

Hvorfor er opkvalificering af behandling ikke så enkel, som det lyder?

Hvordan oplever behandlerne kravene om en mere effektiv behandling?

AF KATHRINE BRO LUDVIGSEN & BIRGITTE THYLSTRUP

Misbrugsområdet oplever i disse år et skift fra en praksis opbygget på medarbejdererfaringer fra hverdagen til et øget fokus på evidensbaseret praksis og udvikling af behandlingsmetoder baseret på forskning. Problemet med evidensfokuseringen er, at det ofte anvendes sammen med resultatmålinger, kontrol og fokus på fejl og mangler, som viser sig i behandlingsarbejdet, i stedet for at bruges som mulighed for at få nye indsigter og som værktøj til en mere fokuseret dialog mellem forskning og praksis - og mellem beslutningstagere og medarbejdere om, hvordan vi kan forbedre misbrugsbehandling

Evidens, dokumentation og medarbejdererfaring

I de senere år har et stigende fokus på evidens og resultatstyring præget den offentlige sektor – herunder også misbrugsbehandlingsområdet. Den evidensbaserede viden er blevet et mantra i en stram økonomisk tid, og det er ikke overraskende, at den tiltaler beslutningstagere og økonomiansvarlige. For hvis vi nu kan nøjes med at gøre det, der virker i behandlingen, vil meget tid og mange penge vel være sparet? Den stadig større kamp om knappe ressourcer stiller stigende krav til behandlingsinstitutionerne om mere effektiv og udbytterig behandling, og behandlere sendes på kurser og konferencer, hvor de introduceres til evidensbaserede undersøgelser og behandlingsmetoder.

Samtidig med prioriteringen af den faglige udvikling skærpes kravene om dokumentation: Der skal være mere, og den skal være bedre. Argumentet er, at en af måderne, kvalitet og effekt af behandlingsindsatsen kan vurderes på, er behandlernes dokumentation af den behandling, de udøver. Opkvalificering af misbrugsbehandling er endvidere blevet forstærket af undersøgelser som fx SFI's landsdækkende undersøgelse fra 2009, der peger på, at der stadig er mangler og problematikker i praksis, der bør rettes op på.¹

Denne artikel er ikke en diskussion af evidensbegrebet som sådan eller af den fokusering på effekt- og resultatmålinger, som præger social- og sundhedsområdet i dag. Vi vil se nærmere på en anden side af opkvalificeringen, nemlig hvordan *behandlerne* oplever og omsætter kravene om dokumentation og god evidensbaseret behandling.

Baggrunden for artiklen er to undersøgelser: Den ene er en spørgeskemaundersøgelse om misbrugsfaggrupperes indhentning, oplevelse og anvendelse af fagressourcer i praksis, mens den anden er en kvalitativ praksisundersøgelse om dokumentation i behandlingsarbejdet.² At undersøgelsesernes udgangspunkt og metodetilgang har været forskellige giver os mulighed for at belyse centrale tematikker i den løbende opkvalificeringsproces inden for misbrugsområdet. Vi vil i denne artikel pege på faktorer, der har betydning for, i hvor høj grad opkvalificering af

misbrugsbehandling – fra beslutning til handling i praksis – lykkes, hvor stort det reelle udbytte bliver, og hvad der kan blokere for de gode hensigter.

De to projekter kort fortalt

Den kvalitative undersøgelse tog udgangspunkt i et større dansk misbrugscenter og var en intern undersøgelse med henblik på at kortlægge og forstå, hvilke barrierer og vanskeligheder som behandlerne oplever i forhold til de dokumentationskrav, der stilles. Intensionen med undersøgelsen var at finde mulige løsninger til det videre opkvalificeringsarbejde. Denne undersøgelse blev foretaget i løbet af foråret 2009 – foråret 2010 og bestod hovedsagligt af deltagerobservation på forskellige behandlingsafdelinger i centeret, kvalitative interview med behandlere samt dokumentanalyse af journaler, behandlingsplaner mv.³

Den anden undersøgelse var en spørgeskemaundersøgelse, der havde til formål at afdække medarbejdernes rolle ved indhentning og brug af fagressourcer i den daglige opkvalificering af misbrugsbehandlingen og af misbrugsområdet mere bredt. Undersøgelsen tog udgangspunkt i fem faggrupper: pædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker, læger og psykologer og løb fra oktober 2009 til marts 2010. I alt deltog 286 medarbejdere, hvoraf de fleste arbejdede i ambulans behandling, og nogle få arbejdede i døgnbehandling, på væresteder og i privat praksis.⁴

