

Fra 'forsøg' til forankring

I reglen undslipper socialfaglige forsøgsprojekter sjældent en skæbne som døgnflue – men vi kan lære af undtagelserne.

AF DORRIT PEDERSEN

Denne artikel ser nærmere på nogle af de udfordringer, som følger med, når et nyt behandlingskoncept skal indføres. Jeg tager afsæt i erfaringerne fra hash- og kokainprojektet, som havde til opgave at udvikle og implementere en evidensbaseret behandlingsmetode i Københavns Kommunes modtageenheder. Projektets ene mål var at udvikle en effektiv metode til at behandle hash- og kokainmisbrug hos en relativ ny målgruppe inden for misbrugsbehandlingen. Det andet formål var at implementere og forankre projektets metoder i den hidtidige praksis.

Uanset at temaerne er groet ud af de udfordringer, som dette konkrete projekt mødte, så skønnes erfaringerne at have almen interesse og at kunne inspirere til en bredere diskussion om, hvordan man kan indføre nye metoder i misbrugsbehandlingen.

At 'nå' målgruppen

Misbrugsbehandlingen har igennem en årrække stået over for at skulle forholde sig til en ny målgruppe, som i højere grad er socialt integreret end den gruppe af 'kroniske', afhængige opiatmisbrugere, som har domineret behandlingsområdet gennem en årrække.

Opgaven har været at udvikle tilbud og metoder, som imødekommer den nye målgruppes problemstillinger, og som målgruppen kan finde attraktive, troværdige og relevante. Derudover skal den nye målgruppe kunne se en 'misbruger-rollemodel', som de kan opleve et kulturelt identitetsfællesskab med, og som kan gøre det legitimt for dem at henvende sig om behandling. Erfaringen er, at mange holder sig tilbage fra at søge behandling, fordi de ikke identificerer sig med det klassiske billede af en stofmisbruger og med de behandlingsmetoder, som de forbinder med dette billede.

Én ting er at udvikle og anvende metoder, der har en 'dokumenteret effekt'. Noget andet er, at brugerne skal kunne se sig selv i behandlingstilbuddet, og at det at søge behandling for et misbrugsproblem normaliseres, dvs. at det bliver lige så legitimt at søge behandling for et misbrug som at søge hjælp for andre livsproblemer. Og endelig er der en opgave i at opruste misbrugsbehandlingens professionelle image i offentligheden.

I hash- og kokainprojektets indledende fase stødte man ind i netop den afgørende barriere, at man havde svært ved at rekruttere brugere til projektets gruppetilbud. Der blev visiteret for få deltagere til grupperne. Der var stor usikkerhed i behandlingssystemet over for, hvordan man skulle komme i kontakt med de nye brugergrupper: *'Vi går jo ikke ud på gader og stræder og henter brugerne ind'*, som én af medarbejderne fra modtageenhederne formulerede det.

Projektteamet besluttede at bryde med den hidtidige tilbageholdenhed og gå nye veje for at komme i kontakt med målgruppen. Man iværksatte en informationskampagne, hvis mål var at 'brande' projektet i offentligheden og aftabusere det at søge behandling. Kampagnens hovedbudskab var, at

mennesker uden for det 'traditionelle' misbrugsmiljø - folk, der var i arbejde eller under uddannelse - også kunne have problemer med et hash- eller kokainmisbrug, som de ikke selv kunne håndtere. Man lancerede begrebet 'weekendnarkomaner'. Gruppebehandlingen var et tilbud netop til dem. Den nye åbenhed gav resultater. Det lykkedes at få kontakt med flere fra målgruppen – at få brudt 'informationsbarrieren' i forhold til misbrugere uden for det traditionelle misbrugsmiljø. Der var en støt stigende rekruttering til gruppebehandlingen igennem projektperioden.

Fra metodepluralitet til fælles koncept

Misbrugsbehandlingen har – som det er dokumenteret i Danris-rapporterne - fået et kompetencemæssigt løft igennem det sidste årti. Helt konkret har flere og flere behandlere gennemgået diplomgivende efteruddannelse inden for forskellige terapeutiske retninger, og ansættelsesancienniteten på behandlingsinstitutionerne er øget i samme periode. Alt i alt har dette betydet en kompetencemæssig konsolidering og professionalisering af misbrugsbehandlingen. Imidlertid vil de behandlingsprofessionelle på en institution typisk have diplomer inden for forskellige terapeutiske retninger (af behandlingshistoriske årsager), og den behandling, der udbydes, vil typisk være inspireret af forskellige terapeutiske metoder og erfaringsbaseret viden.

