for behandling.

I ovenstående er der primært nævnt undersøgelser, hvor undersøgelsesdeltagerne er indsatte på forskellige typer fængselsafdelinger, herunder behandlingsafdelinger. Enkelte undersøgelser af borgere med rusmiddelproblemer udenfor fængselssystemet er dog også inddraget. Der synes ikke at være substantielle forskelle i hjælpsøgende adfærd mellem indsatte og andre borgere, der har udviklet et misbrug af rusmidler. Generelt kan man sige, at det at søge hjælp ofte er motiveret af negative (aversive) oplevelser. De negative konsekvenser af forbruget er således mere motiverende, end hvor ofte stofferne indtages. Dette kan være en af forklaringen på, hvorfor yngre stofbrugere er sværere at motivere.

Dette underbygges af nyere forskning, der viser, at hjælpesøgende adfærd modvirkes af aspekter, som ellers normalt giver fordele i livet, såsom højere socioøkonomisk status, mere uddannelse og ingen dobbeltdiagnose (Oleski, 2010).

De personer, der er sværest at motivere til at søge hjælp for deres misbrug af rusmidler er yngre personer, der scorer højt på tests for psykopati/antisocialitet, som befinder sig udmærket under de givne

afsoningsforhold, som ikke oplever voldsomme psykiske, fysiske eller sociale konsekvenser af rusmiddelforbruget (også selvom andre oplever dette). I modsætning til denne gruppe findes der indsatte over 30-40 år, for hvem misbruget efterhånden har fået alvorlige psykiske, fysiske og/eller sociale konsekvenser, som ikke fungerer under de aktuelle afsoningsforhold (de svage fanger), og som tidligere har været i behandling for deres stofmisbrug. Denne gruppe vil ofte være betydeligt nemmere at motivere for behandling. Det tyder derfor på, at det vil være nemmere at motivere de indsatte, der har det svært med de forhold, hvorunder de afsoner.

Forskellige forfattere er enige om, at det er nødvendigt at motivere indsatte til at gå i behandling (Rosen et al., 2004). Med andre ord: Denne gruppe søger ikke i behandling, hvis de ikke motiveres aktivt. Ofte bliver indsatte ikke motiveret for intensiv døgnbehandling, medmindre fængselsfunktionærer eller ambulante behandlere aktivt forsøger at motivere dem til dette. Cahill et al. (2003) skriver i den forbindelse: "*It is therefore essential that referral to appropriate support and interventions should be conducted as soon as possible after reception to reduce the chances of drug use continuing in prison.*"

Endelig skal det nævnes, at vi i en dansk kommune-survey fandt følgende sammenhænge mellem personlige erkendelser og motivation, der initierer hjælpsøgende adfærd (Pedersen & Frederiksen, 2012a):

Erkendelser der initierer indre motivationer (stof og alkohol).

a) Fravær fra arbejdet (flere gange indenfor det seneste år)
b) Manglende koncentration på arbejdet (flere gange indenfor det seneste år)
c) Misligholdelse af væsentlige forpligtelser (flere gange indenfor det seneste år)
d) Involvering i voldelige episoder (flere gange indenfor det seneste år)
e) Besøg på skadestue (flere gange indenfor det seneste år)
f) Somatiske og psykiske problemer der kunne relateres til forbruget (flere gange indenfor det seneste år)
g) Tiltagende negativ påvirkning af økonomi (flere gange indenfor det seneste år)
h) Bruger mere tid til at skaffe, konsumere alkohol (flere gange indenfor det seneste år)
i) Har vanskeligt ved at sætte grænser for eget forbrug (flere gange indenfor det seneste år)
j) Oplevelse af abstinenser ved ophør (flere gange indenfor det seneste år)

Der er således forskellige forhold, der virker ind på motivation og hjælpsøgende adfærd. I det følgende vil vi belyse begrebet motivation ved at se på forholdet mellem ydre og indre motivation.

1.2 Ydre og indre motivation

Kvantitative studier

Der skelnes sædvanligvis mellem, hvad der betegnes som indre (intern/intrisic) motivation og ydre (ekstern/extrinsic) motivation. Den indre motivation er bedst beskrevet i litteraturen. Eksempler på indre motivation er: "Nu føler jeg mig parat" ("readiness for change"), "Jeg ønsker mig et andet liv" er også en indre motivation og ligeledes "hvis jeg skal få noget ud af mit liv, så er det nu" (se bl.a. Pedersen, 1999).

Den eksterne motivation kan fx være, at familien eller arbejdspladsen forlanger, at personen går i behandling, at personen ikke kan holde til livet i stofmisbrugsmiljøet mere (skylder penge, ingen ordentlig bolig og kost mv.), eller at børnene bliver anbragt, hvis ikke personen går i behandling. Den eksterne

motivation kan også være af mere positiv karakter, fx håb om et bedre afsoningsforløb (mindre hårdt miljø, flere udgange, tidligere prøveløsladelse), positive reaktioner fra familie og børn, altså alle former for belønning (som det fx ses i den behandlingsmetode, der hedder Contingency Management).

Den indre motivation opleves ofte som den "bedste" form for motivation og som en nødvendighed for varig effekt. Ikke desto mindre er det almindeligt anerkendt, at ekstern motivation kan starte en "readiness for change"proces og dermed"kickstarte" den indre motivation. Dette skal vises i det følgende.

I den danske kommune-survey (interviews med 8.837 danskere fra 4 kommuner) fandt vi en signifikant sammenhæng mellem følgende eksterne motivationsfaktorer og hjælpsøgende adfærd (Pedersen & Frederiksen, 2012b).

Ydre motivation (alkohol og stoffer):

a) Konflikter med familien grundet stofmisbruget
b) Familien beder personen om at nedsætte sit forbrug
c) Konflikter med andre end familien grundet stofmisbruget
d) Andre beder personen om at nedsætte sit forbrug

I en anden dansk undersøgelse fra sidst i halvfemserne (Pedersen, 1999: 105ff) blev 236 personer indskrevet i døgnbehandling for deres stofmisbrug spurgt om følgende: *"Hvilken betydning havde følgende områder for, at du blev i behandlingen så lang tid, som du gjorde?"* De 2 følgende motivationsfaktorer blev identificeret:

> *Netværksmotivation (ydre motivation)*: Jeg blev i behandlingen på grund af min familie, venner, børn, kæreste og/eller andet nært netværk.
>
> *Undgåelsesmotivation (ydre motivation)*: Jeg blev i behandlingen for at undgå at komme i fængsel, undgå gaden, undgå prostitution, fordi jeg var forfulgt, for at få mad og tag over hovedet, fordi jeg havde økonomiske problemer o.lign.

Undersøgelsen var retrospektiv, idet interviewpersonerne fik spørgsmålene ved opfølgningsinterviewet.

Tabel 1. Ydre motivation i forhold til undersøgelsens øvrige undersøgelsesvariabler.

	NETVÆRK	**UNDGÅ**
Kvinder	r=.14, p.02	
Kriminalitet	r=-.18, p.04	R=.20, p.02
Fængsel		R=.20, p.02
Have børn	r=.16, p.05	
Indlæggelsesdage		r=.18, p.004
Emotionel ustabilitet	r=.24, p.01	r=.24, p.03

Kvinder og personer med børn var stærkt netværksmotiverede. Derimod var de undgåelsesmotiverede især dem, der havde begået megen kriminalitet op til behandlingsstart (herunder personer for hvem døgnbehandlingen var et alternativ til straf) og dem, der var bange for at komme i fængsel. Dem, der var indskrevet længst, havde den højeste grad af undgåelsesmotivation, og samtidig var det de mest

emotionelt ustabile, som var mest undgåelsesmotiverede. Dette svarer meget godt til, at det er de mest belastede, der hurtigst kan motiveres til at modtage behandling, og at deres første motiv ofte vil være af ydre karakter (ofte undgåelse af noget mere negativt).

Foruden den ydre motivation blev også den indre motivation undersøgt. Denne blev kaldet for brud-motivation og defineret som følger.

> *Brud-motivation (indre motivation)*: Jeg blev i behandlingen for at bryde med stofmisbrugertilværelsen, for at bryde ud af isolationen, for at indgå i et socialt fællesskab med regler og rammer, for at deltage i et meningsfuldt behandlingsprogram og se en fremtid foran mig.

Tabel 2. Indre motivation i forhold til undersøgelsens øvrige undersøgelsesvariabler.

	BRUD
Indlæggelsesdage	r=.37, p.000001
Gennemførelse af prog.	r=.25, p.00009
Tid stoffri ½ år efter	r=.28, p.00004
Indlæg + tid stoffri ½ år	r=.34, p.000000,
Tid stoffri 1 år efter	r=.18, p.03
Indlæg + tid stoffri 1 år	r=.26, p.001,
NA´s betydning 6 mdr.	r=.25, p.007

Den ydre motivation kunne ikke ses i forbindelse med effekt-variablerne udover antal indlæggelsesdage. Derimod kunne indre motivation knyttes stærkt til såvel indlæggelsesdage som gennemført program som planlagt, tid stoffri første år efter udskrivning, med mere. Det skal dog igen fremhæves, at dette er målt retrospektivt (Pedersen, 1999).

Det er almindelig anerkendt, at indre motivation forudsiger såvel fastholdelse og engagement i behandlingen, og at den indre motivation på forskellige måder kan ses i sammenhæng med behandlingens effekt (De Leon & Jainchill, 1986; De Leon et al., 2000; Hubbard et al., 1997; Simpson & Joe, 1993; Simpson et al., 2002; Simpson et al., 1997). De mest kendte motivations-modeller benævnes henholdsvis den *transteoretiske model* (DiClemente, 1999; Pochaska et al., 1992; Velicer et al., 1999), *CMRS modellen* (Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability) (De Leon & Jainchill, 1986; De Leon et al., 1997) og *TCU Treatment Motivation model* (Simpson & Joe, 1993).

Rosen et al. (2004) fandt i en undersøgelse af 220 indsatte, at jo mere indre motivation desto højere grad af engagement i og tiltro til behandlingen. Også her fandt man, at de ældre var mere engagerede og havde mere tiltro til behandlingen end de yngre. Ligeledes var de mest stofbelastede (multi-drug-users) mere engagerede og havde mere tiltro til behandlingen end de, der var mindre stofmæssigt belastede. Rosen et al. foreslår derfor, at motivational interviewing benyttes som metode og påbegyndes hurtigst muligt.

Czuhry et al. (2006) fandt i en kontrolleret undersøgelse af 294 indsatte, at de indsatte, der modtog et intensivt motiverende behandlingsmodul (eksperimentgruppen), var mere engagerede end de indsatte fra kontrolgruppen, og at de var mere afklarede med at skulle leve et stof og kriminalitetsfrit liv efter afsoningen. Dette var ikke mindst tilfældet for kvinder.

Blankenship et al. (1999) fandt i en kontrolleret undersøgelse inkluderende 493 indsatte, at de, der fik tilbudt et udvidet "treatment readiness program", var mere motiverede for og havde mere tiltro til behandlingen midt i forløbet end de indsatte, der fik standardbehandling.

I studiet af de 236 danske personer i døgnbehandling blev det forsøgt at vise udviklingen i motivation for forskellige grupper. Det blev her anskueliggjort, at den ydre og indre motivation lever fint side om side, men at den indre motivation gennem indlæggelsesforløbet efterhånden overstiger den ydre motivation i betydning. Ved behandlingsstart kunne man derfor godt forestille sig, at den ydre motivation ofte er stærkest, mens at denne gradvist overlejres af indre motivation.

Også mere voldsomme sanktioner kan antageligt være starten på et behandlingsforløb uden at ødelægge udviklingen af den indre motivation. Således finder Cahill et al. 2003, at den negative form for ydre motivation reduceres gennem behandlingsforløbet, og at den indre motivation i højere grad tager over. De finder dog ikke, at den interne motivation øges signifikant indenfor 2 uger. Det svarer altså lidt til, hvad vi fandt i den danske undersøgelse.

Kvalitative studier

I det følgende vil vi redegøre for, hvad den internationale kvalitative litteratur peger på som værende centralt i forhold til indsattes motivation for at søge stofbehandling. Selv om studierne peger på en række forskellige aspekter, er der dog en stor grad af enighed om, hvad der motiverer i forhold til at søge behandling.

For det første er indsatte stofbrugeres motivation i behandlingsforløbet ikke en konstant ting, som vi også så i gennemgangen ovenfor. Indsatte kan således starte et behandlingsforløb med lav motivation og efterfølgende udvikle motivation gennem forløbet (Sung et al., 2001). Omvendt kan motivationen også dale, det kan være som følge af uindfriede forventninger (Notley et al., 2012). Litteraturen viser ligeledes, at personer i behandling ofte kan veksle mellem at have mest ydre eller mest indre styret motivation, ligesom det, der startede med at være ydre motivation, kan udvikle sig til indre motivation (Vandevelde et al., 2006). Det betyder, at det som nogen vil karakterisere som falsk ydre motivation, fordi det ikke kommer indefra (fx ønsket om at opnå bedre afsoningsforhold) kan være begyndelsen til indre motivation (fx ønske om stoffrihed).