Denne artikel tager som nævnt udgangspunkt i begge undersøgelser, men vi har undladt den mere tørre talstatistik fra spørgeskemaundersøgelsen. Interesserede kan imidlertid læse mere om, hvordan fagressourcer indhentes og anvendes i behandlingsarbejdet ved at indhente rapporten om spørgeskemaundersøgelsen, refereret sidst i artiklen.

Kulturelle fællesskaber

Begge undersøgelser synliggjorde, at misbrugsinstitutioner har forskellige kulturer, hvori der indgår forskellige subkulturer. Kulturen i en organisation har betydning, når man fx ønsker at implementere ny viden og forandring. Kultur forstås i denne sammenhæng som det fællesskab, der er opstået blandt en gruppe medarbejdere, der igennem fælles læring og historie har udviklet nogle antagelser, værdier og selvfølgeligheder, som de er fælles om og handler ud fra. Læringen og historien kan her dreje sig om erfaringer, som medarbejdergruppen har gennemlevet, delt og genfortalt på en måde, så den har givet mening for medlemmerne.

At der opstår fællesskaber med forskellige kulturelle kendetegn behøver ikke at være problematisk. I forbindelse med implementering af ny viden og nye tiltag kan indsigt og forståelse for en organisations forskellige kulturelle fællesskaber eller subkulturer få stor betydning, ligesom kulturbegrebet kan hjælpe til at synliggøre og forstå konflikter eller mangel på forandring i en given organisation.⁵

I den kvalitative undersøgelse viste de forskellige kulturelle fællesskaber – eller subkulturer – sig blandt andet ved, at hver afdeling havde forskellig håndtering af og holdning til mødekultur, dokumentationskrav, tværfagligt samarbejde mv. På en afdeling fulgte man fx en stram mødeform, hvor faste mødepunkter nøje blev fulgt, mens møderne på en anden afdeling var præget af stor rummelighed i forhold til spontane punkter, der kunne opstå undervejs hos mødedeltagerne. I spørgeskemaundersøgelsen oplyste næsten 60 % af deltagerne, at de brugte mere end én behandlingsmetode i deres arbejde, og at de gennemsnitlig anvendte to forskellige metoder. De mest anvendte metoder var den kognitive metode (74 %), den systemiske (41 %), mens en tredjedel

anvendte den psykodynamiske metode eller helt andre metoder, en femtedel brugte narrativ metode, og under ti procent 12-trinsmodellen.

Forskellig faglighed, viden, holdninger og tilgange til behandlingen kan være positiv og udviklende for det tværfaglige samarbejde på arbejdspladsen, og for den service der tilbydes brugerne.

Samtidig kan det også udgøre en udfordring i forhold til at opnå en fælles kultur i behandlingen – hvordan man skal forstå og forholde sig til brugernes problemer, hvordan behandlingsindsatsen skal tilrettelægges og koordineres, og hvilke indsatsområder der skal prioriteres. Den fælles kultur kan udfordres yderligere af den store spredning, der er i medarbejdernes opbyggede faglighed, noget som fx afspejles i de videreuddannelser, som medarbejderne tager. I spørgeskemaundersøgelsen viste det sig som videreuddannelser, der både var forskellige i indhold, af et meget varieret udbud af kurser, temadage, uddannelser og anden faglig opdatering - og ved en skarp opdeling af, hvilke kurser de forskellige faggrupper kom på.

