

Notat vedrørende
indsatsen mod stofmisbrug i fængslerne

1. Indledning

Indsatsen mod stofmisbrug i de danske fængsler afspejler indsatsen mod stofmisbrug i det øvrige samfund, jævnfør regeringens "Kampen mod Narko II". Det vil sige, at regeringens nul-tolerancepolitik overfor narkotika føres sideløbende med en omfattende behandlingsindsats.

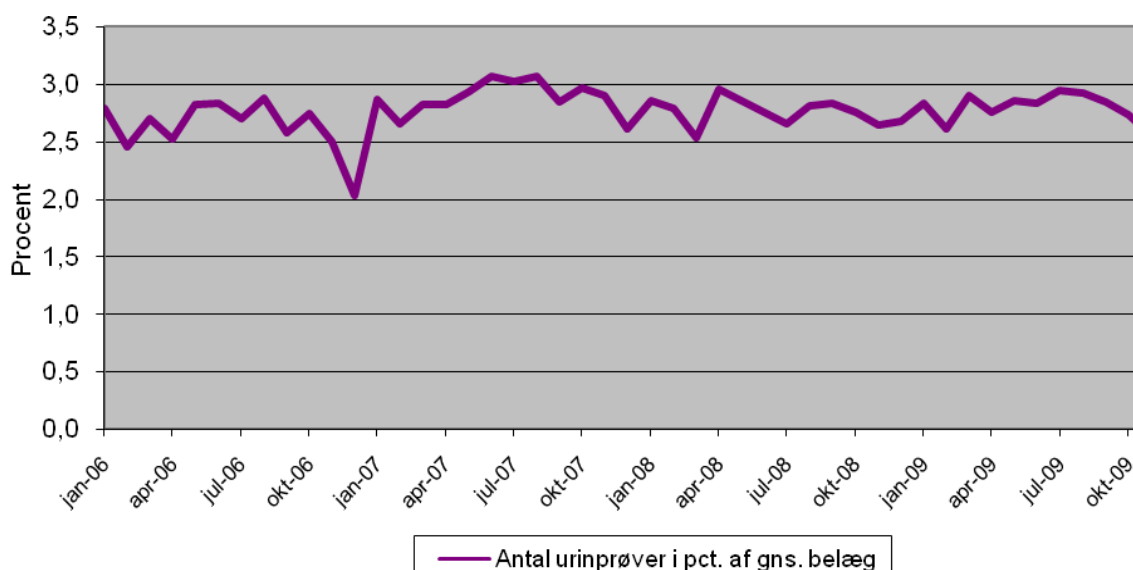
I forbindelse med flerårsaftalen for Kriminalforsorgen for perioden 2004-2007 blev det besluttet, at nul-tolerance politikken over for narkotika også skulle indføres i Kriminalforsorgens institutioner. Hovedelementerne i denne politik er, at indsmugling af narkotika skal vanskeliggøres, at kontrolindsatsen i forhold til de indsatte skal intensiveres (urinprøver), der skal reageres konsekvent på stofmisbrug, og at behandlingsmulighederne for misbrugere skal øges.

2. Omfanget af misbrug

Siden 2004 har det været et krav i forbindelse med nul-tolerance politikken, at der skal gennemføres narkotest på Kriminalforsorgens klienter i et omfang, der svarer til mindst 2 % af det daglige belæg.

I perioden fra juni 2005 til marts 2010 er der i alt registreret 186.283 narkotest, hvilket svarer til gennemsnitligt 3.212 narkotest om måneden eller 106 test om dagen. Figur 1 viser det månedlige antal narkotest sat i forhold til det gennemsnitlige belæg pr måned for alle fængsler og arresthuse i årene 2006 til 2009.

Figur 1: Antal narkotest i procent af det gennemsnitlige månedlige belæg
Alle fængsler og arresthuse, 2006 – 2009



I gennemsnit for hele perioden har andelen været på 2,8 %, mens den på årsbasis fra 2006 til 2009 har været henholdsvis 2,6 %, 2,9 %, 2,8 % og 2,8 %.