For det andet viser litteraturen, at indsatte ofte har mange forskellige grunde til at søge behandling. Der er således ikke kun én ting, der motiverer (Kolind et al., 2010; Hartwell, 1998; Koester et al., 1999). Der kan udmærket være en blanding af indre motivation, pragmatiske aspekter samt pres fra familie eller fængselssystemet på en og samme tid. Når vi nedenfor opregner forhold, der motiverer eller fungerer som barriere for, at indsatte søger behandling, skal de derfor ikke ses som et enten eller. I virkeligheden er der for indsatte oftest tale om en række forskellige forhold, der påvirker løbende og med forskellig kraft. Man kan måske mene, at det gælder om at få fjernet noget af det, der kan anses som mere perifere motivationsforhold og dyrke de mere genuine. Dog skal man være klar over, at litteraturen enstemmigt peger på, at stofbrugeres motivation for at søge behandling stort set altid er en kakofoni af forskellige faktorer. Nedenfor opregnes de væsentligste forhold, som studier af indsattes motivation for at søge i stofbehandling peger på.

Sociale relationer

Indsattes relationer til familie og venner kan være af stor betydning for, hvorvidt den indsatte søger behandling. Selv om fængslet er en lukket verden og indsattes fokus i en stor grad er rettet mod interne fængselsrelaterede aspekter, er de også ofte optaget af, hvad der sker udenfor i deres sociale netværk. Indsatte i behandling fortæller undertiden, at det var familie og venner, der opfordrede dem til at starte i behandling, eller endda truede med at afslutte relationen, hvis ikke den indsatte startede i behandling. Endvidere kan skelsættende begivenheder (eksempelvis dødsfald, fødsel) i ens familie være det, der motiverer den indsatte til at påbegynde behandling (Frank et al., 2011; Hartwell, 1998; Vandevelde et al., 2006). Dette peger på nødvendigheden af, at den indsatte kan opretholde en brugbar relation til sit positivt motiverende sociale netværk, mens han/hun er fængslet, og at man endda kan overveje at inddrage det sociale netværk aktivt i behandlingen.

Pragmatiske forhold

Under dette punkt refererer vi til en række af de motivationsgrunde, der ikke umiddelbart udspringer af stofbrugerens ønske om at blive stoffri. Behandlingslitteraturen peger på, at sådanne pragmatiske forhold ofte spiller en ganske stor rolle i stofbrugeres valg om at starte i behandling. Disse pragmatiske forhold er en afspejling af stofbrugerens sociale og psykologiske situation, og for indsatte vil afsoningsvilkårene således være af stor betydning for, hvad der motiverer. Som nævnt ovenfor kan sådanne forhold umiddelbart fremstå som uægte motivation, eller tegn på at de indsatte blot udnytter behandlingen til andre formål. Her skal man imidlertid være opmærksom på, at dette ifølge litteraturen er en omstændighed for al stofbehandling og videre, at sådanne pragmatiske forhold udmærket kan sameksistere med et ønske om at blive stoffri. Endvidere kan behandling, der starter foranlediget af sådanne pragmatiske forhold være med til at skabe en anden type motivation mere møntet på stoffrihed. Hvillet også blev konkluderet i gennemgangen af den kvantitative litteratur omkring forholdet mellem indre og ydre motivation.

Den kvalitative litteratur peger på en række pragmatiske forhold, som kan motivere den indsatte, og det er vores vurdering, at de fleste af disse er relevante i en dansk fængselskontekst. Dette bygger vi bl.a. på egne studier af indsattes motiver for at starte behandling (Frank, Dahl, & Kolind, 2011). Indsatte kan således gå i behandling for at 'flygte' fra gæld, ofte narkotikarelateret gæld, og efterfølgende trusler om vold. De kan søge behandling for at afprøve, hvad behandling er: "om det er noget for mig". De kan søge stofbehandling for at opnå bedre afsoningsforhold, herunder bedre muligheder for fritidsaktiviteter, udgang og prøveløsladelse. Indsatte kan også tænke, at de lige så godt kan udnytte tiden i fængslet til noget fornuftigt, at de ikke ved, hvad de ellers skal gøre, eller at de kan ønske at få lidt variation. De kan også have psykiske problemer, som de håber at få hjælp til i stofbehandlingen. Samlet set handler det om, at stofbehandling ikke alene handler om at blive stoffri, men at det også anses af de indsatte som et middel til at klare andre problemer (Brottsförebyggande Rådet, 2005b: 24-5; Crewe, 2005; Dahl & Pedersen, 2006; Frank et al., 2011; Goodrum et al., 2003; Koester et al., 1999; Smiley-McDonald & Leukefeld, 2005).

I litteraturen peges der på, at kontrolinstanser både kan være fremmende og hæmmende for motivation i forhold til behandling. Det tyder fx på, at den øgede narkotikakontrol og de skærpede disciplinære reaktioner overfor stofbrug i danske fængsler har motiveret visse indsatte til at starte i behandling. Det tyder også på, at det primært drejer sig om indsatte med et mere rekreativt stofbrug, der, ifølge stofbehandlere, ofte starter med stofbrug, når de nærmer sig løsladelse, og de disciplinære reaktioner ikke

længere har synderlig effekt. Samtidigt motiveres de mere belastede stofbrugere ikke, men udsættes blot for øgede sanktioner (Kolind et al., 2010: 232; Kolind et al., 2010a).

Andre studier peger på, at også belønnende faktorer er centrale i forhold til at motivere indsatte til at starte behandling, specielt muligheden for at afsone udenfor fængslet (en såkaldt § 78 anbringelse) samt udsigten til meningsfulde aktiviteter i behandlingsprogrammerne (Brottsförebyggande Rådet, 2005a; Goodrum et al., 2003: 33; Smiley-McDonald & Leukefeld, 2005: 578).

Ydermere er det vigtigt, at der er forståelse for, at man som stofbrugere ofte ryger tilbage i brug (Notley et al., 2012: 45-46), og at tilbagefald ikke kun udløser disciplinære straffe og fordømmelse. Alternativt kan tilbagefald, som tilfældet er i stofbehandling udenfor fængslet, give anledning til samtaler med behandlere med fokus på at kortlægge og øge motivationen for at arbejde med sit stofmisbrug (Kolind et al. 2010: 45, 47). Et studie påpegede i den forbindelse, at for de indsatte, der ryger ind og ud af behandling, kan selve dette forhold være en barriere. Disse indsatte oplever ofte at skulle starte helt forfra hver gang samt at blive mødt med fordømmende attituder fra fængselsbetjente og andre indsatte, hvilket kan opleves ganske hårdt og opslidende (Notley et al., 2012: 41-45). Et nyligt dansk studie viste, at frafaldet fra behandlingsprogrammerne i de danske fængsler var 52 % og altså ca. det samme som i behandling udenfor (Heltberg 2012). Den nævnte problematik skønnes derfor ganske central for danske forhold.

Indre motivation

Ofte ønsker stofbrugere, og specielt ældre stofbrugere, der søger behandling at få hjælp til at kunne stoppe deres stofbrug (McKeganey et al., 2004), vel vidende at dette ikke er realistisk. Så når indsatte angiver det, vi kalder indre motivationsforhold, drejer det sig ofte om et genuint ønske om at gøre noget ved sine livsomstændigheder og skabe positive forandringer. Et israelsk studie af indsattes motivation for at starte i behandling viste endvidere, at de indsatte selv meget tydeligt angiver, at motivationen for positiv forandring skal komme fra den indsatte selv, ellers nytter behandlingen ikke; med andre ord skal indsatte selv være bevidste om, at de er motiverede (Gideon, 2010). Andre studier angiver ligeledes det centrale i, at indsatte har en bevidst og målrettet indre motivation for forandring som forudsætning for, at de engagerer sig fuldt ud i behandlingen (Longshore & Teruya, 2006; Rosen et al., 2004). Flere studier peger på, at indsattes oplevelser af livskriser kan være stærkt medvirkende til, at en sådan indre motivation starter, herunder ønsket om at blive stoffri, populært sagt, når den indsatte 'når bunden'. Det kan være personlige kriser, eller skæbnesvangre begivenheder i ens netværk (se ovenfor). Faktisk rapporterer flere studier, at selve det at komme i fængsel og blive afsondret fra ens hverdag kan opleves som en krise, der enten kan afføde et begyndende eller kraftigere stofbrug, men også kan være startskuddet til et ønske om at gøre noget positivt ved ens livssituation. Dette forudsætter, at behandlingspersonalet og fængselssystemet mere generelt står klar til at opsøge og møde den indsatte (Gideon, 2010; Neale et al., 2007; Smith & Ferguson, 2006).

1.3 Motivationsfaktorer for at blive i behandlingen

Der er visse overlappende forhold omkring indsattes motivation for dels at starte i stofbehandling og at forblive i behandling. Der er dog også aspekter, der fortrinsvis har med fastholdelse at gøre, hvilket fremhæves i dette afsnit.

Kvalitative studier

Indhold i behandling

Det synes vigtigt, at den stofbrugende oplever behandlingen som relevant for, at han eller hun fastholdes, dette gælder både i fængselsbehandling og udenfor. Dette kan synes evident, men undertiden kan der være nok så store forskelle på, hvad den indsatte oplever som relevant at arbejde med i behandlingen, og hvad behandlingsprogrammet stiler mod (Notley et al., 2012). Et studie fra Danmark af indsatte i dagbehandling viste ligeledes, at en stor del af behandlingen rettede sig mod problemer genereret af den indsattes afsoningsforhold. Det kunne eksempelvis være psykiske problemer knyttet til det at takle afsavn (sociale, materielle og fysiske) specielt som følge af øgede disciplinære reaktioner rettet mod narkotikaovertrædelse, det kunne være frygt og usikkerhed relateret til fængselslivet, og endelig muligheden af at kunne skjule for omgivelserne, at han eller hun var i behandling. Et af problemerne for behandlerne bestod i at forestå denne type behandlingsarbejde med højt fokus på at mindske følgevirkningerne af fængselsopholdet vel vidende, at fængselssystemet ønskede fokus på recidiv og stoffrihed (Kolind et al., 2010a). Andre studier peger endvidere på, at tidligere indsatte lægger stor vægt på, at der i behandlingsindsatsen finder en stor grad af koordinering sted til myndigheder udenfor, så den indsattes overgang til frihed gøres mere konstruktiv og lettere (Fischer et al., 2007), se nedenfor for en uddybning af dette punkt. Endvidere peger nogle studier på, at når indsatte er i behandling, er det vigtigt, at fokus ikke udelukkende er på illegale stoffer, stoftrang og stofmisbrug. Specielt peger nogle forskningsgennemgange på vigtigheden af at arbejde med alternative fremtidsscenarier; fx muligheder for at komme i job eller uddannelse, at genoptage kontakten til familie og venner, at arbejde med ønsker til, hvordan den indsatte eksempelvis forestiller sig at få en partner og blive forælder, når livet ikke er domineret af stoffer og kriminalitet (Finfgeld-Connett & Johnson, 2011: 475; McSweeney et al., 2008: 22; Smith & Ferguson, 2006: 66; Wheatley, 2008: 338).

Form i behandling

Formen er lige så vigtig for behandlingen som selve indholdet er (Kolind, 2007). Talrige undersøgelser af stofbrugeres erfaringer med behandling peger på, at brugere lægger vægt på specielt tre aspekter: at behandlere har tid, at de er fleksible, og at de har en positiv og ikke-stigmatiserende attitude (det er opsummeret i dette review-studie: Wylie, 2010). Disse aspekter er også centrale i en fængselskontekst, specielt er den ikke-stigmatiserende attitude vigtig (se også ovenfor), netop fordi fængslet ofte er et barskt miljø med stærke modsætningsforhold mellem indsatte og ansatte (for en dansk kontekst se: Molding, 2010) (Hepburn, 1985; Liebling & Arnold, 2004; Smith & Ferguson, 2006). Som det påvises nedenfor, er det ikke kun behandlernes attitude, der er vigtig, men også fængselsbetjentenes. Fængselsbetjentenes attitude er af stor vigtighed ikke kun for at motivere de indsatte til at starte behandling, men også for at fastholde dem i behandling, netop fordi det er fængselsbetjentene, der har den daglige kontakt til de indsatte, og fordi de ofte kan være negativt indstillede overfor stofbehandling, specielt i opstartsfasen (Frank & Kolind, 2008; Lockwood et al., 1998; McIntosh & Saville, 2006).

Tydelige krav til indsatte

Det er vigtigt, at betingelserne for at komme i behandling er tydelige for de indsatte. Fx skal det være tydeligt i hvilket omfang stoffrihed er forudsætning for opstart i behandling, herunder om indsatte kan være i substitutionsbehandling og over hvor lang tid de eventuelt skal trappes ud af deres medicin. Endvidere skal det være tydeligt for indsatte, om der er knyttet ekstra kontrolinstanser i behandlingen i

forhold til illegale stoffer, som visitationer og urinprøver, og hvilke sanktioner positive kontrolinstanser afstedkommer (fratagelse af rettigheder, bortvisning, motiverende samtaler) (Kolind et al., 2010: 232). Ligeledes skal det være tydeligt, hvorvidt der er særlige privilegier knyttet til afsoning på en behandlingsafdeling, dvs. positive incitamenter i forhold til at fastholde indsattes ønsker om at arbejde mod et stoffrit liv. Alle sådanne forhold skal være tydelige for de indsatte, så de ved, hvad de forpligtiger sig til, idet utydelighed kan gøre behandlingsfastholdelse svær (Goodrum et al., 2003: 33; Smiley-McDonald & Leukefeld, 2005: 578). I forhold til substitutionsbehandling er det ligeledes vigtigt, at det står klart, på hvilke tidspunkter medicin udleveres, i hvilken form (væske, pille) de skal indtages, og om der er kontrolinstanser i forbindelse med medicinindtag (fx tjek af mundhulen for opløst pille)(Stover & Michels, 2010: 5). Endelig er det vigtigt, at indsatte informeres om, hvilke ansvarsområder de forskellige personaler har. Fx at fængselsfunktionærer kan være støttende og motiverende, men at deres primære job består i sikkerhed og kontrol, og at behandlere arbejder inden for fængslets regelsæt, men samtidig via deres tavshedspligt kan skabe en fortrolighed med indsatte, fordi de ikke i samme grad skal rapportere til fængselssystemet (Kolind et al., 2010: 236; Kolind et al., 2010b: 45; Ricketts et al., 2005; Smith & Ferguson, 2006: 65).