Akut versus planlagt arbejde

Den kvalitative undersøgelse synliggjorde også andre kulturelle forskelle, der kan eksistere inden for den samme organisation, nemlig forskellen mellem medarbejderne 'på gulvet' og den overordnede ledelse. Dette kom blandt andet til udtryk i, hvilket arbejde man fandt meningsfuldt. Disse forskelle prægede prioriteringer i forhold til behandlingsarbejdet og opfattelserne af, hvad god behandling var. Fx prioriterede behandlerne 'på gulvet' kontakten og relationen til brugerne højt. Dette viste sig blandt andet ved, at behandlerne brugte meget tid på såkaldt 'akut arbejde', et arbejde der karakteriseredes ved ikke at være planlagt på forhånd, men som pludselig opstod pga. akutte problemer i brugerens liv, problemer behandlerne så, på bekostning af andet – planlagt – arbejde brugte tid på. Det kunne dreje sig om brugere, der havde forladt anden behandling (fx døgn-, hospitals-, eller psykiatribehandling), eller brugere, der var ved at blive sat ud af deres lejlighed pga. manglende huslejebetaling. Selvom behandlerne prioriterede det akutte arbejde højt, var deres forhold til det ambivalent: På den ene side forstyrrede det deres planlægning af dagens/ugens øvrige arbejdsopgaver – herunder kravene ift. om dokumentation. På den anden side oplevede de, at det at tage sig af akutte problemer havde stor betydning i forhold til at bevare/styrke en god (behandlings)relation mellem bruger og behandler, ligesom det at tage sig af de akutte opgaver skabte tryghed og forebyggede uro på hele afdelingen. Ledelsen derimod ønskede mere planlagt og dokumenteret arbejde. Dokumentationen var vigtig i forhold til at følge, evaluere og justere behandlingen internt på centeret. At kunne se, hvad der virkede, og ikke mindst hvad der ikke virkede, var vigtigt i forhold til at kunne tilrettelægge en behandling, der satte ind med de mest virkningsfulde tiltag og tilbud. For ledelsen hang dokumentationen også uløseligt sammen med forholdet til eksterne samarbejdspartnere, der gerne skulle kunne se fornuften med den behandling, de betalte for.

Arbejdets mening og værdi

En anden diskrepans mellem behandlerne og ledelsen var holdningen til 'uformel' snak og samvær med brugeren. Det kunne fx dreje sig om samværet i 'det kreative værksted', hvor behandleren sad sammen med nogle brugere og lavede smykker, malerier eller lignende, eller det kunne omhandle et hjemmebesøg, hvor behandleren hjalp brugeren med at rydde op. For behandlerne afstedkom denne form for samvær ofte dybere samtaler end de formelle, planlagte og behandlingsrettede samtaler. Flere behandlere gav ligeledes udtryk for, at det uformelle samvær gav næring til det formelle: Det var i det uformelle samvær, behandlingsalliancen og tilliden blev etableret, hvilket man så trak på i

det videre behandlingsarbejde. For ledelsen var behandlingsydelseerne imidlertid værdisat på en anden måde. Alle aktiviteter (såvel samvær som samtaler) indgik i et hierarkisk opbygget ydelsesregistreringssystem, som behandlerne skulle registrere deres arbejde i. Her var en terapeutisk samtale med en psykolog eksempelvis blandt de højeste (og dyreste) ydelser, mens værkstedsaktiviteter og akutte samtaler lå i den nederste ende af ydelseshierarkiet. De to forskellige udgangspunkter kom konstant i konflikt med hinanden, fordi ledelsen ønskede at styrke det formelle, planlagte og dokumenterede arbejde, mens behandlerne oplevede effekten af at tage sig af det akutte arbejde samt konsekvenserne af det modsatte.

Betydningen af kulturelle forskelle bliver afgørende, fordi dét, der ikke giver mening for behandleren, får sværere kår i praksis; nogle behandlere gav i den kvalitative undersøgelse udtryk for, at man endte med at gå sine egne veje, hvis det arbejde, man skulle udføre, ikke gav mening for én selv/gruppen af medarbejdere. Fx oplevede behandlerne ikke altid den megen dokumentation som lige meningsfuld, hvilket resulterede i, at de prioriterede andre arbejdsopgaver, fx det akutte arbejde, der gav mere mening for dem i arbejdet med brugerne. Når arbejdsopgaven ikke gav mening for behandleren, blev det også svært at formidle betydningen af sådan en opgave til brugeren, hvilket behandlingssamtalen så bar præg af. Samme fund blev gjort i spørgeskemaundersøgelsen, hvor medarbejderne prioriterede viden, der var anvendelsesorienteret, såsom samtaleteknik, psykiske problemer og viden om stoffer. Viden, som støttede op om deres forståelse og daglige håndtering af brugerne.