2.1 Andel positive narkotests

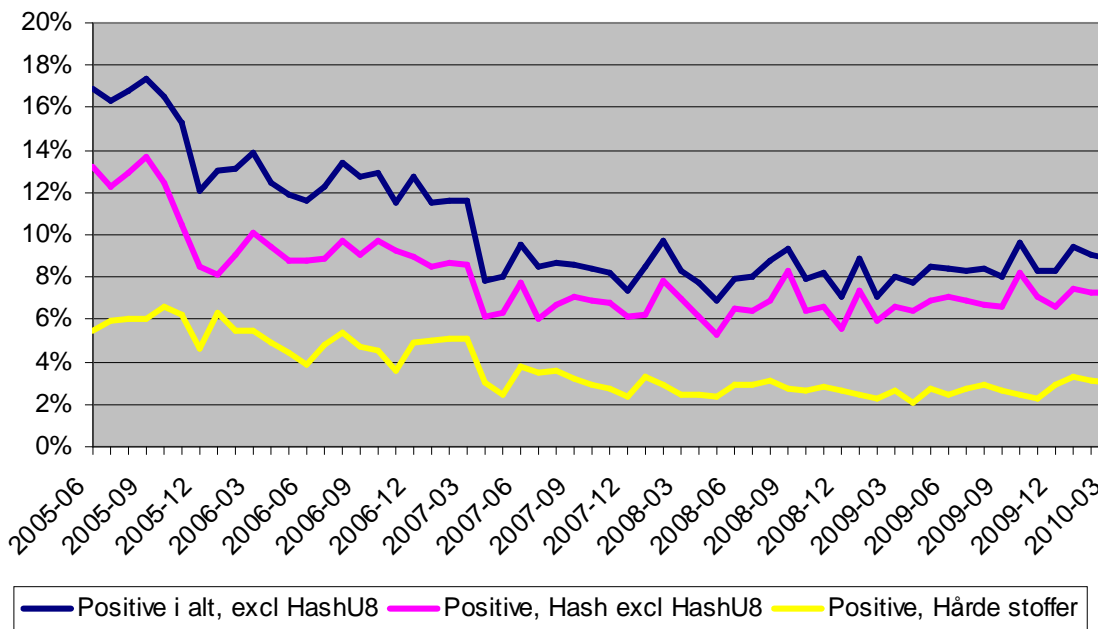
Den testplade der bruges til narkokontrol indeholder test for syv forskellige stoffer, nemlig:

- Hash
- Opiater
- Benzodiazepin
- Kokain
- Metamfetamin
- Amfetamin samt
- Metadon

De testplader der bruges, kan spore kokain og amfetaminer i urinen i en til to dage efter indtagelsen og hash i op til otte uger efter indtagelsen, hvorfor man først efter disse tidsperioder er overskredet kan være sikker på, at stofferne er indtaget i Kriminalforsorgens institutioner. De positive tests, der ligger inden for disse tidsperioder, opgøres ikke som positive, medmindre indsatte undtagelsesvis erkender at have indtaget stofferne i institutionen.

Figur 2 viser, at andelen af positive test har været faldende i perioden fra juni 2005 til juni 2007. Efter juni 2007 har niveauet varieret omkring 8 % positive test. I 2005 var den samlede andel af positive test knap 16 %, og denne andel er altså faldet til godt 8 % i 2008-09. I det første kvartal 2010 synes andelen af positive test at være steget en smule. I 2009 var andelen 8,3 %, mens den i første kvartal 2010 var 9,1 %.

Figur 2: Procent positive prøver i alt, samt for hash og hårde stoffer
 Hele Kriminalforsorgen, juni 2005 – marts 2010



Opdeler man, som i figur 2, den samlede andel af positive urinprøver i prøver positive for hash og prøver positive for hårde stoffer, ses det, at udviklingen for de to stof typer er ganske parallel over tid. Andelen af test positive for hash har siden slutningen af 2007 ligget rimeligt konstant på omkring 6-8 % og andelen positive for hårde stoffer på omkring 3 %.

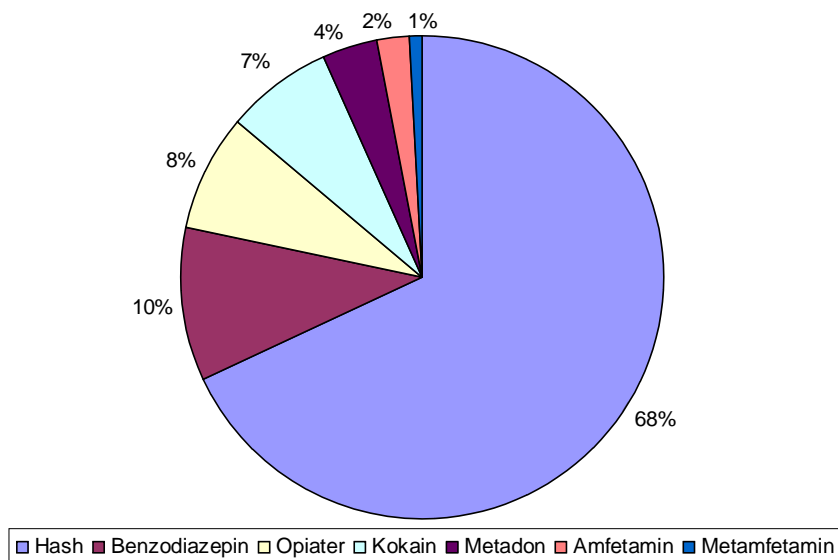
Af figur 2 kan det også ses, at der ikke er nogen umiddelbar 'substitutionseffekt'. Der er altså ingen tendens til, at andelen af test positive for hårde stoffer stiger, som konsekvens af at klienterne i større omfang erstatter hash med hårde stoffer.