Flere typer af behandlingspersonale

I et kvalitativt metastudie (Wylie, 2010) omkring klienters ønsker til og erfaringer med behandlingspersonale peges der på nogle centrale forhold angående behandlingspersonalets sammensætning. For det første tilkendegiver mange klienter, at behandlere med personlig stofmisbrugserfaring kan være bedre til at forstå dem. Dvs. at kunne sætte sig i klienternes sted og vide, hvad stofmisbrug og stoftrang er. I den forstand mener nogle klienter, at ex-misbrugere er bedre til at motivere og fastholde dem i behandling. For det andet peger klienter på, at det vigtigste er, at personalet er veluddannet og kompetent indenfor stofmisbrugsområdet. Når personalet er professionelt og empatisk, kan de være ligeså gode som ex-misbrugere i forhold til motivation og fastholdelse. For det tredje peger studier på, at behandlere med misbrugserfaring ofte er meget orienteret mod stoffrihed som den eneste farbare vej. Et for ensidigt fokus på stoffrihed kan i den sammenhæng have negativ indvirkning på at fastholde klienter i behandling. Argumenter er derfor, at det er vigtigt at have forskellige typer af behandlingspersonale ansat (både ex-misbrugere og professionelle socialarbejdere), så klienterne kan mødes i forhold til, hvor motiverede de er (McCartney, 2011: 61; Ricketts et al., 2005: 73; Wylie, 2010).

1.3 Barrierer

Kvantitative studier

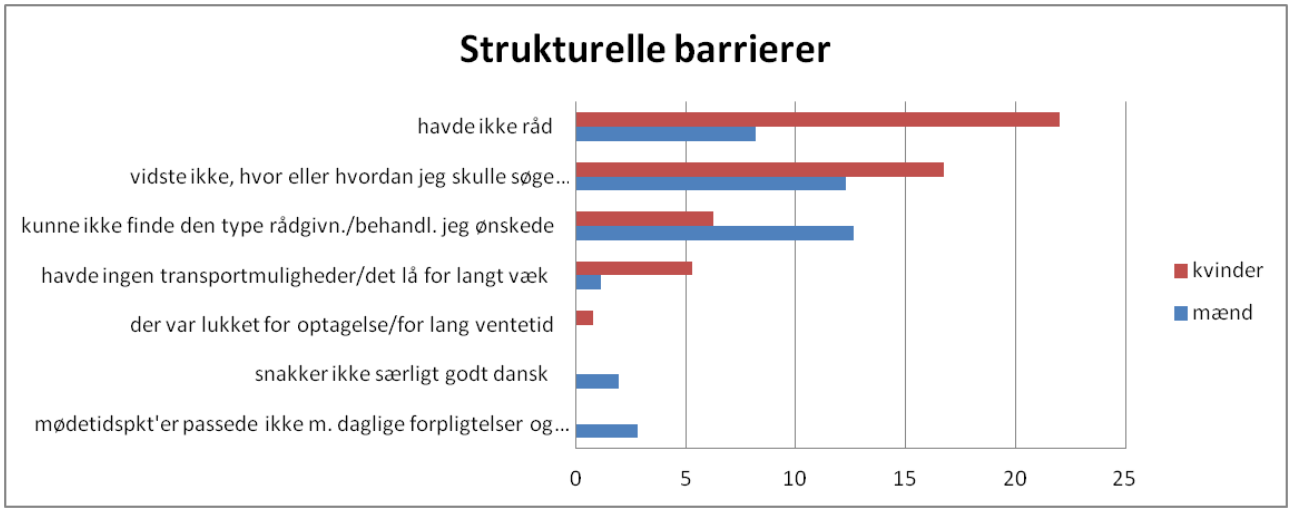
I et survey-studie gennemført i fire danske kommuner i oktober 2011 blev prævalensen af alkohol- og misbrug undersøgt, samt hvorledes borgere med et direkte interventionskrævende misbrug (DIM[1]) overvejede og modtog behandling for deres misbrug. I denne undersøgelse viser en analyse, at ud af 509 med DIM var der kun 184 personer, som overvejede at modtage hjælp eller rådgivning for deres misbrug. Yderligere var det kun 78 i denne gruppe, som rent faktisk modtog en indsats for deres misbrug. Men hvad er baggrunden for, at der var så stor en andel i gruppen med DIM, som ikke modtog behandling? I det følgende skelnes der mellem strukturelle og personlige barrierer.

Strukturelle barrierer

Af typiske strukturelle barrierer kan nævnes (Vores oversættelse, Grant 1997)

- (**viden**) Vidste ikke hvor og hvordan behandling skulle søges
- (**tillid**) Kunne ikke finde et program, hvor jeg følte mig tilpas
- (**tidspunkt**) Åbningstiderne var ubelejlige
- (**transport**) Der var dårlig transportforbindelser
- (**økonomi**) Havde ikke råd til omkostningerne
- (**tilgængelighed**) Der var lang ventetid
- (**sprog**) Talte ikke sproget særlig godt
- (**netværk**) Et familiemedlem modsatte sig

Figur 1: Nedenstående graf viser den procentvise fordeling på de strukturelle barrierer, som respondenterne i kommune-surveyet prioriterede.



[1] DIM er konstrueret af spørgsmål, som både omhandler et forbrugs- og et konsekvens kriterium. Forbrugskriteriet: 28 genstande eller mere for kvinder/35 genstande eller mere for mænd i en typisk uge blev defineret som et problematisk alkoholforbrug og/eller forbrug af illegale stoffer mindst 8 dage i sidste måned. Konsekvenskriteriet: ud af 19 forskellige konsekvenser forårsaget af forbruget skulle de have oplevet mindst 6 mere end en gang i løbet af det sidste år.

Viden: Figuren viser, at viden er en central baggrund for oplevelsen af strukturelle barrierer, særligt for kvinderne, da en overvægt af kvinder angiver, at de ikke har råd til behandling på trods af den gratis kommunale alkohol- og stofbehandling. Næsten hver fjerde kvinde og godt hver fjerde unge (15-22 år) angav desuden, at manglende viden om, hvor de skulle søge hjælp, var årsagen til, at de ikke søgte hjælp (Pedersen & Fredriksen 2012a).

Generelt ser de strukturelle barriere ikke ud til at have så stor betydning som de personlige barrierer. Det kan dog være vanskeligt at afgøre om en personlig barriere i virkeligheden er et produkt af en strukturel barriere. Eksempelvis kan en "parathed til forandring" blive efterfulgt af en manglende tilgængelighed, som afstedkommer et tillidsbrud og en "mangel på parathed". Ofte vil den ydre motivation, som tidligere vist, kunne igangsætte den indre motivation, hvilket fordrer så få strukturelle barrierer som muligt.

Personlige barrierer

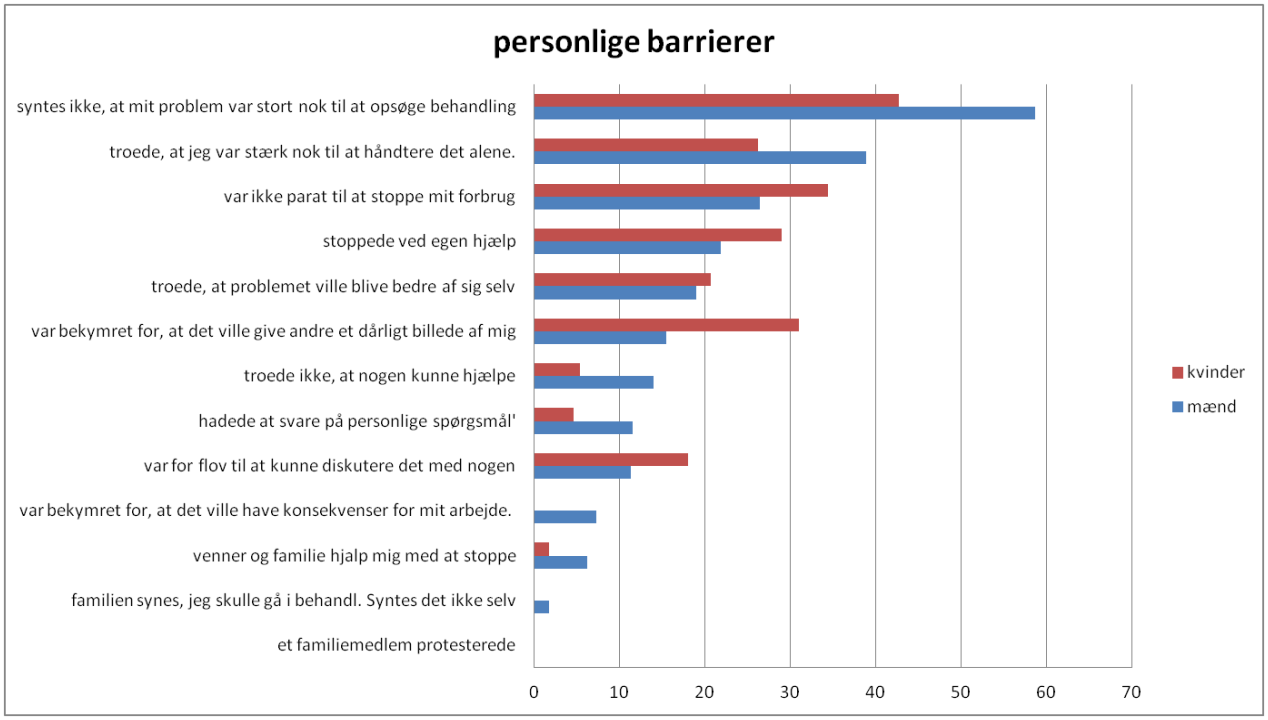
Ofte kobles de personlige barrierer sammen med benægtelse (denial). Forklaring nr. 2, 5, 6 og 8 i nedenstående oplistning er ikke mindst eksempler på dette. Benægtelsesaspektet bliver fremhævet i litteraturen som én af de mest betydningsfulde barrierer for at opsøge behandling (Jordan & Oei, 1989; Tucker, 1995; Cunningham et al., 1993, 1994; Grant 1997). Således fandt Grant (1997), at en stor andel (87,3 %) af populationen, som mødte kriterierne for problematisk alkoholforbrug, ikke overvejede behandling for deres forbrug. Man kan dog diskutere om ikke "benægtelsen" i nogen grad er et udtryk for en kulturel benægtelse. Fx findes der i Danmark stort set ingen tilbud om alkoholbehandling til de helt unge. Dette selvom danske unge hører til de mest konsumerende i Europa. Typiske personlige barrierer er følgende (vores oversættelse):

1. Stoppede selv med at drikke
2. Ikke klar til at stoppe med at drikke
3. Bange for hvad andre tænker
4. Bange for negativ indvirkning på arbejde
5. Troede ikke nogen kunne hjælpe
6. Troede problemet ville blive bedre af sig selv
7. For flov til at drøfte det med nogen
8. Troede jeg ville være stærk nok til at klare det al.ene
9. Hadede at besvare personalets spørgsmål
10. Familien mente, jeg skulle starte i behandling, men jeg mente ikke selv, det var nødvendigt
11. Troede ikke, at alkoholproblem var alvorligt nok

Kommune-surveyet viser, at den mest udbredte forklaring på ikke at søge hjælp var personlige/psykologiske barriere. Det er som tidligere nævnt ligeledes fundet i internationale sammenhænge (Cunningham et al. 1993; Grant 1997; Mensinger et al., 2006, Saunders et al., 2006, Oleski et al., 2010). Nedenstående figur viser den procentvise fordeling på de personlige/psykologiske barriere, der prioriteres (se fig. 2). Det var særligt årsager, såsom "jeg syntes ikke, at mit problem var stort nok til at opsøge hjælp" (særligt for mænd) og "jeg var ikke parat til at stoppe mit forbrug" (særligt for kvinder). Grant (1997) og Oleski et al. (2010) fandt de samme årsager for ikke at søge hjælp. I Grants (1997) studie relateredes det til spørgsmålet om fornægtelse af misbruget med argumentet om, at fornægtelse måtte betragtes som den mest udbredte årsag til, at borgere med DIM ikke opsøgte hjælp. Årsager såsom, "jeg

syntes ikke, at mit problem var stort nok til at opsøge behandling", "jeg troede, at problemet ville blive bedre af sig selv" og "jeg var ikke parat til at stoppe mit forbrug" kan betragtes som forskellige udtryk for fornægtelse.

Figur 2: Den procentvise fordeling på de personlige/psykologiske barriere



Nedenstående tabel viser de barrierer, som er blevet angivet blandt gruppen med DIM, der ikke har modtaget behandling. Forskel mellem køn og alder er beregnet ved hjælp af logistisk regressionsanalyse med tilhørende odds ratioværdier (OR). OR viser forskellene mellem køn (med mænd som referencegruppe=1) og mellem aldersgrupperne (med 23-65 år som referencegruppen=1).