At tale om forskelle

Vores eksempler på, hvordan modsatrettede interesser og kæpheste på arbejdspladsen kan resultere i kulturelle fællesskaber, der blandt andet er forankret i de ansattes⁶ forskellige fagområder, deres specifikke faglige viden og deres positioner på arbejdspladsen, viser, at arbejdet i misbrugsbehandling er sammensat med rigelig mulighed for faglig debat. Det er positivt set i forhold til, at opkvalificering af arbejdet bliver mere mulig under sådanne tværfaglige vilkår. Men det understreger også, hvor vigtigt det er at prioritere udveksling og dialog for at sikre sig, at hensigtserklæringer i forhold til en sådan opkvalificering også resulterer i en forbedring i praksis, fx i tilrettelæggelsen og udførelsen af det daglige arbejde, og når der skal tages stilling til den samlede service, som den enkelte behandlingsinstitution udbyder. Dialogen bliver central, fordi der er forskel på det samlede personales⁷ oplevelse af, hvilke formål misbrugsbehandling skal indfri, og derfor også hvad der er relevant og meningsfuldt i selve behandlingsarbejdet, og i forhold til hvilke arbejdsopgaver der skal prioriteres. Samtidig viser vores undersøgelser, at ny viden og nye tiltag har størst chance for at blive brugt, når medarbejderne oplever, at de bidrager positivt i det daglige arbejde. Det betyder igen, at brug af nok så relevante standarder for dokumentation og fagressourcer først giver et reelt udbytte i behandlingen, når den enkelte medarbejder kan relatere og omsætte det til den konkrete praksis.

Opkvalificering og implementering af ny viden

Spørgsmålet er: Hvad skal der til, for at indførelse af ny viden, nye arbejdsgange og positive hensigtserklæringer kan være med til at gøre behandlingen bedre? På baggrund af vores undersøgelser og den litteratur, vi har læst, mener vi for det første, at det at gå i dialog på tværs af organisationsniveauer og faggrupper har en enorm betydning. Gennem dialogen kan det afdækkes og diskuteres, hvad den enkelte ansatte opfatter som god behandling. Det giver også mulighed for at diskutere, hvordan institutionens værdier og kerneydelser skal udmønte sig i 'den gode behandling',

så den gavner brugeren mest, og så det bliver meningsfuldt for medarbejderne at udføre den. Man kan indvende, at dialog er tids- og ressourcekrævende og kan munde ud i endeløse møder, hvor der ikke tages egentlige beslutninger, og hvor alle alligevel ikke får det, som de helst vil have det. Hvorfor så bruge kostbar tid til en sådan dialog, når tiden går fra selve behandlingen, der i forvejen opleves som kraftigt beskåret? Noget af svaret er, at værdien af dialogen ikke altid synliggøres i resultater nu og her, men udgør en proces, der understøtter mere bæredygtige og fokuserede arbejdsindsatser på længere sigt, blandt andet ved en optimering af arbejdsindsatsen. På den måde har de kulturelle fællesskaber og subkulturer på arbejdspladsen betydning for en bæredygtig opkvalificering af misbrugsbehandling. For det er netop gennem fælles læring og historie, at man kan arbejde med de antagelser, værdier og selvfølgeligheder, som støtter op om eller blokerer for en sådan udvikling.

Derudover skal man ikke underkende, at dialog også handler om at inddrage medarbejderne i den overordnede organisatoriske udviklingsplan. Ved at gøre dette, åbner man op for, at medarbejdere dels får mulighed for at opleve og tilegne sig ejerskab i forhold til nye tiltag, dels mulighed for at udnytte den værdifulde viden, som de besidder i kraft af deres faglighed og i kraft af deres praksiserfaringer fra arbejdet med brugere. Vores understregning af værdien ved at inddrage medarbejderne er ikke et argument for, at ledelsen ikke bør træffe beslutninger 'oppefra'. Men i de tilfælde, hvor beslutningerne kommer oppefra uden medarbejderinddragelse, mener vi, at det er essentielt, at medarbejderne modtager uddybende forklaringer på de beslutninger, valg og fravalg, der er truffet, og ikke kun får de færdige resultater som fx retningslinjer og instrukser. Fravær af medinddragelse skaber – ud over en følelse hos medarbejderne af manglende anerkendelse – nemlig en risiko for, at medarbejderne ikke får indsigt i de fravalg, som beslutningsprocesser også indebærer – og dermed grundig synliggørelse af argumenterne for de valgte løsninger.