Bekymringen for en substitutionseffekt bunder bl.a. i det forhold, at sandsynligheden for at blive testet positiv for hårde stoffer er mindre end sandsynligheden for at blive testet positiv for hash, på grund af den længere såkaldte halveringstid for hash (den tid, det tager fra indtagelse af et givent stof, til man ikke længere kan spore det ved en test). De indsatte skulle derfor være tilbøjelige til at erstatte brug af hash med brug af hårde stoffer for at minimere risikoen for at blive testet positiv. Selv om substitution kan ske i enkelte tilfælde, er der altså ikke statistisk belæg for, at det sker i et større omfang.

2.2 Udviklingen for de enkelte stoftyper

Langt størstedelen af de positive test er positive for hash. I 2009, hvor 8,2 % af de opgjorte test var positive, udgjorde hash 68 % af disse positive test.

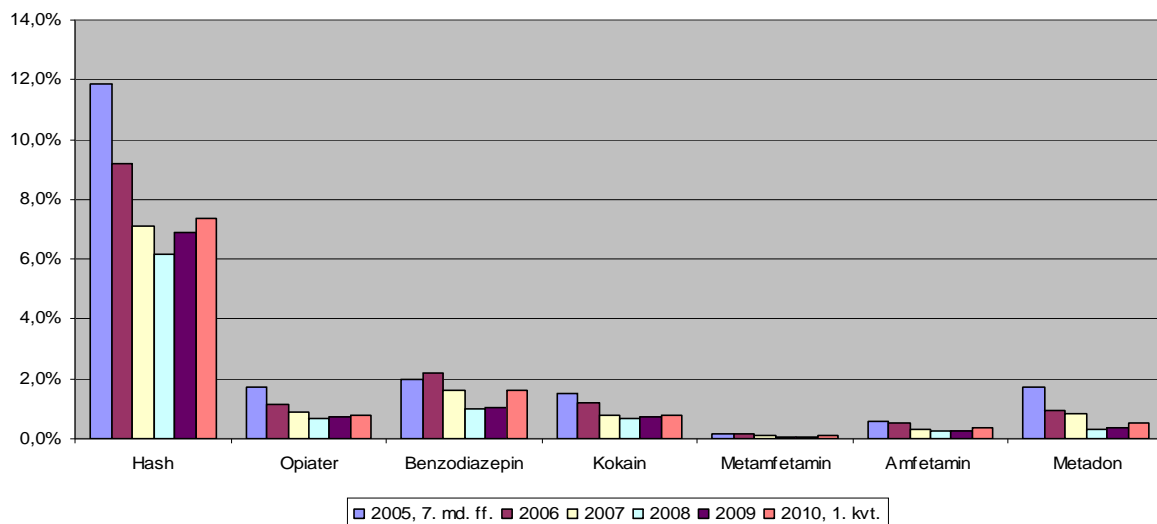
Figur 3: Positive prøver fordelt på stoftype, Hele Kriminalforsorgen, 2009



Generelt kan det siges, at hash, benzodiazepin, opiatere og metadon, der tilsammen udgør 90 % af alle de positive test i 2009, kan karakteriseres som 'downers', altså sløvende stoffer, mens kokain, amfetamin og metamfetamin, der udgør de sidste 10 % af de positive test, kan karakteriseres som 'uppers', eller stimulerende stoffer.

Af figur 4 kan det ses, at der siden 2005 og frem til 2009 har været et fald i andelen af positive test for alle de stoffer der testes for. Kun for benzodiazepin har der, fra 2005 til 2006, været en stigning.

Figur 4: Procent positive prøver fordelt på stoftype Hele Kriminalforsorgen, juni 2005 – marts 2010