Tabel 3: Barrierer angivet blandt gruppen med DIM, der ikke har modtaget behandling

	All		Male		Female			15-22 år	23-65	
	N=107	%	N=79	%	N=28	%	*OR*	N=42	N=65	*OR*
syntes ikke, at mit problem var stort nok til at opsøge behandling	57	55,63	44	58,66	13	42,63	*0,52*	72,33	52,49	*2,67*
troede, at jeg var stærk nok til at håndtere det alene.	39	36,43	29	38,82	10	26,16	*0,56*	36,38	36,38	*1,01*
var ikke parat til at stoppe mit forbrug	35	27,88	24	26,37	11	34,4	*1,46*	22,28	28,94	*0,7*
stoppede ved egen hjælp	27	23,21	19	21,87	8	28,97	*1,46*	27,82	22,34	*1,34*
troede, at problemet ville blive bedre af sig selv	23	19,25	17	18,93	6	20,62	*1,11*	16,01	19,86	*0,77*
var bekymret for, at det ville give andre et dårligt billede af mig	18	18,42	11	15,49	7	31,01	*2,45*	24,41	17,29	*1,55*
vidste ikke, hvor eller hvordan jeg skulle søge behandling/rådgivning	17	13,14	11	12,3	6	16,76	*1,44*	23,6%	11,2%	*2,45*
var for flov til at kunne diskutere det med nogen	17	12,52	12	11,24	5	18	*1,73*	21,86	10,76	*2,32*
troede ikke, at nogen kunne hjælpe	14	12,33	11	13,95	3	5,36	*0,35*	12,45	12,3	*1,01*
kunne ikke finde den type rådgivn./behandl. jeg ønskede	13	11,43	9	12,63	4	6,27	*0,46*	14,5%	10,9%	*1,39*
havde ikke råd	13	10,79	8	8,17	5	22,01	*3,17*	16,2%	9,8%	*1,79*
hadede at svare på personlige spørgsmål	14	10,23	11	11,54	3	4,59	*0,37*	20,32	8,33	*2,81*
var bekymret for, at det ville have konsekvenser for mit arbejde.	5	5,89	5	7,25	0	0	*0*	12,05	4,72	*2,76*
venner og familie hjalp mig med at stoppe	8	5,36	7	6,21	1	1,7	*0,26*	15,49	3,45	*5,13*
mødetidspkt'er passede ikke m. daglige forpligtelser og aktiviteter	3	2,27	3	2,8	0	0	*0,00*	7,4%	1,3%	*5,99*

Som tidligere nævnt angav kvinder oftere end mænd, at de ikke var parate til at stoppe deres forbrug, mens den yngre generation angav, at de havde stoppet deres forbrug ved egen hjælp. Derudover er der indikationer for, at kvinder og den yngre generation i højere grad oplever strukturelle barriere såsom, at de ikke vidste, hvor de skulle opsøge hjælpen eller ikke havde råd til behandling. Disse to grupper har ligeledes oftere angivet, at de er bange for, hvad andre vil tænke. Mænd og den yngre generation vælger oftere end kvinder, at de ikke troede, at alkoholproblemet var stort nok til at opsøge hjælp. Et andet lighedstræk mellem de to grupper vs. kvinderne er, at de i større grad får hjælp fra venner og familie til at stoppe forbruget (OR for unge=5,13 og OR for mænd=3,82).

Udover strukturelle og personlige/psykologiske barrierer er en række andre faktorer blevet fremhævet i forbindelse med manglende opsøgning af hjælp. I det følgende uddybes barrierer, der opleves som centrale for brugerne.

Stigmatisering

Stigmatisering er ofte blevet anset som en central forklaring på, at behandling ikke opsøges (Cunningham et al., 1993; Grant, 1997), men flere nylige studier viser, at stigmatisering kun i mindre grad vælges som baggrund, når respondenter skal angive, hvorfor de ikke har opsøgt hjælp (Sareen et al., 2007; Tucker, 2002). I visse sammenhænge kan stigmatisering dog ikke afvises. Ovenstående resultater i forhold til kvinderne viser, at de er bekymret for, hvad andre vil tænke om dem. Og indsatte kan fx være bange for at blive stigmatiseret/marginaliseret, hvis de kommer tilbage på en almindelig fængselsafdeling efter at have afbrudt et behandlingsophold. Hvor stort dette problem er i dag, kan der næppe gives nogen generel forklaring på.

I de kvalitative studier peges også på, at frygten for at blive stigmatiseret kan fungere som en barriere for at søge behandling. Det kan fx være ønsket om ikke at lade omgivelserne (herunder familie, medfanger og betjente) vide, at man har et stofforbrug. Dette er specielt centralt i en fængselssammenhæng, da det tyder på, at flere af de negative stereotyper, der eksisterer udenfor i samfundet, importeres ind i fængslet og gøres ekstra tydelige og markerede. Fx er svært belastede stofbrugere langt nede i de indsattes og ofte også ansattes interne hierarki. Indsatte kan derfor have stærke bevæggrunde for ikke at afsløre et stofbrug, hvor det at indrømme, at man er stofbruger og har behov for hjælp giver lav status, dette gælder specielt unge indsatte og specielt dem for hvem, det maskuline miljø i fængslet er vigtigt (Crewe, 2005, 2009; Notley et al., 2012; Sexton et al., 2008; Swann, 1998). Endvidere er der også indsatte, der ikke ønsker at blive slået i hartkorn med andre stofbrugende indsatte, hvorfor de ikke ønsker at komme i et behandlingsprogram (Copeland, 1997; Dahl & Pedersen, 2006). Dette er også en af tankerne bag opstarten af kokainbehandling i Danmark (Sundhedsministeriet, 2010).

Erkendelse

Studier som har undersøgt årsagerne til, at behandling ikke er blevet opsøgt eller modtaget, viser, at den oftest angivne årsag er tvivl om, hvorvidt der rent faktisk er brug for professionel hjælp, eller at de selv kunne håndtere problemet (Wells et al., 1994)(se ovenstående punkt 6, 8 og 11). Benægtelsesaspektet er diskuteret i starten af dette afsnit. Omvendt er en erkendelse af alkoholforbrugets problem én af de mest stærke prædiktorer for at gå i behandling. Et studie viste, at borgere, som gik i behandling, i højere grad fremhævede deres problemer og kvaler, samt opfattede deres liv som ukontrollerbart på grund af deres alkoholforbrug (Pfeiffer, 1991).

Et andet aspekt, som relaterer sig til, at individet indser problemets omfang, er den kognitive proces (cognitive appraisal). Processen betyder blandt andet, at individet afvejer fordele og ulemper ved behandlingen og forbruget, hvilket enten fører til en forandring (behandlingsstart) eller et videre forbrug (Cunningham et al., 1994, Klingemann, 1991).

Manglende kendskab til programmet

I forbindelse heraf er manglende kendskab til behandlingsprogrammer en barriere. Det er vigtigt, at de indsatte informeres tilstrækkeligt og adækvat omkring de stofbehandlingstilbud, der eksisterer i fængselsregi, både for at motivere dem og gøre dem i stand til at vælge det, som de anser for at være det rigtige tilbud. Desuden viser flere studier, at indsatte kan fravælge behandling, hvis de ikke oplever i tilstrækkelig grad at kende til indhold, behandlingsmetoder, krav, opstartstidspunkt og varighed med mere. Uden den nødvendige viden kan indsatte være bekymrede for, hvad behandlingen egentlig vil gå ud på, og derfor kan de fravælge den. De kan fx komme i tvivl om, hvorvidt de er en del af målgruppen, blive usikre på, hvilke konsekvenser det får at bryde behandlingen eller der kan være bureaukratiske spørgsmål, der forvirrer den indsatte omkring hans/hendes situation. I en dansk kontekst kunne det fx være spørgsmål omkring besøg, placering af behandlingen og varighed (Brottsförebyggande Rådet, 2005a: 10; Copeland, 1997: 188; Neale et al., 2007; Sexton et al., 2008: 112). Desuden er det vigtigt at komme så hurtigt som muligt i gang med stofbehandling, da det gør det nemmere at fastholde den enkelte. Det er derfor vigtigt at informere indsatte om behandlingstilbud så hurtigt i afsoningsforløbet som muligt. Et studie fra Horserød viser desuden, at det er nemmest at rekruttere indsatte til behandling, når de ankommer til fængslet (Dahl & Pedersen, 2006).

I forlængelse heraf fremhæves i den kvantitative litteratur, at en manglende tiltro og tillid til behandlingssystemet har væsentlig betydning for, hvorvidt et individ vælger ikke at starte i behandling (Pfeiffer, 1991; Grant, 1997), eller har et ønske om at klare problemet selv (Cunningham et al., 1993; Tucker, 1995).

Kapitel 2. Organisatoriske kompetencer

2.1 Det interne samarbejde og organisatoriske barrierer

Disse barrierer kan betragtes som tilhørende de strukturelle barrierer, men her undersøgt gennem et organisationsanalytisk perspektiv og ikke gennem personen, der har behov for hjælp. Det følgende er baseret på både kvalitativ og kvantitativ litteratur.

Sterling et al. (2010) finder i et review, at barrierer for at søge behandling ofte er rodfæstet i et fragmenteret behandlingssystem. De taler om isolerede systemer, som er ”de-linked” til andre indsatssystemer og om barrierer rodfæstet i “…weak clinical linkages between psychiatry, primary care and substance use, and in confidentiality policies that inhibit communication and coordination”. De taler om, at systemerne er “carving-out”, hvilket vel kan oversættes med det danske ”silo-tænkning”.

Selvom det danske system ikke er specielt sammenligneligt med det amerikanske kendes de samme problematikker omkring manglende kommunikation, fragmentering og ”silo-tænkning” også fra den danske kontekst.

En lidt anden måde at forstå de organisatoriske barrierer på er gennem, hvad amerikanerne kalder for ”Organizational readiness” (organisatorisk parathed) (Lerch et al. 2011). Hos Lerch et al. inkluderer organisatorisk parathed følgende faktorer:

”Commitment”:	Medarbejdernes loyalitet og tilhørsforhold til den organisation de arbejder i.
Ressourcer:	Medarbejdernes oplevelse af at de nødvendige ressourcer er til stede for at udføre arbejdet forsvarligt.
Klima:	Medarbejdernes oplevelse af at organisationen er åben overfor forandring og støttende overfor nye ideer.
Kynisme:	Medarbejdernes oplevelse af at organisationen er pessimistisk overfor organisationens evne til at forandre sig.
Behandlingsplanlægning:	Medarbejdernes oplevelse af ledelsens prioritering af planlægningen af den enkelte case.

Det ovenstående er en forudsætning for, at organisationen evner at integrere nye procedurer og evidensbaserede metoder. Fastholdelsen af ovenstående kræver desuden vedholdende supervision og undervisning.

En række studier har påvist vigtigheden af det ikke-behandlende personales rolle (primært fængselsbetjente) i forhold til, at stofbehandling fungerer i praksis og i forhold til den indsattes motivation. I et studie af danske behandleres erfaringer med stofbehandling i fængsler (Frank & Kolind, 2008), udtrykte behandlere, at selv om de tilpassede og begrænsede stofbehandlingen til forholdene indenfor murerne (se også: Neale & Saville, 2004), søgte at agere ’fængselsvante’ i hverdagen, og at der var etableret de nødvendige officielle samarbejdskanaler til ledelsen, så var behandlingsprogrammet meget afhængigt af gode (personlige) relationer til fængselsbetjentene. For det første kan man se, at fængselsbetjente har en vigtig rolle i forhold til at spotte stofbrugende indsatte, informere dem om behandling og motivere dem til

at starte i behandling; til trods for at disse funktioner undertiden er ganske uformelt praktiseret i hverdagen (Brottsförebyggande Rådet, 2005a: 21, 41; Kolind, Dahl, Nielsen, & Frank, 2010). Et litteraturstudie angående indsattes brug af fængslers sundhedstilbud påviste ligeledes fængselsbetjentes centrale rolle i forhold til, at tilbuddene får succes (Watson et al., 2004). For det andet er fængselsbetjentene centrale aktører, når det gælder den daglige motivation og opmuntring af de indsatte til at blive i behandlingsprogrammerne, fængselsbetjente kan endda være vigtige støttespillere i den indsattes forsøg på at opnå et stoffrit liv (Kothari et al., 2002; Mair & Barton, 2001; Smith & Ferguson, 2006). For det tredje er behandlingsprogrammer ofte afhængige af fængselsbetjentenes velvillige indstilling, da de fungerer som 'gatekeepers', når det gælder den daglige praktiske implementering af programmet, herunder at låse celler op, hente og bringe indsatte til diverse aktiviteter og hensyntagen til de enkelte indsatte, der gennemgår vanskelige perioder i behandlingsforløbet; omvendt kan negativt indstillede fængselsbetjente svække stofbehandlingsprogrammer betragteligt (Carlin, 2005; Frank & Kolind, 2008; McIntosh & Saville, 2006).