Netop dialogen om fravalg er vigtig, fordi den kan imødekomme og forklare fravalget af de andre løsningsforslag, som umiddelbart kunne virke mere tiltalende på medarbejderne, men som ledelsen i deres beslutningsproces ikke fandt lige så egnede som de valgte løsninger. På den måde kan dialogen sikre, at ledelsesmæssige beslutninger bliver ordentligt forklaret, så de giver mere mening for de medarbejdere, som skal omsætte dem til god praksis.

Det tager tid

Kvalificeret misbrugsbehandling er ikke kun et spørgsmål om at indhente den korrekte viden eller henvise til evidens. For at viden og andre former for udviklingstiltag skal forankres i praksis, må det organiseres og formidles til medarbejderne på en måde, så de inddrages i selve implementeringsprocessen. Når beslutningerne om nye tiltag er truffet og skal føres ud i livet, er der derfor flere centrale nedslagspunkter, der kan sikre, at opkvalificeringsprojektet ikke går i stå. Disse centrale punkter er her grundighed, støtte og opfølgning. Det tager tid at forstå og indlære nye arbejdsopgaver og sagsgange, og det tager tid at afprøve og justere dem i forhold til hverdagen i praksis.

For at det ikke skal være for ressourcekrævende for medarbejderne, er det ofte en fordel at udvælge nogle specifikke og veldefinerede indsatsområder og overveje grundigt, hvordan man skal skaffe sig de korrekte kompetencer og kundskaber. For at det skal blive bæredygtigt, er det også vigtigt at overveje, hvem der skal være tovholder under denne del af processen, og hvem der skal tage sig af den konkrete oplæring af medarbejderne og af den løbende opfølgning. Hvis ikke denne del af implementeringen planlægges ordentligt og gives tid, risikerer man, at den viden, der i sidste ende omsættes til praksis, ikke er den relevante for de mål, der er sat, og at den faglige oplæring sker

mere eller mindre tilfældigt. På den måde kan positive hensigtserklæringer og fine planer om opkvalificering snuble på grund af en for hurtigt planlægning, en for kort implementeringsfase og et fravær af grundig opfølgning og dermed ende med, at de tænkte tiltag tillægges andre betydninger end det, der var formålet. Risikoen er så, at opkvalificeringen ikke viser sig i en bedre praksis, men i en praksis, der udføres forskelligt, uhensigtsmæssigt og - i værste tilfælde - ikke korrekt.

FORFATTERE

KATHRINE BRO LUDVIGSEN

ANTROPOLOG, PRAKSISFORSKER PÅ KABS

BIRGITTE THYLSTRUP

PSYKOLOG., PH.D., ADJUNKT PÅ CRF

LÆS MERE HER:

Fagressourcer i misbrugsbehandlingen – En undersøgelse af, hvordan medarbejdere indhenter og anvender viden. Birgitte Thylstrup. KABS Viden.2010. Rapporten kan downloades fra www.kabs.dk .

Hverdagspraksis i socialt arbejde redigeret af: Katrine Schepelehn Johansen, Kathrine Louise Bro Ludvigsen og Helle Schjellerup Nielsen. Akademisk Forlag. 2009.

NOTER

¹ Den sociale stofmisbrugsbehandling i Danmark. Af: Lars Benjaminsen, Ditte Andersen og Maren Sørensen. SFI 2009.

² Undersøgelserne er kort omtalt i STOF nr. 14 s.66-68 og nr. 15 s.71.

³ Analysen og resultaterne af den kvalitative undersøgelse var til intern brug i den undersøgte organisation. Den samlede skriftlige afrapportering foreligger således kun som et internt dokument.

⁴ Spørgeskemaundersøgelsens resultater er udgivet i publikationen: *Fagressourcer i misbrugsbehandling – En undersøgelse af, hvordan medarbejdere indhenter og anvender viden.* Af: Birgitte Thylstrup. KABS Viden. 2010.

⁵ Se fx den teoretiske klassiker inden for organisationskultur: *Organisationskultur og ledelse.* Af: Edgar H. Schein. Forlaget Valmuen. 1994.

⁶ Her mener vi alle ansatte i en organisation, ledere såvel som medarbejdere.

⁷ Som note 6.