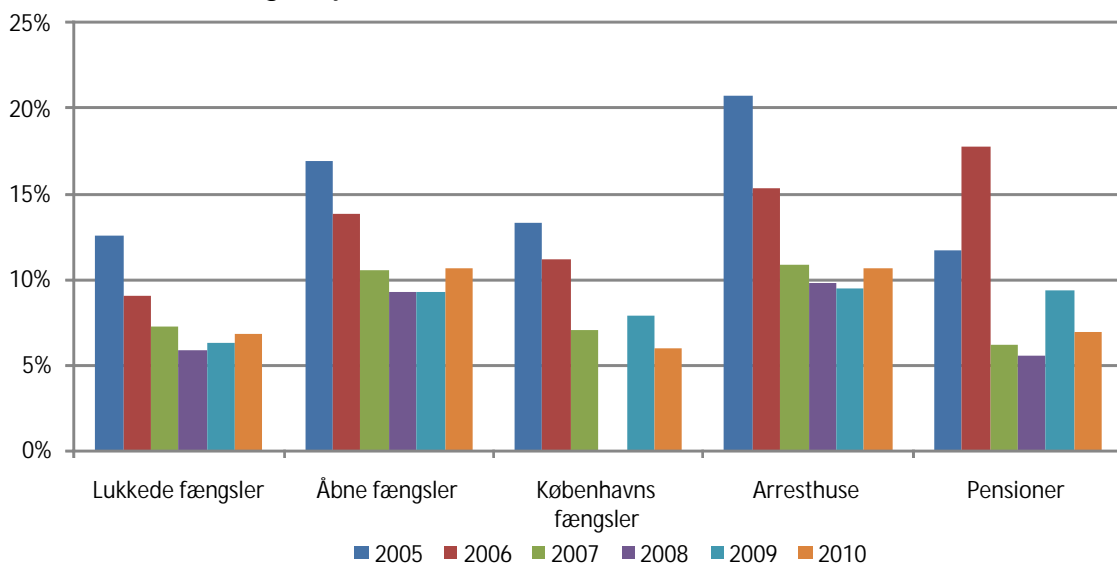


2.3 Udviklingen for de enkelte institutionstyper

Ser man generelt på andelen af positive test for de enkelte institutionstyper kan det siges, at der konstateres flest positive test i arresthusene og i de åbne fængsler. Fra 2008 og frem har andelen her ligget på omkring 10 %. I de lukkede fængsler er andelen omkring 6 %, i Københavns fængsler også knap 6 % og i pensionerne knap 8 %. I Københavns fængsler og pensionerne varierer andelen af positive test dog betydeligt fra år til år.

For alle institutionstyper ses et væsentligt fald i andelen af positive test fra 2005 til 2007 og herefter for åbne og lukkede fængsler samt arresthusene en mindre stigning fra 2007 frem til 2010. Stigningen er lille og i flere tilfælde insignifikant, men da den er rimelig konsekvent for de fleste institutionstyper, kan der ikke ses helt bort fra den.

Figur 5: Procent positive prøver fordelt på institutionstype
Hele Kriminalforsorgen, juni 2005 – marts 2010*



* Data for Københavns fængsler i 2008 er ikke tilgængelige.

3. Behandlingsgaranti i snart fire år

I 2002 blev der indført behandlingsgaranti for stofmisbrugere i Danmark. Loven gjaldt imidlertid ikke for indsatte i Kriminalforsorgens institutioner. Der blev i de følgende år arbejdet hen imod, at også Kriminalforsorgens indsatte kunne blive omfattet af en sådan garanti, bl.a. qua finansiering via diverse satspuljeforlig samt flerårsaftalen for 2004-2007.

Det er på denne baggrund, at Kriminalforsorgen indenfor en periode på bare godt 10 år er gået fra at være så godt som uden behandlingstilbud til i dag at være en af landet største enkeltudbydere af behandling.

Behandlingsgarantien i fængslerne trådte i kraft den 1. januar 2007. Den er forankret i straf-fuldbyrdsloven og svarer stort set til behandlingsgarantien i serviceloven (dog er der ikke frit institutionsvalg af indlysende fængsels-specifikke grunde).

Hovedelementet i garantien er den såkaldte 14-dages regel, som betyder, at Kriminalforsorgen så vidt muligt skal have afklaret behandlingsbehovet, foretaget en visitation og iværksat behandlingen inden udløbet af 14 dage fra den dag, den indsatte har udtrykt ønske om at komme i behandling. Den indsatte skal have 3 måneders forventet reel afsoning foran sig på ansøgningstidspunktet og skal i øvrigt af personalet være erklæret egnet til og motiveret for behandling. Behandlingsgarantien gælder ikke for varetægtsarrestanter. Det betyder dog ikke, at varetægtsarrestanter og afsonere med kortere domme ikke tilbydes behandling, men blot at de ikke er omfattet af garantien.

Det har fra starten været intentionen, at alle skal kunne tilbydes behandling, uanset status som korttidsindsat eller varetægtsarrestant. Derfor er alle, der har ønsket behandling, blevet vurderet i relation til egnethed og motivation. For så vidt angår de korttidsindsatte er der i vidt omfang blevet iværksat en behandling, som har kunnet fortsættes i kommunalt (eller privat) regi efter løsladelse. For varetægtsarrestanter består behandlingen af arresthusprojekterne, som tager sigte mod at forberede de indsatte på at indgå i et egentligt behandlingsforløb efter domsafsigelse, hvad enten behandlingen skal gives i frihed eller under afsoning.