Hash- og kokainprojektet fik til opgave at udvikle og forankre et behandlingskoncept, der bygger på evidensbaserede metoder, og som kunne tilbydes hash- og kokainmisbrugere i grupperegi på modtageenhederne.

Modtagerenhederne var relativt nye enheder. Medarbejderne havde varierende indsigt i og kompetencer inden for forskellige behandlingsmetoder (kognitive, systemiske, løsningsfokuserede og narrative tilgange var de dominerende). Man arbejdede overvejende ud fra en metodepluralistisk tilgang, og behandlingen var helt overvejende baseret på individuelle samtaleforløb. Det var denne kontekst, som det nye behandlingskoncept skulle introduceres og forankres i.

Ledelsen og den brede kreds af medarbejdere forholdt sig i starten afventende over for projektet - en attitude, som også var et forsvar mod projektet, som man oplevede som en udtalt kritik af gældende praksis. Man var utryk ved, hvad det nye projekt kunne bringe med sig. Flere medarbejdere havde modstand mod at skulle tilpasse sig et 'nyt' fast koncept - eller nærmere: mod at skulle ændre egen tilvante behandlingstilgang. Dertil kom, at kun få af modtageenhedernes medarbejdere havde erfaringer med at arbejde med grupper i behandlingsmæssigt regi. Der var en almindelig usikkerhed over for at skulle stille op som gruppeleder og fungere som behandler i et 'offentligt rum'.

Projektteamet tog udfordringen op. Der blev afholdt dialogmøder med samtlige modtageenheder og andre involverede, hvor alle kunne fremkomme med deres ønsker til samarbejdet og til det arbejdskatalog, der blev udarbejdet sideløbende med udviklingsarbejdet.

Sammenhæng med egen praksis

Et afgørende gennembrud for projektets accept på modtageenhederne blev imidlertid en workshop, som projektteamet afholdt for alle medarbejdere og ledere på modtageenhederne, hvor behandlingskonceptet blev præsenteret på en konkret og jordnær måde, som medarbejderne kunne forbinde med deres egen tilgang og praksis i hverdagen. Én af områdecheferne understregede

betydningen af workshoppen som noget, der afmonterede medarbejdernes indledende reservation over for projektet: *'Det var et stort fremskridt med den indledende workshop, hvor vi kunne få alle medarbejdere med. Det gav rigtig meget og fik sat et positivt fokus på projektet.'*

Gruppebehandlingen og metoderne blev 'afdramatiseret'. Workshoppen betød, at medarbejderne kunne nikke genkendende til metoderne, og der blev skabt en oplevelse af, at modtageenhederne og projektteamet havde *et fælles projekt*.

Det fælles behandlingskoncept blev ikke længere anset som en trussel mod den behandlingstradition, der var oparbejdet, men som noget, der kunne give et positivt bidrag. Det betød også, at man tog positivt imod de efterfølgende tilbud om undervisning og det arbejdskatalog, der blev udarbejdet som en slags manual for det udviklede koncept. Man gav udtryk for, at arbejdskataloget var en *'god gave'* til behandlingen, og at *'det er en fin måde at blive præsenteret for de muligheder, der ligger i den kognitive metode.'* Endelig kunne man se fordelene ved at arbejde ud fra et fælles projekt, at det åbnede op for en gensidig sparring om behandlingsmetodik som alternativ til en mere individualiseret arbejdsform.

Det var imidlertid ikke alle medarbejdere, der så disse fordele. Nogle medarbejdere med høj anciennitet og høj faglig selvbevidsthed fastholdt en skepsis over for det nye koncept. De mente ikke, at konceptet kunne tilføre deres egen behandlingsfaglige tilgang noget kvalitativt bedre. Implementeringen af et fælles, kognitivt baseret behandlingskoncept blev kritiseret for, at det var, som om den kognitive model blev bragt i forslag til at løse alle problemer: *'...Den kognitive model er skudt over målet ... hash- og kokainprojektet og kognitiv metode er blevet sådan nogle mantraer..'*

Lokale ambassadører

Efter workshoppen iværksattes den egentlige strategi for forankringen af projektet: sidemandsoplæringen. Et antal medarbejdere fra modtageenhederne skulle trænes til at varetage gruppebehandlingen efter det udarbejdede koncept. Det skulle ske gennem sidemandsoplæring i gruppebehandlingen, hvor de igennem en periode var 'føl' hos projektteamet, samtidig med at de gennemgik en teoretisk efteruddannelse. Det blev overvejende nye eller yngre medarbejdere, men også enkelte erfarne og meget trænede medarbejdere, der meldte sig. Dette team blev garanteret for den egentlige forankring af konceptet efter forsøgsperiodens afslutning.