Der er bred enighed i litteraturen om, at det kræver relevant uddannelse og viden, som forudsætning for at fængselsbetjente kan udfylde de nævnte motiverende roller. De skal kende til de konkrete stofbehandlingsprogrammer, der findes i fængslerne, de skal kende til programmernes metoder, mål og målgrupper. De skal kende til generelle stofmisbrugsproblematikker, herunder abstinenser, stoffer, behandlingsfaser og forskellige typer af behandlingsmålsætninger. Desuden skal der være et godt fungerende både formelt og uformelt samarbejde mellem fængselsbetjente og behandlere. Der skal endvidere være gensidig respekt de to grupper imellem overfor hinandens arbejdsopgaver, og endelig skal der være klare definitioner af gruppernes forskellige arbejdsopgaver og forpligtigelser, specielt fordi de to personalegruppers arbejdsfunktioner er ret forskellige og bygger på forskellige ideologier (Kolind et al., 2010a; Kolind et al. 2010b; Mair & Barton, 2001; McIntosh & Saville, 2006; Ricketts et al., 2005; Wheatley, 2008). Erfaringer viser, at ofte, når stofbehandlingsprogrammer starter op, er fængselsbetjente negativt indstillede, mens deres attitude bliver mere positiv med tiden. Det skal dertil nævnes, at udover, at stofbehandling ofte introducerer en ny og fremmed ideologi i fængslerne, og hermed et konkurrerende værdisystem for fængselsbetjente, så udfordres fængselsbetjentenes rolle også betragteligt, og de kan blive usikre på deres egne roller. Dette er med til at understrege behovet for viden, samarbejde og anerkendelse af fængselsbetjentes rolle i forbindelse med stofbehandling (Gideon et al., 2010; Kolind et al., 2010; Nylander et al., 2008; Nylander et al., 2011)

2.2 Det eksterne samarbejde

Megen litteratur peger på det centrale i, at behandlingsindsatser inddrager eksterne samarbejdspartnere i relation til og i forlængelse af stofbehandlingen i fængslerne. Der er evidens for, at veletablerede rutiner og koordination med eksterne samarbejdspartnere influerer på stof- og kriminalitetsrecidiv (Brochu, 2006:42; Brottsförebyggande Rådet, 2005a: 13, 15; Kothari et al., 2002: 424; Vandevelde et al., 2006). Med henblik på at forbedre recidiv for stofmisbrug og kriminalitet viser litteraturen, at indsatte så vidt muligt ikke skal løslades til en uoverskuelig situation. Der skal derfor etableres samarbejde til relevante myndigheder i forhold til forsørgelse, uddannelse, arbejdsliv og boligsituation. Endvidere peges der på, at kontakt til støttende netværk har betydning. Det kan både være i form af familie og venner, men også i form af selvhjælpsgrupper og kontakt til socialarbejdere med kompetence på stofmisbrugsområdet (Dahl & Pedersen, 2006: 78; Neale et al., 2007; Notley et al., 2012: 41). Mht. substitutionsbehandling i fængsler, peges der på, at får en indsat substitutionsmedicin i fængslet, skal der være etableret et formelt eksternt

samarbejde med et kommunalt misbrugscenter, når den indsatte overgår til løsladelse. Det vil blandt andet sige, at relevante papirer (herunder informationer om substitutionspræparat og dosisstørrelse) må være kommunen i hænde, og at udleveringstidspunkter i kommunen må være kommunikeret til den indsatte. Er sådanne aftaler på plads, er der evidens for, at det er nemmere at fortsætte og fastholde klienter i behandling ved løsladelse (McSweeney et al., 2008: 41; Ricketts et al., 2005: 70; Stover & Michels, 2010: 2).

2.3 Fængselsmiljøet

Flere studier peger på, at et traditionelt fængselsmiljø ofte fungerer modproduktivt for stofbehandlingsprogrammer. Fx peger studier på, at der i fængsler ofte er ganske hårde narkotikamiljøer, der arbejder direkte imod stofbehandling og 'opfordrer' til stofbrug (Carlen, 2005; Crewe, 2005, 2009; Stöver & Michels, 2010; Kolind 2012). Desuden kan afsavn, det at indsatte ofte lider og omstændighederne for afsoningen være medvirkende til at starte eller fortsætte et stofbrug. Endvidere kan den ofte hårde tone i indsatkulturen, fængselsbetjentes undertiden negative indstilling til behandling, og fængselsinstitutionens eksplicitte fokus på kontrol og disciplin modvirke eller kompromittere stofbehandlingen (Carlin, 2005; Craig, 2004; Frank & Kolind, 2008; McIntosh & Saville, 2006). Udenfor har behandling ofte flere facetter og tilbud, fx rådgivningssamtaler, bedre substitutionsbehandling og flere typer programmer, ligesom visse dele af stofbehandlingsprogrammer umuliggøres i en fængselskontekst (Neale & Saville, 2004) (fx AA/NA møder eller fokus på almindelige daglige gøremål). Endelig viser et studie fra Skotland, at indsatte var betydeligt mere negative overfor behandlingen indenfor end brugere af stofbehandling udenfor. Selv om man i Kriminalforsorgen de senere år har opbygget stofbehandlingen betragteligt, er man klar over mange af disse problemstillinger, hvilket bl.a. er afspejlet i, at §78 anbringelser ideelt set fortrækkes.

På den anden side viser studier samtidigt, at det på behandlingsafdelinger ofte er muligt over tid at skabe et klima, hvor der er en mere positiv omgangstone mellem indsatte og fængselsbetjente og indsatte imellem, hvor der eksisterer færre konflikter end på traditionelle afdelinger. Og hvor der er færre stoffer, mindre kriminalitet og mere ro og orden (Brottsförebyggande Rådet, 2005b; Dahl & Pedersen, 2006: 16; Kolind et al., 2010; Smiley-McDonald & Leukefeld, 2005). En del af dette ændrede miljø kan komme af det ændrede fokus, som behandlingsprogrammerne introducerer, netop at det ofte er fængselsbetjente, der er interesseret i stofbehandling, der arbejder på sådanne afdelinger, samt at det er en vis gruppe af indsatte, der vælger behandlingsprogrammerne.

2.4 Tilgængelighed, belægning og afstand

Tilgængelighed

Tilgængelighed kan knyttes tæt til venteliste og til det kontinuerlige forløb (at den enkelte del af behandling efterfølges af næste uden afbrud). Opstår der problemer med at tilbyde kontinuerlige behandlingsforløb, kan det have en betydning for brugernes nytte af behandlingen. Studier viser, at brugernes udkomme af behandlingen i den enkelte behandlingsdel påvirkes af de tidligere dele (Simpson, 2001). Ved opstartsfasen indtræder de enkelte i behandlingen med forskellige forudsætninger, som kan have indflydelse på, hvordan de responderer på behandlingen, herunder graden af motivation, åbenhed overfor behandling, misbrugets omfang, kriminalitetshistorie og psykologisk karakteristika. Under selve behandlingen har behandlernes ekspertise og uddannelsesgrad samt programmets elementer betydning. Behandlingsprocessen har således som helhed betydning for, hvorledes det enkelte individ responderer af behandlingen (Welsh

2008), og det er derfor væsentligt at have så kontinuerligt et forløb som muligt, således de hæmmende elementer for individets udkomme af behandlingen mindskes.

Belægning

En form for tilgængelighedsproblematik ses ved problemer med belægning. Der kan være tale om fuld belægning, som kan skabe ventelister, men der kan også være tale om problemer med manglende belæg. I disse tilfælde ses det, at de resterende senge belægges med andre typer afsonere. Studier viser, at behandling har bedst effekt, hvis den foregår i et lukket miljø de første 3 måneder. Tidligere studier viser, at en sammenblanding af behandlingsafsonere med traditionelle afsonere ikke er hensigtsmæssig (Wexler, 1995; Inciardi, 2004). Det reducerer motivationen for at blive i behandling og skaber et anspændt miljø. Kommer der indsatte uden misbrug, og som ikke skal i behandling, vil effekten af den tilbudte behandling mindskes (Lodahl, 2007).

Hvis døgnbehandlingsafdelinger får et dårligt ry, vil det være vanskeligt at motivere de indsatte til denne form for behandling.

I en svensk centralisering af behandlingsindsatsen i fængselssystemet var belægningsproblematikken et centralt omdrejningspunkt. Overbelægning var et stort problem på trods af målet om en belægning på 90 % (Statskontoret, 2003). På grund af pladsmanglen var der et udtalt krav om, at behandlingspladser for stofmisbrugere var belagt med 100 %, hvilket paradoksalt medførte, at der var mange tomme pladser. Ved at centralisere indsatserne kunne belægningsproblematikken måske imødekommes.

Afstand

Det er almindeligt anerkendt, at afstande af en vis størrelse til et behandlingscenter kombineret med ringe transportmuligheder generelt afstedkommer manglende hjælpsøgende adfærd (Blazer et al., 1995; Piette & Moos, 1996; Heckman et al. 1998; Aday, 2002; Zhang et al., 2003; Fryer et al., 2003; Baldwin et al., 2004; Wood, 2008).

Ser man specifikt på misbrugsbehandling fandt Berdsley et al., at personer med under 1 miles afstand til et misbrugsbehandlingscenter 50% hyppigere gennemførte behandlingen end personer med mere end en 1 miles afstand. Schmitt et al. (2003) fandt i en opgørelse over 33.952 personer i misbrugsbehandling, at de, der havde mindre end 10 miles afstand, 2,6 gange så ofte fortsatte med en efterbehandling end personer, der skulle rejse 50 miles og derover. Ligeledes viser et kvalitativt studie fra Kentucky, at manglende transportmuligheder til og fra misbrugsbehandlingscentre blev oplevet som stærkt problematisk for alle klienter (Sexton et al., 2008).

Eksempler på kvantitative undersøgelser, der alene fokuserer på afstanden mellem sted for afsoning og afsonerens bopæl og denne afstands betydning for motivation for at gå i behandling og gennemførelse af program som planlagt, er ikke identificeret. Der findes dog en kvalitativ dansk undersøgelse, hvor man fandt, at kvinder i stofbehandling i Horserød Statsfængsel, der kommer fra Sydsjælland, Lolland Falster, Fyn og Jylland har haft betænkeligheder ved at søge behandling i Horserød på grund af afstanden mellem afsoningssted og hjem, partnere, børn og familie. Afstanden kan derfor være en barriere for at søge behandling, hvis den enkelte kommer for langt væk fra venner og familie, så rejsetiden bliver for lang ved udgange og for lang i forhold til besøg fra venner og familie (Dahl & Pedersen, 2006: 49). Dette gælder særligt, når indsatte har børn (Copeland, 1997: 186; Dahl & Pedersen, 2006; Neale et al., 2007: 7).

2.5 Kvinder

Studier af kvinder i stofmisbrugsbehandling i og udenfor fængselsregi peger på nødvendigheden af, at tilrettelægge misbrugsbehandling særligt til kvinder (Dahl & Pedersen, 2006; Finfgeld-Connett & Johnson, 2011; Lockwood et al., 1998). Dette skyldes kvinders særlige problemkomplekser, som for eksempel incest, seksuelle overgreb, børn, parforhold og mentale lidelser, der gør kvindelige misbrugere til en mere belastet gruppe i misbrugsbehandling (Dahl & Pedersen, 2006: 93ff, 103). Behandlingen bør desuden foregå på en afdeling kun for kvinder, netop fordi mange af de kvindelige misbrugere har lidt overlast fra mænd (Copeland, 1997: 188; Dahl & Pedersen, 2006: 88, 98; Lockwood et al., 1998: 194). Kønsadskilte grupper giver dermed kvinder tryghed og sikkerhed, som er nødvendig for, at de kan profitere mest muligt af behandlingen (Finfgeld-Connett & Johnson, 2011: 475). Det får imidlertid også nogle kvinder til at vælge behandling fra, fordi de har dårlige erfaringer med kvindefællesskaber (Dahl, 2006: 88 & 97; Lockwood et al., 1998: 195). Behandlingsafdelinger for kvinder kan således både være en barriere og en motivation for kvinder til at søge i behandling. Det tyder dog på, at behandlingsafdelinger kun for kvinder, rettet mod deres særlige problemstillinger, giver den bedste behandling for den enkelte.

Hertil kommer, at misbrugere generelt er en heterogen gruppe og behandling bør tage hensyn til individuelle behov for den bedste effekt (Dahl & Pedersen, 2006; Finfgeld-Connett & Johnson, 2011: 475; Wheatley, 2008: 338). Dette er også vigtigt i forhold til at fastholde misbrugere i behandling (Copeland, 1997: 187).

Kapitel 3: Cases på centralisering af behandlingsafdelinger: Sverige og Israel

Vi vil i dette afsnit redegøre for erfaringer ved centralisering af behandling i Sverige og Israel.

Sverige

Den svenske omorganisering og satsning på narkotikaområdet i 2002 betød, at behandlingsindsatsen blev koncentreret til 25-30 større fængsler med et antal udslusningsenheder og lokale filialer. Baggrunden var at skabe flere ønskværdige synergieffekter. De indsatte kan desuden få et større udbud af arbejdsopgaver, programmer og studiemuligheder. Der var et øget behov for en specialiseret behandling til særlige behov hos grupper af indsatte, og det var vanskeligt i et system, hvor nærhedsprincippet og de små fængselsinstitutioner var i centrum, som situationen var i Sverige før 2002. Det var et håb om, at en centralisering ville sænke udgifterne og øge kvaliteten (Statskontoret, 2003).

I 2006 skete der imidlertid en yderligere centralisering, hvor der blev oprettet hele behandlingsfængsler med motivations- og behandlingspladser, 6 behandlingsfængsler i alt. Derudover havde 22 fængsler indrettet behandlingsafdelinger indenfor den ordinære fængselsstruktur (Brottsförebyggande Rådet, 2008).