De første år efter indførelsen af garantien har Kriminalforsorgen opfyldt garantien i knap ni ud af ti tilfælde, og i en meget stor del af de tilfælde, hvor fristen på 14 dage er blevet overskredet, er behandlingen blevet iværksat ganske kort tid efter. I den samme periode er flere tusind indsatte kommet i kortere eller længere behandlingsforløb.

I 2010 er udviklingen nogenlunde den samme som de foregående år. Resultatet for første halvår viser, at overholdelsesprocenten ligger mellem 86 og 92 %. Den eksakte procentvise overholdelse er det ikke muligt at oplyse, da der er tvivl om et mindre antal sager, hvor det vil være nødvendigt at skaffe supplerende oplysninger fra institutionerne.

4. Hvad viser resultaterne

Der er ikke ført konsekvent statistik over udviklingen i antallet af årlige behandlingsforløb før de seneste år. Kriminalforsorgens vurdering er, at der i 1998 og 1999 i alt blev påbegyndt omkring 40 behandlingsforløb, hvoraf 25 blev afsluttet planmæssigt.

Til sammenligning påbegyndtes i alt 2200 behandlingsforløb i perioden 1. september – 31. august 2009 (hvoraf 150 forløb var for alkoholmisbrugere). Heraf er 1300 enten fortsat i gang med eller har gennemført den planlagte behandling. Omkring 250 er blevet ekskluderet fra behandlingen p.g.a. fortsat stofindtagelse, manglende motivation, et behandlingsmæssigt skøn eller lignende. Færre end 100 har forladt behandlingen efter eget ønske.

Der er beklageligvis en mangelfuld registreringspraksis i en del af Kriminalforsorgens institutioner, som bevirker, at en betragtelig del af de forløb, som afsluttes planmæssigt, ikke afsluttes korrekt i det elektroniske klientsystem. Dette er tilfældet i omkring 20- 25 % af sagerne. Med henblik på at sikre datakvaliteten fremover vil Kriminalforsorgens institutioner blive orienteret om de sager, hvor der ikke er udført korrekt og tilstrækkelig registrering. I øvrigt vil det blive indskærpet overfor institutionerne, at de skal styrke deres registreringspraksis.

Udbyttet af behandlingen på kort sigt må siges at være høj. De behandlingsforløb, hvor målet er stoffrihed, og som er afsluttet planmæssigt, er med sikkerhed mundet ud i, at den indsatte var stoffri ved behandlingens afslutning.

Det dokumenterede antal sager, der er afsluttet planmæssigt er 1300 forløb ud af de i alt 2000 gennemførte forløb. Ud over de 1300 dokumenterede forløb er et endnu ukendt antal forløb desuden afsluttet planmæssigt.

Et højt antal behandlingsforløb er således mundet ud i stoffrihed, og de indsatte har desuden udviklet redskaber til at holde sig stoffri (såkaldt tilbagefaldsforebyggende værktøjer). Herudover er det vigtigt at understrege, at det ikke er en falliterklæring at forlade en behandling. Forskning viser, at der ofte skal mange behandlinger til, før det virker. Den behandling man får er ikke spildt og kan være medvirkende til, at det lykkes næste gang. Tilsvarende gælder for tobaks- og alkoholafvænnning.

Det er ikke muligt for tiden at registrere, hvorvidt de indsatte, som har gennemført behandlingen *forbliver* stoffri 1, 2, 3 eller 5 år senere.

Til gengæld ved vi, at den behandling, Kriminalforsorgen tilbyder har en *generelt* høj kvalitet jævnfør afsnit 6. om akkreditering.

Siden implementeringen af behandlingsgarantien har fokus været rettet mod selve etableringen af behandlingstilbuddene samt det at få indsatte motiveret til at indgå i behandlingen. Herudover er der blevet udviklet og etableret et it-understøttet registreringsværktøj (rusmiddelmodulet), ligesom der er blevet arbejdet intensivt med uddannelse af brugerne til systemet og med at sikre en høj datakvalitet i arbejdet. Endelig er kvalitetssikringen ved akkrediteringsarbejdet blevet prioriteret meget højt.

Arbejdet med at sikre et godt datagrundlag er afgørende for, at behandlingsindsatsen nu kan belyses nærmere, og udbyttet af behandlingen kan dokumenteres. Undersøgelserne af behandlingsindsatsen skal – for at give et validt resultat – løbe over nogle år, og det forventes derfor, at de første resultater af behandlingsudbyttet vil foreligge i 2012.

5. National strategi

Før 1997 var der ingen misbrugsbehandling i Kriminalforsorgens institutioner. Et fåtal kunne få behandling i institutioner uden for fængslerne jævnfør straffuldbyrdelseslovens § 78 (tidligere straffelovens § 49, stk. 2), men den langt overvejende population af indsatte var afskåret fra behandling. I dag er det ikke et spørgsmål, *om* man kan tilbydes behandling, men snarere *hvilken* behandling man skal tilbydes.