Teamet af sidemandsoplærte, som kom fra alle enheder, blev en slags lokale ambassadører for projektets videreførelse og blev helt afgørende for, at den positive attitude til det nye behandlingskoncept kunne fastholdes efter projektets afslutning.

Specialisering som strategi

Det at sætte fokus på behandlingsmetoderne, introducere nye metoder eller tilpasse metoderne vil uvægerligt påvirke og udfordre de daglige arbejdsmåder og måder at organisere og prioritere arbejdet på. Fx kan de nye metoder blive favoriseret på en måde, som går ud over andre dele af arbejdet.

Modtageenhederne har en kompleks opgaveportefølje, bestående af både myndighedsopgaver og behandlingsopgaver. Medarbejderne skal administrere en dobbeltrolle som case-manager og behandler. Opgaverne væves ind i hinanden og genererer en generalistkompetence hos

medarbejderne, så der udvikles kompetencer til at kunne lidt af det hele og en evne til at gå fra det ene til det andet i løbet af en arbejdsdag.

Denne dobbeltrolle blev udfordret, da hash- og kokainprojektet blev implementeret på modtageenhederne. De sidemandsoplærte oplevede, at det var rigtig svært at omstille sig fra gruppebehandlingen, hvor de blev trænet i indlevelse og refleksion, til deres daglige opgaver, hvor det handlede om at være handlingsorienteret og effektivt få arbejdsopgaverne fra hånden. Med andre ord: Det var svært at integrere gruppebehandlingen i den arbejdsform, som umiddelbart fandtes på modtageenhederne. For at rumme det nye tilbud og opretholde kvaliteten i det måtte man derfor tildele det en 'specialistfunktion' og tildele det særlige ressourcer.

Der var med projektet - med ledelsens ord - oparbejdet en '*specialisering, som man kan håbe smitter af på andre.*' Man mente, at der med specialisering følger et særligt engagement og ansvar for et område samtidig med, at medarbejderen oplever at have en særlig kompetence, der giver anerkendelse, og som kan understøtte en faglig stolthed.

Medarbejderne pointerede, at der skulle tilføres ressourcer til opgaven, således at de øvrige medarbejdere ikke skulle have flere sager. Som en af visitatorerne sagde: '*Altså, det kan ikke nytte noget, at de, der ikke laver hash- og kokain, skal lave dobbelt så meget, for så er vi lige vidt, for de, der laver kerneydelserne, de vil så knække.*'

Der var konsensus mellem ledelse og medarbejdere om, at man havde behov for dette tilbud, at det var et væsentligt bidrag til det, man havde at tilbyde brugerne, og at det gav mening at give det status som en specialistfunktion for de medarbejdere, der var uddannet til det, ligesom man anerkendte, at der skulle afsættes særlige ressourcer til det.

Intet tilbud skal være stedbarn for et andet

De sidemandsoplærte satte fokus på et etisk dilemma, som bestod i, at de kom til at tildele brugerne i gruppen mere opmærksomhed end brugerne i den individuelle behandling. De oplevede, at de måtte sætte sig anderledes op til gruppebehandlingen end til de individuelle samtaleforløb og sagsbehandlingen i deres øvrige arbejde. De oplevede, at gruppebehandlingen krævede mere af dem. Dette skyldtes dels, at konceptet for gruppebehandlingen var klarere defineret end konceptet i den individuelle behandling, men også, at brugerne som gruppe stillede større krav til behandlerne end brugerne i de individuelle forløb. Dermed rejste de sidemandsoplærte et etisk dilemma: Hvorfor skal nogen have mere kvalitet i tilbuddet end andre?

Ledelsen var opmærksom på, at gruppebehandlingen kunne blive favoriseret, og at den individuelle samtalebehandling kunne blive tilovers og lide under presset fra alle de øvrige arbejdsopgaver og tidsfrister, der skulle holdes. Ledelsen af rådgivningscentret havde den klare holdning til problemet, '*at det ene tilbud ikke skal ikke være stedbarn for det andet.*' Der skulle være et ligestillet fokus på den individuelle og den gruppebaserede behandling.

Rammer og ressourcer

Helt afgørende forudsætninger for forankringen af projektet har været den aktive rolle, som modtageenhedernes ledelse har spillet i processen, og den dialog, som har været mellem projektteamet og medarbejderne om de enkelte brugere og deres behandlingsforløb undervejs. Uden

ledelsens opbakning og uden medarbejdernes indsigt i, at det gik brugerne godt, ville projektet næppe have kunnet videreføres.