Den oprindelige tanke i 2002 var, at der ikke skulle oprettes særskilte behandlingsfængsler, da det blev anset som væsentligt at opretholde den tætte kontakt til nærmiljøet (de lokale myndigheder, familie og børn). Desuden var den tidligere omtalte belægningsproblematik central. Problemet var, at belægningen reelt i gennemsnit var 100 % på trods af målet om en belægning på 90 % (Statskontoret, 2003). På grund af pladsmanglen var der et udtalt krav om, at behandlingspladser for stofmisbrugere var belagt med 100 %, hvilket paradoksalt medførte, at der var mange tomme pladser. Baggrunden var blandt andet, at fængslernes egne krav til behandlingstid og motivation forhindrede indtaget. De indsatte blev desuden hurtigt forflyttet fra afdelingen efter tilbagefald. Desuden blev der udviklet en stærk kriminel subkultur på nogle af motivationsafdelingerne, som forhindrede indsatte i at søge til behandlingsafdelingerne (Brottsförebyggande Rådet, 2008). Ved at centralisere indsatserne kunne belægningsproblematikken måske imødekommes.

Derfor blev afdelingerne oprettet over hele Sverige med forskellige typer af afdelinger i samme fængsel (motivations-, særskilte motivations- og behandlingsafdelinger).

I 2005 gennemførte BRÅ en evaluering af satsningen, som viste et dårligt psykisk klima på motivationsafdelingerne, og at såkaldte ”behandlingsresistente” indsatte ikke burde blandes med indsatte, der kun havde en lav grad af motivation. Dette medførte, at der i 2006 oprettedes behandlingsfængsler i hver region med 4 behandlingsfængsler for mænd og 2 for kvinder. Fra 2007 blev begrebet motivationsafdeling imidlertid helt opløst, og overgik til normalafdelinger. Og motivationsarbejdet skulle i stedet ske på alle normalafdelinger (Brottsförebyggande Rådet, 2008). Det motiverende og opsøgende arbejde blev styrket i forbindelse med omstruktureringen med en opsøgende gruppe, som arbejder med information, udredning (ASI, AUDIT, DUDIT), rådgivning, motiverende samtaler, samarbejde med socialforvaltningerne mv. Alle indsatte bliver som udgangspunkt udredt i forhold til et eventuelt stofmisbrug, og det opsøgende arbejde påbegyndes allerede i arresten.

En anden ændring, som blev muliggjort med omstruktureringen var den lægeassisterede behandling, hvor både substitutionsbehandling og medicinsk behandling af indsatte med en ADHD-diagnose blev afprøvet i blandt andet Stockholm og Malmø, og hvor bopælskommunen iværksatte selve behandlingen.

Evaluering af den svenske behandling

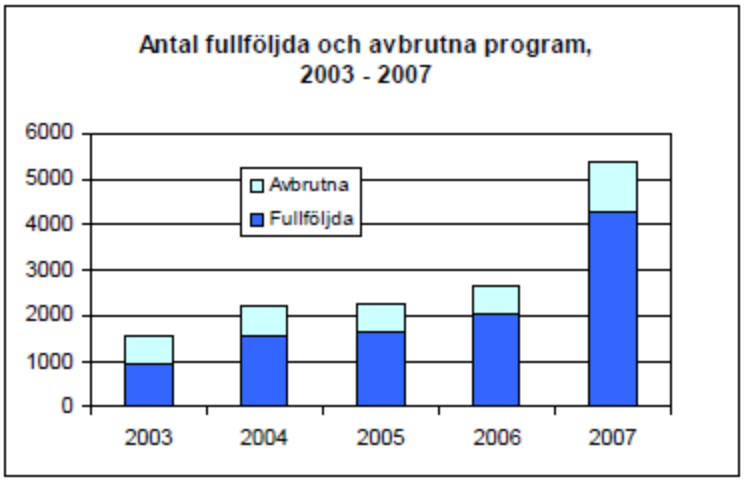
Slutevalueringen af narkotikaindsatsen fremhæver, at ét af de mest overskyggende problemer for indsatsen er den stadige overbelægning. I løbet af årene er indtaget dog faldet, da fængselsstraffene blev længere; men en del af afdelingerne har løbende været overbelagte, hvilket har påvirket motivationsklimaet i negativ forstand.

Brottsförebyggande rådet (Brå) gennemførte i 2008 et afsluttende effektstudie af narkotikasatsningen i Sverige. Med en behandlingsgruppe på 741 og en tilsvarende kontrolgruppe på 741 indsatte konkluderede rapporten følgende:

- Efter 12 måneder er 50 % i nyt sagsanlæg, for kontrolgruppen er det 58 % (Brottsförebyggande Rådet, 2008: 6).
- På tilbagefald i kriminalitet, som medfører fængselsdom er den 11 procentpoint lavere end for kontrolgruppen (forskellen var størst for dem, som gennemførte behandlingen, 10-12 procentpoint, mens 3-10 procentpoint for dem, der afbrød behandlingen) (Brottsförebyggande Rådet, 2008: 7).
- Centralisering tilgodeser mænd frem for kvinder, når man kigger på recidiv – der var ikke den store forskel mellem kvinder i behandlingsfængsel og kontrolgruppen (Brottsförebyggande Rådet, 2008: 7).
- Størst effekt for mænd over 30 år (Brottsförebyggande Rådet, 2008: 7).
- Bedre effekt af 12-trins model frem for kognitive, hvilket formentligt skyldes, at indsatte kan starte, når de ankommer til afdelingen, mens indsatte på kognitive forløb må vente til et nyt forløb påbegyndes, før de kan deltage (Brottsförebyggande Rådet, 2008: 7).
- Effekten var rigtig god for de indsatte, som fuldførte behandlingen og ikke blev flyttet til en anden afdeling, for mænd over 30 og for de indsatte der var indskrevet i behandling i mindst 4,5 måned (Brottsförebyggande Rådet, 2008: 9).
- Anbefaling: at flere skal kunne påbegynde program, udbygges, samt at der oprettes et tilbud, som udslusning fra afdelingen, der skal øge misbrugeres mulighed efter løsladelse (Brottsförebyggande Rådet, 2008: 9).

Et andet studie gennemført af Kriminalvården fokuserer ligeledes på programmernes effekt ved at se på tilbagefald til kriminalitet. Konklusionen viser, at der er en klar formindsket risiko for tilbagefald til kriminalitet. I undersøgelsen, som forløb i 2002-2006, indgik en kontrolgruppe på 4965, hvoraf 55 % havde et tilbagefald efter løsladelse. Af de 660 indsatte, som havde været igennem programmet "Våga Välja", havde 48 % et tilbagefald. Resultatet viser, at der er 13 % lavere risiko for at få et tilbagefald for gruppen, der har indgået i programmet set i forhold til kontrolgruppen. Der er i undersøgelsen kontrolleret for køn, alder, tidligere kriminalitet, misbrugets varighed mv.

Nedenstående diagram viser stigningen af indsatte på behandlingsafdelingerne over årene, og hvordan andelen af indsatte, som fuldfører programmerne stiger særligt fra 2006 til 2007 efter den 2. omorganisering og yderligere centralisering.



"Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsning" BRÅ 2008

Problemet med forekomsten af narkotika i fængslet er et faldende problem. I slutningen af 2006 angav 75% af fængslerne, at narkotika sjældent eller aldrig forekom. Det var en mindsket forekomst af cannabis, amfetamin, opiater og narkotikaklassificerede lægemidler. På trods af at antallet af stofmisbrugere i fængsler er steget ligesom antallet af urinprøver, er problemet med narkotika faldet. Det skal i denne forbindelse fremhæves, at der med påbegyndelsen af den nye struktur ligeledes blev indført øget kontrol mod indsmugling af narkotika. Adgangskontrollen og mulighederne for at visitere besøgende er øget, der er kommet mere videoovervågning, antallet af narkohunde er gået fra 2 til 19, og hvert år er der taget mellem 80.000-100.000 urinkontroller med en faldende andel positive (3,3 % positive i 2006).

Samarbejdet med andre kommuner

I Sverige var samarbejdet med andre myndigheder et centralt udviklingspunkt ved starten af omstruktureringen. Der er i løbet af årene blevet udviklet bedre samarbejde med de sociale myndigheder, misbrugsbehandlingen og psykiatri. Det tværinstitutionelle samarbejde har dog ikke kørt gnidningsløst. Lokale problemer i kommunerne har betydet, at udviklingen er gået langsomt frem. Et andet problem er de delte omkostninger. Ved løsladelsen har det været svært at få kommunerne til at videreføre behandlingsindsatsen, og nogen steder har kommunerne kategorisk nægtet enhver form for indsats, på trods af at kriminalforsorgen har gennemført og finansieret størstedelen af indsatsen. Der har ligeledes været problemer med at videreføre en substitutionsbehandling, da Sverige i lokale dele af landet har lang ventetid til den medicinske behandling (Brottsförebyggande Rådet, 2008).

Israel

Her beskriver vi kort et studie om Israelske erfaringer med at oprette et dediceret behandlingsfængsel i midten af 1990erne (Gideon et al., 2010). Behandlingsmodellen er 'terapeutiske samfund'. Fængslet huser udelukkende indsatte med stofmisbrugshistorie, og der tilbydes forskellige behandlingstiltag fra afgiftning til programmer med varierende intensitet.

Før centraliseringen var stofbehandling i de almindelige fængsler besværliggjort af sameksistensen af indsatte i behandling og den øvrige fængselspopulation. Dermed levede indsatte, der ønsker at arbejde med stofmisbrug, stadig i en fængselskultur, hvor stoffer var let tilgængelige, hvor kampen om

stofmarkedet strukturerede hierarkierne i fængslet, hvorfor det var sværere at arbejde mod stoffrihed i disse miljøer.

Med oprettelsen af fængsler baseret på idéen om terapeutiske samfund, kunne man adskille behandlingspopulationen fra den øvrige fængselspopulation. Denne adskillelse vurderes positivt af både ansatte og indsatte, idet den trak indsatte ud af en stressende fængselshverdag og åbnede mere for psykoterapeutiske interventioner.

Visitationen til behandlingsfængslet skete igennem samtaler med behandlere og fængselsfunktioner, og de fulgte følgende kriterier:

- Den indsatte skal have haft afhængighed af stoffer.
- Der skal som minimum være seks måneders restdom før mulig prøveløsladelse, da behandlingstiden er seks måneder.
- Motivationen screenes bl.a. på baggrund af deltagelse i tidligere afgiftningsforsøg. Og der bruges udvidede urinprøver til at følge op på denne motivation.
- Den indsatte må ikke være involveret i stofhandel eller lignende i fængslet.
- Den indsatte må ikke lide af alvorlige psykiske eller fysiske sygdomme (HIV og TB gives som eksempel).
- Den indsatte skal være mindst 21 år gammel og ikke ældre end 40 år.
- For de indsatte, der tidligere har forsøgt sig med afgiftning, skal der være gået mere end seks måneder fra sidste forsøg før indsættelse i TS fængsel.

Vurderes en ansøger egnet til et behandlingsfængsel, ankommer de til en såkaldt fordelingsafdeling. Her bliver nyankomne bedt om at skille sig af med alle deres stoffer – også som tegn på deres motivation. Indsatte, der er aktive stofmisbrugere, indskrives som udgangspunkt på en afgiftningsafdeling, som er placeret i sammenhæng med sygeafdelingen, og som har et samarbejde hermed. Her undergår indsatte fysisk afgiftning og får medicinsk og samtalehjælp til at imødegå afgiftningens bivirkninger. Afgiftningen må maksimalt tage to måneder. Efter afgiftning evalueres den indsattes ønsker i dialog med en behandlingskomite. Og den indsattes ønsker til behandlingsintensitet vurderes i samspil med behandlingskomitéens anbefalinger og i samspil med belægning/plads på de enkelte behandlingsafdelinger. I alt eksisterer der syv forskellige afdelinger, som alle arbejder ud fra terapeutiske samfund, og alle afdelinger har målsætninger om at skabe et andet miljø, end det man kender fra almindelige fængsler; fx får indsatte lov til at bevæge sig mere rundt i fængslet/på afdelingen, og der er en åben-dør politik indsatte og ansatte imellem, således at dialog kan skabes hurtigst muligt, når det er tiltrængt. Dog arbejder alle afdelinger fortsat med urinprøver. Jo længere en indsat kommer i behandlingsprogrammet, jo flere privilegier gives han eller hun – naturligvis afpasset sikkerhedsbetingelser og relateret til tid tilbage til prøveløsladelse. Det kan eksempelvis være privilegier i form af mere frihed til at forlade fængslet for at gå i uddannelse eller på arbejde for siden at komme tilbage til fængslet og deltage i terapeutiske sessioner i aftentimerne og overnatte på fængslet.

Det er vigtigt at påpege, at selv om der eksisterer syv forskellige behandlingsafdelinger, er der en dynamisk visitering af de indsatte til de forskellige afdelinger, således at den pågældende afdelings behandlingsintensiteten tilpasses den indsattes behov. Endvidere eksisterer der kontinuerligt en 'bufferafdeling', hvor indsatte der har haft tilbagefald til stofmisbrug visiteres til. Et tilbagefald sender

derfor ikke indsatte væk fra behandlingsfængslet, men holder dem i et TS miljø. Her arbejdes så igen med motivation og evt. på en ny afgiftning. I forlængelse af hvordan denne motiverende indsats lykkes, vurderes det, hvilken behandlingsafdeling den indsatte skal ind på, eller alternativt om den indsatte skal overføres til et almindeligt fængsel.