Den nationale strategi for stofbehandling for Kriminalforsorgens klientel baserer sig på et af hovedprincipperne for hele Kriminalforsorgens virksomhed: *normaliseringsprincippet*, som tilsiger, at forholdene i fængslerne skal ligne det øvrige samfund mest muligt i alle forhold, og at de indsatte så vidt det er muligt skal have adgang til de samme tilbud som i det øvrige samfund.

Konkret betyder det, at Kriminalforsorgens klientel i videst muligt omfang skal benytte det øvrige samfunds misbrugsbehandlingstilbud. For løsladte klienter og betinget dømte gælder det, at de på linje med ustraffede personer kan søge behandling via opholdskommunen, og for indsatte er udgangspunktet, at der finder en overførsel sted fra fængslet til en egnet behand-

lingsinstitution. En sådan overførsel kræver, at den indsatte ikke er flugttuet, ikke kan betegnes som værende farlig, eller at retsfølelsen ikke stødes i øvrigt.

Siden 1997 er der gradvis opbygget behandlingstilbud i fængslerne møntet på dem, som ikke kan overføres til behandling udenfor fængslet. Den nationale strategi har endvidere bygget på den såkaldte *import-model*, altså en model hvor private og offentlige behandlingsinstitutioner udenfor Kriminalforsorgens regi tilbyder behandling i fængslerne i et tæt samarbejde med Kriminalforsorgens eget personale.

Målgruppen for importmodellen er således den gruppe af **indsatte, som ikke kan benytte det øvrige samfunds tilbud.**

5.1 Flere typer behandling

Med henblik på at sikre behandling til denne gruppe er normaliseringsprincippet også i fokus. Som et spejl på det øvrige samfunds behandlingstilbud har en udvalgt række behandlingsinstitutioner, som repræsenterer forskellige metoder indenfor stofmisbrugsbehandling, etableret behandling på de fleste fængsler i landet.

I 1993 blev der etableret et antal såkaldte kontraktafdelinger, hvis formål var at tilbyde en stoffri afsoning under frivillig skærpet kontrol. Der foregik som udgangspunkt ikke egentlig behandling, men der blev arbejdet med at motivere de indsatte til at søge behandling i forbindelse med løsladelsen.

Som nævnt blev det første rigtige behandlingstilbud etableret i 1997 under relativ stor bevågenhed fra medier og eksperter. Mange stillede spørgsmålstegn ved, hvordan det ville fungere, når behandling og straf skulle gå hånd i hånd. Det var på dette tidspunkt, at importmodellen blev indført, og Kriminalforsorgen indledte et samarbejde med den private behandlingsinstitution Kongens Ø om en særlig behandlingsafdeling i Statsfængslet i Vridsløselille. At dømme efter efterspørgslen var det en ubetinget succes, og efter kun ét år måtte behandlingskapaciteten udvides fra 18 til 30 pladser (i dag 24).

Med flerårsaftalen 1999-2003 blev der etableret tilsvarende behandlingstilbud i Statsfængslet i Jyderup og Statsfængslet Midtjylland med andre eksterne samarbejdspartnere, og med finansiering af satspuljeaftalen i 2003 (gældende fra 2004) blev der etableret yderligere behandlingsafdelinger i 4 fængsler.

Med satspuljeaftalen i 2006 gik det for alvor stærkt med udbygningen af det samlede behandlingstilbud. Behandlingstilbuddet blev blandt andet udvidet til at omfatte dagbehandling i lighed med behandlingspraksis i det øvrige samfund.

I satspuljeaftalerne de følgende år er det samlede behandlingstilbud blevet suppleret med ”hjørner”, som var vanskelige at forudse, herunder behandling af særlige målgrupper.

Samlet set er der fra 1997 til i dag sket udvidelser i kapaciteten fra 18 til knap 250 pladser på egentlige behandlingsafdelinger. Dertil kommer kontraktafdelingspladserne og et skiftende antal indsatte, som er i dagbehandling.

Alt i alt er der anslået 550 personer ud af 4000 indsatte i gang i et af Kriminalforsorgens behandlingstilbud primo oktober 2010 svarende til, at 15 % af alle indsatte pt. er i gang med et behandlingsforløb.