Det skal endelig med, at projektet har været begunstiget på flere måder. Projektperioden har været relativ lang – 3 år, hvilket har givet tid til forandring. Der har været en høj grad af kontinuitet i projektteamet, som har medvirket til at gøre projektet troværdigt over for ledelse og medarbejdere.

Endelig har det været en stor fordel, at der har været afsat midler til dokumentation i hele projektperioden. Det har bidraget til en stor grad af gennemsigtighed mht. projektets fremdrift og resultater for alle involverede parter. To kritiske områder blev fulgt ud fra objektive kriterier fra starten: visitationen til projektet fra de 4 enheder og fremmødet i grupperne. Man havde således en fælles objektivitet at tage afsæt i, når man i følgegruppen skulle drøfte projektets fremdrift og eventuelle justeringer. Senere i projektperioden bidrog dokumentationen med brugervurderinger og med resultater ud fra de hidtidige brugerforløb.

Som én af områdecheferne bemærker: *'Det her projekt har ikke været hemmeligt. Vi har hele tiden set resultaterne, så vi har været informeret rigtig godt. Det har været rigtig rart med så stor åbenhed.'*

Til eftertanke

Når man skal introducere metoder eller nye behandlingstilbud, er det således ikke nok, at de er 'evidensbaserede' og udbydes som tilbud. Behandlingstilbuddene sælger ikke sig selv. Dette er en særlig problemstilling for misbrugsområdet, fordi misbrugsproblemer er et tabubelagt område og stærkt stigmatiserende for såvel misbrugerne som deres pårørende, ligesom disse forhold også er i spil hos professionelle aktører, der kommer i kontakt med misbrugere. Man skal således tænke brugerflade (passer dette målgruppen?) og behandlingssystemets image udadtil med ind i implementeringsprocessen for at sikre, at tilbuddet når målgruppen.

Implementering af nye koncepter og metoder forudsætter et omfattende forandringsarbejde. Medarbejdere og ledelse skal kunne se nogle klare fordele ved det nye koncept. De skal have mulighed for at kunne forbinde sig med de metoder, der udvikles. De skal kunne se, at konceptet kan bidrage med konkrete løsninger på de behandlingsmæssige udfordringer, de står med.

Man skal indstille sig på, at kun en del af medarbejderne følger med og tager det nye koncept til sig. Det er derfor vigtigt, at ledelsen bakker op om den kreds af medarbejdere, der går i spidsen for forandringsarbejdet. Det er også afgørende, at ledelsen fortsat understøtter en *kollektiv faglig dialog og sparring* om behandlingsmetoderne og de behandlingsmæssige udfordringer, når projektperioden er afsluttet.

Det er vigtigt at have øje for, at nye koncepter, der implementeres som specialistfunktioner, risikerer at blive lukket inde og at blive isoleret fra det øvrige behandlingsområde. Dermed forsvinder den positive udfordring, som de nye koncepter kan have på en etableret praksis.

Endelig er det vigtigt at være opmærksom på en eventuel 'gøgeungeeffekt', når der introduceres nye tilbud og koncepter i en praksis med mange opgaver og funktioner. Det ene tilbud må ikke blive stedbarn for det andet - eller rettere sagt: Det nye må ikke tage al opmærksomheden.

Når det er sagt, så viser erfaringen, at nye tilgange og koncepter såvel udfordrer som stimulerer gængs praksis, og at den faglige dialog og sparring om metoder og resultater kun kan komme behandlingen til gode.

FORFATTER

DORRIT PEDERSEN

TIDL. SPECIALKONSULENT, KONTORET FOR UDSATTE GRUPPER, MISBRUG & BOLIG,
KØBENHAVNS KOMMUNE

FAKTA

Hash – og kokainprojektet kørte som udviklingsprojekt i 3 år og videreføres nu af Rådgivningscenter København.

Resultatet af projektet er, at Københavns Kommunes behandlingstilbud til hash – og kokainmisbrugere er blevet udvidet med et gruppebehandlingstilbud, og at det indledende behandlingsforløb til denne brugergruppe er blevet metodisk og kvalitetsmæssigt styrket.

På Rådgivningscenter Københavns hjemmeside:

www.rck.kk.dk/Nyheder/HashOgKokainProjetet - kan man læse mere om projektet og de anvendte metoder, arbejdskataloget m.m.

Henvendelse om projektet til udviklingschef Christian Solholt, telefon 3317 3752.

Læs mere om projektet i STOF nr. 12: 'Paradokset med metoder i mødet med brugeren' og i STOF nr. 13: 'Hvad er det gruppebehandling kan?'