Både indsatte og ansatte tilkendegiver, at et behandlingsfængsel har været frugtbart. Indsatte oplever fængselsfunktionærer som støttende og hjælpende, og som mere respektfulde og forstående overfor stofmisbrugsproblemer. Dog skete denne positive relation til ansatte ikke over en nat, men igennem en proces, hvor fængselsfunktionærer fik mere tid som følge af færre konflikter omkring stofsalg og stofindtag i fængselsregi og dermed blev mere støttende og forstående. Færre konflikter blandt indsatte gav dermed også et roligere miljø for de ansatte. Også ansatte oplevede mindre udbrændthed og stress som følge af disse ændrede betingelser.

Generelt konkluderer studiet, at indsatte der har afsonet på et behandlingsfængsel i Israel har lavere recidiv i sammenligning med stofmisbrugere, der modtager behandling i et almindeligt fængsel (fire år efter løsladelse 68% mod 79%).

Kapitel 4. Sammenfatning

Nedenfor opregnes en række aspekter i punktform , som, vi på baggrund af vores litteraturstudie mener, det er ekstra vigtigt at være opmærksom på i forhold til organiseringen og etableringen af fængselsbaseret stofbehandling i en dansk kontekst.

1. **De mest belastede indsatte** med flest fysiske, psykiske og sociale problemer, der ikke befinder sig godt under de aktuelle afsoningsforhold er de nemmeste at motivere. De sværeste at motivere er yngre personer med misbrug/afhængighed, som scorer højt på forskellige psykopati-test, som ikke oplever alvorlige konsekvenser ved deres misbrug (selvom andre kan se dem), og som befinder sig udmærket under de aktuelle afsoningsforhold.
2. Motivation for behandling kommer oftest ikke af sig selv. **Ydre motivation vil derfor være væsentlig** i forhold til, at indsatte opstarter et behandlingsforløb. Mens indre motivation ofte udvikler sig gennem behandlingen og efterhånden overskygger den ydre motivation. Selv indsatte med et meget stort forbrug af illegale stoffer eller alkohol oplever ikke, at de har brug for hjælp eller har ingen tiltro til den hjælp, de tilbydes (før de har prøvet). Sanktioner og belønninger kan være givtige redskaber i forhold til at skabe motivation og hjælpsøgende adfærd hos indsatte.
3. Det er vigtigt, at **indsatte kender til indholdet** i behandlingsprogrammerne samt de forventninger, der er til dem. Endvidere kan stigmatisering af stofbrugende indsatte både fra andre medindsatte og fængselsfunktionærer eller frygt herfor være en hindring for at søge behandling.
4. **Fængselsfunktionærer og stofbehandlere** spiller en helt central rolle i forhold til at motivere indsatte til at starte i stofbehandling. Det er derfor vigtigt, at specielt fængselsfunktionærer har en god viden om den stofbehandling, der foregår i Kriminalforsorgens regi samt viden om stofrelaterede problematikker.
5. Fragmenterede og uoverskuelige organisatoriske strukturer vanskeliggør de motiverende processer. **Kommunikationen og samarbejdet** mellem forskellige enheder (fx behandlingsafdelinger vs dagbehandling vs motivationsafdelinger vs udslusning) og personalegrupper (behandlere vs fængselsfunktionærer vs sundhedspersonale) er således af overordentlig stor betydning for, at der ikke opstår: manglende forståelse for hinandens praksis (fx ”vi er bedre til at gøre det, end de andre”), manglende henvisninger til hinandens programmer, og manglende motivation af de indsatte til at påbegynde en given behandlingsform.
6. Det er vigtigt, at **indholdet** i behandlingen **nøje afstemmes med den indsattes forventninger** og fokus, så den opleves relevant. Endvidere er **behandlingens form vigtig**, herunder behandleres og fængselsfunktionærers attitude og tilgang. Endelig skal **kravene til de indsatte være tydelige** og transparente i behandlingen, tilsammen kan det være med til at fastholde den indsatte samt give behandlingen ’et godt ry’ i de forskellige fængsler, hvilket er vigtigt for rekruttering.
7. **Organisatorisk parathed** (*organizational readiness*) er nødvendig for at implementere nye procedurer og evidensbaserede indsatser. Manglende organisatorisk parathed kan afstedkomme en lukkethed og selvtilstrækkelighed, som ophæver sammenhængskraften mellem fængselssystemets forskellige kulturer.
8. Det er væsentligt, at behandlingen kan iværksættes, når **motivationen er til stede**. Det er også væsentligt, at **tilbuddets enkelte enheder hænger sammen**. Ventelister kan være ødelæggende for motivationen.

9. Problemer med **belægning** kan skabe et problematisk klima, ringe motivation og et dårligt ry i organisationen og i sidste instans blandt de indsatte.
10. **Afstand** har betydning for behandlingens effekt (gennemføre program, fortsætte i efterbehandling).
11. **Tilgængelighed** kan have betydning for den indsattes parathed til forandring.
12. Det **traditionelle fængselsmiljø er ofte modproduktivt for behandlingsindsatsen**. Behandlings-afdelinger rapporterer ofte om bedre og mere positiv stemning mellem indsatte indbyrdes og indsatte og medarbejdere. Dog kan det mere traditionelle fængselsmiljø undertiden bæres med over i behandlingen, hvis ikke den er tilpas afskærmet fra det traditionelle fængselsmiljø.
13. Der skal tages højde for en **kønsproblematik**, hvor kvinder som oftest profiterer af kvindespecifikke behandlinger.
14. Med en **centralisering** af behandling vil der være større mulighed for at tilbyde en **bred vifte af behandlingstilbud** og dermed tilbyde den enkelte indsatte den rette behandling og dermed også screene indsatte bedre.
15. **Erfaringer fra Sverige**: a) Et struktureret opsøgende og motiverende arbejde har været vigtigt for at finde målgruppen til behandlingsfængslerne; b) behandlingsfængsler har gjort det muligt at iværksætte nye og udvidede behandlingstilbud såsom kønsspecifik behandling, medicinsk behandling for indsatte med ADHD, og indsatser for indsatte med dobbeltdiagnoser; c) det kræver ekstra megen fokus for at videreføre behandlingsindsatsen, når den indsatte løslades og kommunen overtager ansvaret.
16. **Erfaringer fra Israel**: a) behandlingsfængslet muliggjorde en mere differentieret behandlingsindsats, samt et roligere fængsel med stort fokus på behandling og ikke sikkerhed; b) det var vigtigt med en 'bufferafdeling' så indsatte med tilbagefald ikke blev tilbageført til almindelige fængsler.

Litteratur

Aday, L.A. (2002). A health services research perspective on the use of ancillary services to retain persons living with HIV/AIDS in primary care. AIDS *Care*, 14(Supplement 1), S133-S136.

Baldwin, L.M., Taplin, S.H., Friedman, H. & Moe, R. (2004). Access to multidisciplinary cancer care: is it linked to the use of breast-conserving surgery with radiation for early-stage breast carcinoma? *Cancer*, 100, 701-709.

Beardsley, K., Wish, E.D., Fitzelle, D.B., O'Grady, K., Arria, A.M. (2003). Distance traveled to outpatient drug treatment and client retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(4):279-85

Blazer, D.G., Landerman, L.R., Fillenbaum, G., Horner, R. (1995). Health services access and use among older adults in North Carolina: Urban vs rural residents. *American Journal of Public Health 85*(10), 1384-1390

Brienza, R.S., Stein, M.D. (2002): Alcohol use disorder in primary care: do gender-specific differences exist? *Journal of General Internal Medicine 17*:387–397,

Brochu, S. (2006). Evidence-Based Drug Policies. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention, 7*(sup1), 36-45.

Brottsförebyggande Rådet, (2005a). *Intagna om missbruksvården i anstalt. Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsning sett från klienternas perspektiv*.

Brottsförebyggande Rådet, (2005b). *Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsning. En utvärdering av arbetet under åren 2002-2004*.

Brottsförebyggande rådet, (2008). *Behandling av narkotikamissbrukare i fängelse. En effektstudie*

Cahill, M.A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K. & Pulliam C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program$. *Addictive Behaviors* 28, 67–79

Carlen, P. (2005). Imprisonment and the penal body politics: the cancer of discplinary governance. In A. Liebling & S. Maruna (Eds.), *The Effects of Imprisonment* (pp. 421-441). Devon: Willan Publishing.

Carlin, T. (2005). An exploration of prisoners' and prison staff's perception of the methadone maintenance programme in Mountjoy Male Prison, Dublin, Republic of Ireland. *Drugs: education, prevention and policy, 12*(5), 405-416.

Copeland, J. (1997). A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*(2), 183-190.

Craig, S.C. (2004). Rehabilitation versus control: An organizational theory of prison management. *The Prison Journal, 84*(4), 92-114.

Crewe, B. (2005). Prisoner society in the era of hard drugs. *Punishment & Society, 7*(4), 457-481.

Crewe, B. 2009). *The Prisoner Society. Power, Adaptation, and Social Life in an English Prison*. Oxford: Oxford University Press.

Cunningham, J.A., Sobell L.C. & Sobell, M.B. (1993). Barriers to treatment: why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors 18*:347–353

Cunningham, J.A., Sobell, L.C., Sobell, M.B. & Gaskinn, J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviours 19*, 691–698

Czuchry, M.I., Sia, T.L., Dansereau, D.F. (2006). Improving Early Engagement and Treatment Readiness of Probationers: Gender Differences. *The Prison Journal, 86*(1), 56-74

Dahl, H., & Pedersen, M.U. (2006). *Kvinder i motivations- og stofmisbrugsbehandling i Vestre Fængsel og Horserød Statsfængsel*. Århus: Center for Rusmiddelforskning.

De Leon, G., Jainchill, N. (1986). Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. *Journal of Psychoactive Drugs,* 18(3):203–208

De Leon, G., Melnick, G., Hawke, J. (2000). The motivation-readiness factor in drug treatment: Implications for research and policy. *Advances in Medical Sociology,* 7:103–129

De Leon, G., Melnick, G., Kressel, D. (1997). Motivation and readiness for therapeutic community

treatment among cocaine and other drug users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 23:169–189

DiClemente, C.C. (1999). Motivation for change: Implications for substance abuse treatment. *Psychological Science,* 10(3):209–213

Falck, R.S., Wang, J., Carlson, R.G., Krishnan, L.L., Leukefeld, C. & Booth, B.M. (2007). Perceived need for substance abuse treatment among illicit stimulant drug users in rural areas of Ohio, Arkansas, and Kentucky. *Drug and Alcohol Dependence* 91, 107–114

Finfgeld-Connett, D., & Johnson, E.D. (2011). Therapeutic Substance Abuse Treatment for Incarcerated Women. *Clinical Nursing Research, 20*(4), 462-481.

Fischer, J., Jenkins, N., Bloor, M., Neale, J., & Berney, L. (2007). *Drug user involvement in treatment decisions*. York: University of glasgow.

Fitek, D.J. (2011). *Psychological characteristics predicting substance abuse help-seeking among inmates*. Dissertation Abstracts International

Frank, V.A., Dahl, H.V., & Kolind, T. (2011). Indsattes erfaringer med narkotikakontrol og hashbehandling i danske fængsler. In V. A. Frank & H. V. Dahl (Eds.), *Kriminalitet og illegale rusmidler* (pp. 223-249). Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Frank, V.A., & Kolind, T. (2008). Dilemmas experienced in prison based cannabis treatment – drug policy in Danish prisons. In V. Asmussen, B. Bjerge & E. H. Pedersen (Eds.), *Drug Policy - History, Theory and Consequences* (pp. 61-86). Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Fryer, G.E., Drisko, J., Krugman, R.D., Vojir, C.P., Prochazka, A., Miyoshi, T.J. & Miller, M.E. (1999). Multi-method assessment of access to primary medical care in rural Colorado. *Journal of Rural Health*, 1999, 15, 113-121.

Gideon, L. (2010). Drug Offenders' Perceptions of Motivation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 54*(4), 597-610.

Gideon, L., Shoham, E., & Weisburd, D.L. (2010). Changing Prison Into a Therapeutic Milieu: Evidence From the Israeli National Rehabilitation Center for Prisoners. *The Prison Journal, 90*(2), 179-202.

Goodrum, S., Staton, M., Leukefeld, C., Webster, J.M., & Purvis, R.T. (2003). Perceptions of a Prison-Based Substance Abuse Treatment Program Among Some Staff and Participants. *Journal of offender rehabilitation, 37*(3-4), 27-46.

Gossop, M., Stewart, D., Marsden, J. (2006). Readiness for change and drug use outcomes after treatment. *Addiction*; 102: 301–8

Grant, B.F. (1997). Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. *Journal of Studies on Alcohol* 58:365–371

Grella, G.E., Karno, M.P., Warda, U.S., Moore, A.A. & Niv, N. (2009). Perceptions of Need and Help Received for Substance Dependence*. Psychiatric Services* 60(8), 1068-1074

Hartwell, S.W. (1998). Treatment-Seeking Patterns of Chronic Recidivists. *Qualitative Health Research, 8*(4), 481-494.

Heltberg, T. (2012) *Væk, kære væk, om terapeutisk stofmisbrugsbehandling i fængsler og hvad der kan ske, når forskningsmaterialet ændrer sig undervejs*. Phd. afhandling,Sociologisk Institut, Københavns Universitet.

Hepburn, J.R. (1985). The exercise of power in coercive organizations: a study of prion guards. *Criminology, 23*(1), 145-164.