5.2 Konkrete behandlingstyper

Der er tale om flere typer af behandlingstilbud i fængslerne:

- Der er **motivations- og forbehandlingsprojekter** i arresthuse i hele landet. Disse er helt overvejende baseret på de stedlige kommuners misbrugscentre, og formålet er, at forberede varetægtsarrestanterne på den behandling, de kan få i fængslerne ved afsoning eller efter løsladelse fra varetægtsfængsling. Motivations- og forbehandlingsprojekter er ikke en del af behandlingsgarantien.
- Der er en pendant til den traditionelle døgnbehandling, som langt overvejende retter sig mod total stoffrihed, i de såkaldte **behandlingsafdelinger** (i modsætning til fællesskabsafdelinger, som er navnet på de afdelinger, hvor indsatte almindeligvis placeres, hvis de ikke har særlige behov, er særligt svage eller negativt stærke). Behandlingsafdelingerne er som udgangspunkt helt isoleret fra det øvrige fængselsmiljø og defineres dermed som døgnbehandling, idet de indsatte hele tiden befinder sig i et terapeutisk behandlingsmiljø. Disse tilbud er også udvalgt efter normaliseringsprincippet, idet der er indgået kontrakter med en vifte af de behandlingsinstitutioner, som kommunerne typisk anvender enterprisepuljemidler til, når deres borgere skal placeres i døgnbehandling. Sådanne afdelinger findes i dag i næsten alle fængsler.

Kun én behandlingsafdeling, "Mælkebøtten" på Statsfængslet Midtjylland", har ikke et primært mål om total stoffrihed, idet der her er tale om en målgruppe af indsatte, som har behov for en særlig støtte i forbindelse med en medicinsk understøttet behandling (substitutionsbehandling).

- Der er en **efterbehandlingsafdeling** i et enkelt fængsel til indsatte, som har længere domme, og som har gennemført primærbehandlingen. Primærbehandling kan sjældent stå alene, og indsatte, som har gennemført en sådan behandling, har almindeligvis behov for efterbehandling i et miljø, hvor man gradvis giver den indsatte mere ansvar, og hvor frihedsgraden øges. Efterbehandlingen har stor fokus på uddannelse / beskæftigelse og udslusning og sker også efter importmodellen.
- Der er tilbud om psykosocial **støtte i forbindelse med substitutionsbehandling** (medicinsk behandling med metadon/subotex) på tværs af de eksisterende afdelinger i alle fængsler. En del indsatte er i substitutionsbehandling, men medicinsk behandling bør ikke stå alene og følges derfor op af støttende samtaler.
- Der er lignende projekter, som tilbyder behandling mod **hashmisbrug** i alle fængslerne. Både hash- og substitutionsprojekterne tilbydes som dagbehandling (ambulant behandling), hvor de indsatte er placeret på fællesskabsafdelinger og i dagtimerne deltager i behandling i kortere eller længere tid som supplement til eller i stedet for egentlig undervisning/anden beskæftigelse. Disse tilbud er ligeledes baseret på importmodellen, og der anvendes både kommunale og private aktører til opgaven. Hash- og substitutionsprojekterne er primærbehandling, men er mindre intensive tilbud end den behandling, som foregår i de særlige og dertil indrettede behandlingsafdelinger.

- Der er **kontraktafdelinger** på få udvalgte fængsler. Der er tale om afdelinger, som ikke er baseret på importmodellen, men hvor den daglige kontakt med de indsatte alene sker via fængslets eget personale. Formålet er ikke nødvendigvis permanent stoffrihed, men i højere grad en afsoning, hvor man kan holde sig helt fri af stoffer og dermed skabe motivation for at søge behandling efter løsladelsen.
- Der er **særlige afdelinger**, hvor der som udgangspunkt ingen behandling finder sted, men hvor indsatte, som ikke ønsker at afsones sammen med misbrugere kan sikres en stoffri afsoning. Forskellen på en sådan afdeling og en kontraktafdeling er primært, at målgruppen for de stoffri afdelinger ikke er misbrugere. På nogle af disse afdelinger kan dog tilbydes plads til færdigbehandlede stofmisbrugere. Der tilbydes i begrænset omfang efterbehandling.
- Kriminalforsorgen råder desuden over otte 8 udslusningspensioner, hvoraf én tilbyder efterbehandling til misbrugere ved Kriminalforsorgens eget personale.

6. Akkreditering

Alle tilbud om intensiv behandling er i løbet af de sidste 5 år blevet kvalitetssikret via en omfattende akkrediteringsproces. Sideløbende med dette er der sket en kvalitetsudvikling af den registrering, der finder sted.

Akkrediteringen er en kvalitetssikring af tilbuddene og udføres af et eksternt ekspertpanel. Panelet vurderer behandlingsprogrammerne efter en række relevante kriterier, som hver i sær skal "bestås". Der er blandt andet tale om, at institutionerne skal kunne redegøre for, at der er evidens for behandlingsmetoden, at behandlingspersonalet rent faktisk er uddannet til formålet, at de har en hensigtsmæssig dokumentationspraksis m.m.

Behandlingsinstitutionerne bliver vurderet på et formuleret skriftligt materiale, som de forsværer mundtligt overfor panelet. Udover at fungere som kontrol- og kvalitetsinstans, yder panelet vejledning til institutionerne, og ofte bliver man ikke fuldt akkrediteret i første forsøg, men må arbejde på at forbedre enkelte områder, før en ny akkreditering tager endelig stilling. Således kan en enkelt akkrediteringsproces i nogle tilfælde tage mellem et og to år.

Akkrediteringspanelet har i perioden vurderet to af vore samarbejdspartnere til ikke at leve op til kriterierne, hvilket har medført at Kriminalforsorgen efterfølgende har opsagt samarbejdet med de pågældende. Panelet har ingen kompetence i den forbindelse men fungerer alene som rådgivere for direktoratet.

7. Narkotikabekæmpelse på det sikkerhedsmæssige område.

Personalet i Kriminalforsorgens institutioner udgør et af de vigtigste elementer i bekæmpelsen af narkotika. Det tjenestegørende personale gennemfører dagligt undersøgelser af indsatte både på deres person og i deres opholdsrum. Dette sker både som led i de daglige rutiner og efter konkret mistanke rettet mod en eller flere indsatte. Dette er en del af det sikkerhedsmæssige arbejde og dermed en del af den dynamiske sikkerhed. Da bekæmpelse af narkotika er et stort og vanskeligt problem, kan det ikke løses alene ved personalets foranstaltninger, men må nødvendigvis løbende suppleres med yderligere tiltag, jfr. nedenfor.

7.1 Forbedringer af den fysiske sikkerhed

Der er iværksat en række tiltag med henblik på at forstærke den fysiske sikkerhed i fængsler og arresthuse. Det drejer sig blandt andet om forbedring af den fysiske sikring af kriminalforsorgens institutioner med henblik på at vanskeliggøre indkastning af narkotika mv., etablering af skærpet adgangskontrol blandt andet ved hjælp af metaldetektorkarme og bagagescannere, forøgelse af antallet af narkotikahunde mv.

7.2 Skærpede reaktioner på stofmisbrug

Der er desuden gennemført en række lovændringer, som blandt andet betyder, at besiddelse af euforiserende stoffer skal straffes med mindst en bøde, ligesom der er blevet indført mulighed for at foretage rutinemæssig urinprøvekontrol af indsatte med henblik på at undersøge for misbrug af euforiserende stoffer eller anabolske steroider.

I forbindelse med en intensivering af kontrollen med misbrug af anabolske steroider blev det besluttet, at alle løse vægte på mere end 30 kilo skulle fjernes fra træningslokalerne. Endelig er indsattes mulighed for udlevering af egne effekter, fx tv-apparater mv., i de lukkede fængsler begrænset. Der er tale om effekter, som dels er vanskelige at gennemsnøge for narkotika og dels kan anvendes som betaling for narkotika. Der er i stedet etableret lejeordninger.

7.3 Narkotikahunde

I 2009 var der 9 godkendte hunde, idet to hunde var under oplæring. Samme år aflagde narkotikahundekorpset 983 besøg i Kriminalforsorgens institutioner.

Kriminalforsorgen samarbejder med politiet på narkotikahundeområdet, ligesom man erfaringsudveksler med Kriminalforsorgen i de andre nordiske lande.

I 2008 konstaterede man en markant stigning i mængden af fund af hash. I 2009 var der et fald i forhold til fund af hash, kokain, heroin og anabolske steroider, men en stigning i amfetamin, ecstasy og piller. Årsagen til dette fald i fund af hash er vanskeligt at belyse. Det kan være begrundet i den præventive indsats og/eller en ændring i sammensætningen af de indsatte.

I 2009 blev der fundet 7.068,2 gram hash. Hashen blev fortrinsvis – godt 5 af de 7 kg - fundet i de åbne fængsler. Hash i de åbne fængsler findes ofte nedgravet på de store områder, som omgiver fængslerne, og som der er relativ uhindret adgang til – både for uvedkommende, som skal aflevere stofferne og for indsatte, som skal afhente dem. Denne måde at skjule og opbevare stofferne, forudsætter narkotikahundes assistance.

8 Konklusion

Kriminalforsorgen har opfyldt behandlingsgarantiens 14-dages regel i de første 3 år med knap 90 % - et niveau, som ser ud til at være uforandret i 2010. Dertil kommer, at en meget stor del af de, som ikke fik tilbudt behandling indenfor 14 dage, fik tilbuddet indenfor 1-14 dage efter.

Godt 2000 behandlingsforløb er blevet iværksat fra 1. september til 31. august i år, og 1300 er enten fortsat i gang eller er afsluttet planmæssigt. Antallet af planmæssigt afsluttede forløb er helt sikkert større, men en mangelfuld registreringspraksis i institutionerne gør, at ganske mange velafsluttede forløb ikke figurerer som sådan. Institutionerne bliver fremadrettet indskærpet at styrke deres registreringspraksis.