Hiller, M.L., Narevic E., Webster J.M., Rosen P., Staton M., Leukefeld C., Garrity T.F. & Kayo R. (2006). Problem Severity and Motivation for Treatment in Incarcerated Substance Abusers. *Substance Use & Misuse*, 44:28–41

Heckman, T.G., Somlai, A.M., Kalichman, S.C., Franzoi, S.L. & Kelly, J.A. (1998). Psychosocial differences between urban and rural people living with HIV/AIDS. *Journal of Rural Health*, 14, 138-145.

Hubbard, R.L., Craddock, S.G., Flynn, P.M., Anderson, J., Etheridge, R.M. (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors,* 11(4):261–278

Inciardi, J.A., Martin, S.S., Butzin, C.A. (2004). Five-Year Outcomes of Therapeutic Community Treatment of Drug-Involved Offenders after Release from Prison. In: *Crime & Delinquency*, 50(1), 88-107

Jordan, C.M. & Oei, T.P.S. (1989). Help-seeking behavior in problem drinkers: a review. *British Journal of Addiction,* 84, 979–988

Kinlen, T.J. (2005). Motivation for change and psychopathy as predictors of treatment response and outcome in a therapeutic community for dually diagnosed offenders. *Dissertation Abstracts International. The Sciences and Engineering, vol 65*

Klingemann, H.K. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction, 86*, 727–744

Koester, S., Anderson, K., & Hoffer, L. (1999). Active Heroin Injector's Perceptions and Use of Methadone Maintenance Treatment: Cynical Performance or Self-Prescribed Risk Reduction? *Substance Use & Misuse, 34*(14), 2135-2153.

Kolind, T. (2007). Form or content. The application of user perspectives in treatment research. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 14*(3), 261-277.

Kolind, T., Dahl, H., Nielsen, L., & Frank, V. (2010). *Fængselsbetjentes erfaringer med stofbehandling, narkotikakontrol og indsattes brug af rusmidler i de danske fængsler*. Aarhus: Center for rusmiddelforskning.

Kolind, T., Frank, V. A., & Dahl, H. (2010a). Drug treatment or alleviating the negative consequences of imprisonment? A critical view of prison-based drug treatment in Denmark. *International Journal of Drug Policy, 21*(1), 43-48.

Kothari, G., Marsden, J., & Strang, J. (2002). Opportunities and obstacles for effective treatment of drug misusers in the criminal justice system in England and Wales. *Brit. J. Criminol., 42*, 412-432.

Kriminalforsorgen (2011). Årsberetning for 2011 vedrørende indsatsen mod stofmisbrug i fængslerne. Kriminalforsorgen

Kriminalvården (2008) "Kriminalvårdens särskilda narkotikasatsning 2002-2007. Slutredovisning 2008-03-15" Kriminalvården

Kriminalvården (2007). "Kriminalvårdens Redovisning Om Drogsituationen (KROD) 2006"

Lerch, J., Viglione, J., Eley, E., James-Andrews, S.,Taxman, F.S. (2011). Organizational Readiness in Corrections. *Federal Probation,* 75(1)

Liebling, A., & Arnold, H. (2004). *Prisons and their moral performance. A study of values, quality, and prison life*. Oxford: Oxford University Press.

Lockwood, D., McCorkel, J., & Inciardi, J. A. (1998). Developing Comprehensive Prison-Based Therapeutic Community Treatment for Women. *Drugs & Society, 13*(1-2), 193-212.

Lodahl, L & Pedersen, MU 2007*, Evaluering af indsatsen på fem kontraktafdelinger*, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet.

Longshore, D. (1999). Help-seeking by African American drug users: A prospective analysis. *Addictive Behaviors,* 24(5), 683-686

Longshore, D., & Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence, 81*(2), 179-188.

Mair, G., & Barton, A. (2001). Drugs Throughcare in a Local Prison: a process evaluation. *Drugs: education, prevention and policy, 8*(4), 335-345.

McCartney, D. (2011). LEAP and the Recovery Community in Edinburgh. *Journal of Groups in Addiction & Recovery, 6*(1), 60-75.

McIntosh, J., & Saville, E. (2006). The challenges associated with drug treatment in prison. *Probation Journal, 53*(3), 230-247.

McKeganey, N., Morris, Z., Neale, J., & Robertson, M. (2004). What are dug users looking for when they contact drug services: abstinence or harm reduction. *Drugs: education, prevention and policy, 11*(5), 423-435.

McSweeney, T., Turnbull, P. J., & Hough, M. (2008). *The Treatment and supervision of drug-dependent offenders*. London: Institute for Criminal Policy Research, King's College London.

Melnick, G., De Leon, G., Thomas, G., Kressel, D. & Wexler, H. (2001). Treatment process in prison therapeutic communities: motivation, participation and outcome. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 27: 633–50

Molding, M. M. (2010). *Miraculous metamorphoses. On staff-prisoner relationsips in a Danish prison.* University of Copenhagen, Copenhagen.

Neale, J., & Saville, E. (2004). Comparing Community and Prison-based Drug Treatment. *Drugs: education, prevention and policy, 11*(3), 213-228.

Neale, J., Sheard, L., & Tompkins, C. (2007). Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: A qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2*(1), 31.

Notley, C., Maskrey, V., & Holland, R. (2012). The needs of problematic drug misusers not in structured treatment – a qualitative study of perceived treatment barriers and recommendations for services. *Drugs: Education, Prevention, and Policy, 19*(1), 40-48.

Nylander, P.Å., Bruhn, A., & Lindberg, O. (2008). Säkerhet eller rehabilitering. Om subkulturell differentiering bland kriminalvårdare. *Arbetsmarknad och Arbetsliv, 14*(3), 45-63.

Nylander, P. Å., Lindberg, O. & Bruhn, A. (2011). Emotional labour and emotional strain among Swedish prison officers. *European Journal of Criminology, 8*(6), 469-483.

Oleski et al. (2010), Perceived Need for Care, Help Seeking, and Perceived Barriers to Care for Alcohol Use Disorders in a National Sample. *Psychiatric Services* 61:1223–1231

Pfeiffer, W., Feuerlein, W. & Brenk-Schulte, E. (1991). The motivation of alcohol dependents to undergo treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 29*, 87–95

Pedersen, M.U. (1999). Stofmisbrugere efter døgnbehandling. Aarhus Universitet, Center for Rusmiddelforskning

Pedersen, M.U. & Frederiksen, K.S. (2012a). Alcohol Use Disorder, perceived need for help and barriers toward seeking help: Exploring local differences in a Scandinavian Welfare state. Paper presented at the KBS conference

Pedersen, M.U. & Frederiksen K.S. (2012b, in press). Behandling af unge for deres misbrug af rusmidler: Hvor mange, behov, behandling, stofforbrug efter behandling. Aarhus Universitet, Center for Rusmiddelforskning

Pelissier, B., Motivans, M., Sounds-Bryant, J.L. (2005). Substance abuse treatment outcomes: A multi-site study of male and female prison programs. In: *Journal of Offender Rehabilitation*. 41(2): 57-80

Pelissier, B. & Jones, N. (2006).Differences in motivation, coping style, and self-efficacy among incarcerated male and female drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment* 30(2), 113-120

Piette, J.D. & Moos, R.H. (1996). The influence of distance on ambulatory care use, death, and readmission following a myocardial infarction. *Health Services Research*, 31, 573-591.

Pochaska, J. O., DiClemente, C. C., Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist,* 47:1102–1114

Reisinger, H. S., Schwartz, R. P., Mitchell, S. G., Peterson, J. A., Kelly, S. M., O'Grady, K. E. (2009). Premature Discharge from Methadone Treatment: Patient Perspectives. *Journal of Psychoactive Drugs, 41*(3), 285-296.

Ricketts, T., Bliss, P., Murphy, K., & Brooker, C. (2005). Engagement with drug treatment and testing orders: A qualitative study. *Addiction Research & Theory, 13*(1), 65-78.

Rosen, P., Hiller, M., Webster, J., Staton, M., & Leukefeld, C. (2004). Treatment motivation and therapeutic engagement in prison-based substance use treatment. *Journal of Psychoactive Drugs 36*(3), 287-396.

Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B.J. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services* 58:357–364, 2007

Schmitt, S.K., Phibbs, C.S., Piette, J.D. (2003). The influence of distance on utilization of outpatient mental health aftercare following inpatient substance abuse treatment. *Addictive Behaviors, 28*(6):1183-92

Schober, R. (1996) Barriers to help-seeking for change in drinking: a gender-focused review of the literature

Sexton, R. L., Carlson, R. G., Leukefeld, C. G., & Booth, B. M. (2008). Barriers to Formal Drug Abuse Treatment in the Rural South: A Preliminary Ethnographic Assessment. *Journal of Psychoactive Drugs, 40*(2), 121-129.

Simpson (1984) National treatment system evaluation based on the drug abuse reporting program (DARP)

Simpson, D. D., Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy,* 30:357–368

Simpson, D. D. (2001). Modeling treatment process and outcome. *Addiction 96*, 207-211

Simpson, D. D., Joe,G.W., Broome,K.M. (2002).Anational 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry,* 59:538–544

Simpson, D. D., Joe. G. W., Brown, B. S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors,* 11:294–307

Statskontoret (2003) "Effektivitetsgranskning av kriminalvården", Sverige

Smiley-McDonald, H. M., & Leukefeld, C. G. (2005). Incarcerated Clients' Perceptions of Therapeutic Change in Substance Abuse Treatment: A 4-Year Case Study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49*(5), 574-589.

Smith, S., & Ferguson, N. (2006). Getting Clean in a Drug Rehabilitation Program in Prison. *Journal of offender rehabilitation, 42*(1), 51-74.

Sterling, S., Weisner C., Hinman, A. & Parthasarathy, S. (2010). Access to Treatment for Adolescents With Substance Use and Co-Occurring Disorders: Challenges and Opportunities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(7).637-646

Stewart, D. (2009). Drug use and perceived treatment need among newly sentenced prisoners in England and Wales. *Addiction* 104, 243-247

Stover, H., & Michels, II. (2010). Drug use and opioid substitution treatment for prisoners. *Harm reduction journal, 7*, 17.

Sundhedsministeriet, I.-o. (Ed.). (2010). *Redegørelse fra ekspertpanelet om kokainmisbrug*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Sung, H.E., Belenko, S., & Feng, L. (2001). Treatment compliance in the trajectory of treatment progress among offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*(2), 153-162.

Tsogia, D. et al. (2001). Entering treatment for substance misuse: A review of the literature. *Journal of Mental Health, 10*, 481-499

Tucker, J. (2002) Temporal sepuencing of alcohol-related problems, problem recognition and help-seeking episodes. *Addict Behavior 27*(5):659-74

Tucker, J. A. (2001). Resolvering problems associated with alcohol and drug misuse: understanding relations between addicitive behavior change and the use of services. *Substance use & misuse, 36*(11), 1501-1518

Tucker, J.A. (1995). Predictors of help-seeking and the temporal relationship of help to recovery among treated and untreated recovered problem drinkers. *Addiction, 90*, 805–809

Vandevelde, S., Broekaert, E., Schuyten, G., Van Hove, G. (2005). Intellectual Abilities and Motivation Toward Substance Abuse Treatment in Drug-Involved Offenders: A Pilot Study in the Belgian Criminal Justice System. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49*(3), 277-297

Vandevelde, S., Palmans, V., Broekaert, E., Rousseau, K., & Vanderstraeten, K. (2006). How do drug-involved incarcerated and recently released offenders and correctional treatment staff perceive treatment? A qualitative study on treatment needs and motivation in Belgian prisons. *Psychology, Crime & Law, 12*(3), 287-305

Varney, S.M., Rohsenow, D.J., Dey, A.N., Myers, M.G., Zwick, W.R. & Monti, P.M. (1995). Factors Associated with Help Seeking and Perceived Dependence among Cocaine Users. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(1), pp. 81-91

Velicer, W. F., Norman, G. J., Fava, J., Prochaska, J. O. (1999). Testing 40 predictions from the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors,* 24(4):455–469

Watson, R., Stimpson, A., & Hostick, T. (2004). Prison health care: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies, 41*(2), 119-128.

Weisner, C. (1993). Toward an alcohol treatment entry model: A comparison of problem drinkers in the general population and in treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 17*, 746–752

Wells, J.E., Robins, N., Bushnell, A., Jarosz, D. (1994). Perceived barriers to care in St. Louis (USA) and Christchurch (NZ): reasons for not seeking professional help for psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 29*:155-164

Wexler, H.K. (1995) The success of therapeutic communities for substance abusers in American prisons. In: *Journal of Psychoactive Drugs*. 27(1): 57-66. Review

Wheatley, M. (2008). The prison drug worker. In J. Bennett, Ben Crewe and Azrini Wahidin (Ed.), *Understanding Prison Staff* (pp. 330-348). Devon: Willan.

Wood, A.S. (2008). Health care services for HIV-positive substance abusers in a rural setting: An innovative program. Social Work in Health Care 47 (2), 108-121

Wylie, L. W. J. (2010). Assessing user perceptions of staff training requirements in the substance use workforce: A review of the literature. *Drugs: Education, Prevention, and Policy, 17*(5), 618-631.

Zhang, P, Tao, G. & Anderson, L.A. (2003). Differences in access to health care services among adults in rural America by rural classification categories and age. *Australian Journal of Rural Health*, 11, 64-72.